

## CONHECIMENTO DA ATENDENTE DE ENFERMEGEM SOBRE ALGUNS CUIDADOS PRESTADOS AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Miriam Aparecida Barbosa Merighi\*

MERIGHI, M.A.B. Conhecimento da atendente de enfermagem sobre alguns cuidados prestados ao recém-nascido prematuro. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(3): —, ago. 1989.

*Este estudo teve como objetivo verificar o conhecimento da atendente de enfermagem que trabalha em berçário de prematuro no período noturno sobre as características físicas destes recém-nascidos e sobre alguns cuidados de enfermagem que devem ser dispensados aos mesmos, estando ou não com complicações. A população do estudo foi constituída de 33 atendentes de enfermagem de 12 hospitais da Grande São Paulo. Os dados foram colhidos por meio de entrevistas, utilizando-se um formulário estruturado. Adotou-se um critério eclético para a avaliação do conhecimento das atendentes, o qual foi classificado nas categorias: "Muito Bom", "Bom", "Regular" e "Insuficiente". De acordo com os dados obtidos, verificou-se que as atendentes de enfermagem tem conhecimento classificado, segundo os critérios estabelecidos, como: "Bom", com relação às características físicas do prematuro e alguns cuidados de enfermagem dados ao mesmo estando ou não com complicações.*

UNITERMOS: *Atendente de enfermagem. Prematuro. Enfermagem neonatal.*

### INTRODUÇÃO

A prematuridade constitui, atualmente um dos maiores problemas da pediatria e tem sido estudada por vários autores.

Considerando que o critério peso do recém-nascido pode caracterizar a prematuridade, a ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (1957) adotou a seguinte definição de prematuro e de recém-nascido de baixo peso para a idade gestacional: "prematuro é toda a criança nascida viva com período de gestação de menos de 37 semanas completas e recém-nascidos de baixo peso é a criança nascida viva com peso de 2500g ou menos".

O CENTRO DE ESTUDOS PERINATAIS DE SÃO PAULO (1972) adota a mesma classificação de prematuro recomendada, em 1964, pela "Standards and Recommendations for hospital care of newborn infants, A.A.P.", que é a seguinte: "Prematuro é toda criança nascida viva com período de gestação de menos de 37

---

\* Enfermeira. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

semanas completas, ou seja, até 36 semanas e 6 dias”. Portanto, prematuridade é a qualidade ou condição do prematuro. Quanto à conceituação de recém-nascido de baixo peso, o CENTRO DE ESTUDOS PERINATAIS DE SÃO PAULO (1972) considera, para fins estatísticos todos aqueles que pesam, ao nascer, 2.500g ou menos. CORRIDINI et alii (1978) consideram recém-nascido de baixo peso ao nascimento “todo aquele que nasce com 2.500g ou menos, independente do tempo de gestação”.

Segundo ORLANDI (1954), nenhum outro serviço médico exige tanto da enfermagem como uma unidade de prematuros. O autor destaca que a base principal para se conseguir bons resultados em um berçário está na escolha de uma equipe de enfermagem quantitativamente e qualitativamente bem preparada. De nada adiantam modernos equipamentos, como por exemplo, incubadoras, monitores, material em quantidade suficiente, se não houver enfermeiras especializadas, atentas, vigilantes e capazes, prontas para atender o prematuro a qualquer momento e em qualquer emergência. É importante que se mantenha um padrão elevado de assistência de enfermagem ao prematuro durante as 24 horas do dia, sem interrupção.

CROSSE (1957) considera a prematuridade como uma causa importante e crescente no coeficiente de mortalidade infantil. O autor destaca que uma das prevenções da diminuição da morbidade e da mortalidade neonatal é a assistência ao recém-nascido, durante e após um parto prematuro inaceitável.

A ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (1957) recomenda que para se proporcionar uma atenção eficaz ao prematuro deve-se levar em consideração o peso, o seu estado físico, a política médica relacionada com a prematuridade, o programa de educação aos pais, o programa de educação dos estudantes de medicina e de enfermagem e a educação em serviço realizado no berçário. São de especial importância: a supervisão do pessoal que compõe a equipe de enfermagem que assiste ao recém-nascido prematuro; a proporção entre o número de pessoal de enfermagem e o número de prematuros; o preparo do pessoal auxiliar que compõe a equipe e dos estudantes de enfermagem e de medicina que usam o berçário como campo de estágio.

Os cuidados de enfermagem ao prematuro devem estar sob a direção de uma enfermeira diplomada, com estudos especializados e experiência em cuidados com prematuros.

O peso e o estado físico dos prematuros são fatores que devem ser levados em consideração para se estabelecer a proporção entre o número de prematuros e enfermeiras necessárias para seu cuidado. Segundo a publicação da ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (1957) uma enfermeira para cada 5 prematuros é uma proporção razoável. Isto resultaria em 5 horas de cuidados de cada enfermeira para cada prematuro. Os cuidados de enfermagem de todos os prematuros devem ser realizados segundo uma distribuição de tarefas diárias pela supervisora de en-

fermejem, de acordo com o estado do prematuro e com a capacidade dos membros dessa equipe. O pessoal de enfermagem destinado aos cuidados de prematuros não deve trabalhar em outras unidades do hospital.

LLORENS et alii (1972) afirmam que o papel do pessoal auxiliar é de grande importância, dele dependendo quase sempre os êxitos e os fracassos na evolução do prematuro. O esforço requerido pela equipe médica e pelo pessoal auxiliar para salvar a vida de um prematuro junto com os recursos físicos, clínicos, laboratoriais e outros, na assistência ao mesmo, são demais custosos para que se percam tantos esforços por um simples descuido de um profissional. Por isso toda medida de disciplina e controle exigida ao pessoal auxiliar deve ser levada a êxito. Os componentes da equipe que trabalham num berçário de prematuros devem gozar de perfeita saúde. Toda enfermeira com piodermite, gastroenterocolite, ou mesmo com um simples resfriado, tem de ser afastada momentaneamente.

ROSSIER (1974 b) descrevendo sobre a organização prática de um centro de prematuros, considera que está em primeiro plano a função do pessoal, que deve ser qualificado, com especialização para dar assistência ao prematuro. Este autor, como ORLANDI (1954), destaca que os locais e os equipamentos mais perfeitos, de nada servem se não houver pessoal qualificado para utilizá-lo. ROSSIER (1974 a) considera importante que o pessoal auxiliar, em número suficiente, trabalhe sob o controle de enfermeiras especializadas em puericultura. Para ele uma unidade de 15 prematuros deverá contar com 13 ou 15 funcionárias adestradas para esta assistência, nas 24 horas.

Para LANCASTER & ROBERTS (1972) nenhum problema é mais difícil do que prover pessoal, em número e qualidade adequados, para atender eficientemente o recém-nascido prematuro. Estes autores aconselham que, nos berçários de prematuros, haja uma equipe de enfermagem, devidamente treinada e com experiência, da qual devem constar: enfermeiras especializadas em neonatologia, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e demais funcionários; para cada turno deve haver uma enfermeira para 2 recém-nascidos que exigem o máximo de cuidado e uma enfermeira para 3 ou 6 recém-nascidos que necessitem de menos cuidados. LANCASTER & ROBERTS (1972) comentam, também, que ao se calcular o número necessário de pessoal para as 24 horas, deve-se considerar 4,2 horas de cuidado direto para cada recém-nascido prematuro, em cada turno.

MONETTI & CARVALHO (1976), como outros autores anteriormente citados, destacam a importância dos serviços de assistência ao recém-nascido estarem a cargo de uma enfermeira diplomada; também fazem as mesmas recomendações quanto ao preparo, ao número e ao tempo de serviço dos membros da equipe do berçário.

Como podemos constatar, diversos autores dão ênfase na importância dos cuidados físicos ao prematuro. Para eles a equipe de enfermagem com experiência e conhecimentos quanto aos cuidados com os prematuros é essencial; da dedicação

e eficiência de cada um dos seus membros depende grande parte do sucesso obtido em um berçário.

Parece-nos que nos berçários de prematuros existe muita dificuldade com relação ao pessoal, tanto em número como em qualidade; sabe-se que o ideal seria manter no berçário, para o cuidado direto do prematuro, apenas enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Contudo isso é difícil no nosso meio, provavelmente, pela escassez desses profissionais e por ser mais oneroso para o estabelecimento hospitalar. Esta dificuldade obriga, muitas vezes, o emprego de atendentes para o cuidado de prematuros que, na maioria das vezes, são pessoas dedicadas, com a máxima boa vontade, mas que não possuem conhecimentos científicos básicos para esta assistência e para compreender determinadas situações, afim de agir com presteza, de maneira racional e objetiva, nas mesmas.

Estudamos anteriormente o conhecimento das atendentes de enfermagem que trabalham no período diurno em relação ao recém-nascido prematuro e os cuidados de enfermagem dados a estes recém-nascidos, e verificamos que as atendentes da amostra, de modo geral, tiveram conhecimento sobre características físicas do prematuro e alguns cuidados de enfermagem aplicados ao mesmo estando ou não com complicações.

O índice de respostas classificadas segundo o critério estabelecido como "Muito bom" e "Bom" foi bem maior em relação ao índice de respostas classificadas como "Regular" e "Insuficiente".

Como o serviço do berçário de prematuro é contínuo durante as 24 h procuramos rever bibliografias sobre os problemas do horário noturno no pessoal de enfermagem.

Segundo MAURO et alii (1976) dentre os problemas que mais afetam o trabalhador, ressalta-se em especial a fadiga, que não sendo uma enfermidade, causa no indivíduo mal estar com alterações em seu estado psicossomático, conseqüentemente ocasionando-lhe insegurança, irritabilidade, agressividade, intolerância a ruídos, dificuldades de concentração, propensão a enfermidades e com maior frequência as doenças infecciosas e maior propensão à riscos de acidentes.

A fadiga traduz-se sobretudo por uma baixa na perícia com que o indivíduo executa seu trabalho, diminuição da coordenação dos movimentos e falta de precisão na sua execução.

Segundo MILLER-BURT (1973) até o presente momento, não são conhecidas todas as causas de fadiga; todavia qualquer que seja sua origem, a evidência da mesma já é um alerta para a necessidade do repouso e do laser, intercalados nos períodos normais de trabalho.

TURNER (1964) afirma que o sono é considerado uma das necessidades básicas do organismo. É o momento em que os tecidos do corpo aproveitam para reparar suas perdas. O homem não consegue permanecer mais que 10 dias sem dor-

mir, portanto é uma necessidade que deve ser atendida em intervalos periódicos. O sono como uma necessidade básica do organismo é tão importante que serve para determinar o poder de produção do indivíduo.

MOURA et alii (1980) afirmam que para os funcionários de maneira geral há vantagens financeiras em se fazer o plantão noturno. Porém, apesar de um repouso de aproximadamente oito horas após o trabalho o pessoal não se sente bem fisicamente.

Poderíamos observar que a preocupação dos autores que descrevem as implicações do serviço noturno é o decréscimo do rendimento deste pessoal. Sabemos também que a noite o número de pessoal é bem menor e que há necessidade da atendente ter maior conhecimento para identificar os sinais e sintomas apresentados pelo recém-nascido prematuro. Devido a estes fatores parece-nos imprescindível que saibamos quais são os conhecimentos das atendentes que cuidam do prematuro em berçários, no período noturno, referentes tanto às características físicas do prematuro como aos cuidados do prematuro sem e com complicações.

Portanto nosso objetivo foi:

- verificar o conhecimento que as atendentes têm sobre as características físicas do prematuro e de alguns cuidados de enfermagem que devem ser dispensados ao mesmo, estando ou não com complicações.

## METODOLOGIA

A população deste estudo foi constituída de atendentes que trabalham durante a noite em berçários de prematuro, em 12 hospitais da cidade de São Paulo.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual e anotados em formulário estruturado (anexo) pela própria pesquisadora. Este formulário compõe-se de duas partes, como segue: a) dados gerais da atendente; b) dados sobre o seu conhecimento a respeito do prematuro e dos cuidados de enfermagem que ele deve receber.

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 1983.

## RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Fizeram parte deste estudo 33 atendentes de enfermagem. Destas, 11 (33,34%) encontravam-se na faixa etária de 25 a 35 anos, seguidas de 8 (24,24%) que estão na faixa etária de 15 a 25 anos.

Quanto ao tempo de trabalho em berçário de recém-nascido prematuro, verificamos que 15 (45,46%) das atendentes do estudo trabalhavam de 1 a 3 anos em berçário de prematuro, e somente 4, 6 anos ou mais.

Sabemos que o tempo de trabalho da atendente no berçário é importante, pois o convívio da mesma com as dificuldades encontradas ao assistir o recém-

nascido prematuro, assim como a orientação de outros membros da equipe de enfermagem ou de médicos da unidade, poderá determinar mudança nos seus conhecimentos em relação à assistência ao recém-nascido prematuro.

Quanto à escolaridade, constatou-se que agrupando-se os dados referentes à escolaridade até o 2º ano do 1º ciclo ao 6º ano do 1º ciclo houve 30 (90,90%) atendentes representando a maioria da amostra deste estudo.

Para evitar viciar a amostra procurou-se fazer a entrevista nos horários de troca de turno, em lugar fora do berçário, entrevistando-se antes a atendente que irá deixar o mesmo e depois a que irá iniciar o turno de trabalho. Evitou-se assim, que uma transmitisse à outra informações sobre formulário.

Os conhecimentos foram avaliados segundo os critérios assim estabelecidos: "Muito Bom" serão incluídas as atendentes que tiveram até 100% de acerto nas questões formuladas.

"Bom", até 70% de acerto; "Regular", até 40% de acerto e "Insuficiente", nenhuma resposta certa.

Em relação a orientação destas atendentes, constatamos que a grande maioria, era da responsabilidade da enfermeira – 23 (69,69). Outros profissionais foram responsáveis pela orientação no serviço de 10 (30,31) atendentes; destes, 7 (21,21) eram auxiliares de enfermagem e 3 (9,10) médicos pediatras.

É importante destacar que nos hospitais onde se realizou esta pesquisa, a orientação das atendentes era feita apenas no período em que elas estavam de plantão.

Sabe-se que uma das funções da enfermeira é treinamento, educação e orientação do pessoal que trabalha com prematuro, já que no nosso meio o pessoal de enfermagem qualificado é insuficiente. Em berçário de recém-nascido prematuro, a supervisão e a orientação proporcionadas pela enfermeira às atendentes de enfermagem contribui para o aprimoramento dos conhecimentos destas atendentes sobre cuidados a recém-nascido prematuro. Contudo um fato que constatamos foi que em apenas 3 (25%) hospitais amostra, os profissionais ministraram aulas relacionadas com os cuidados diários do recém-nascido prematuro, para as atendentes que cuidam dos mesmos.

Quanto ao conhecimento sobre características físicas do prematuro notamos que 24 (72,72%) das atendentes da amostra classificaram-se com conhecimento "Bom" e 9 (27,28%) com conhecimento "Regular". Chamou a atenção o fato de nenhuma atendente do noturno ter conhecimento "Muito Bom" sobre "características físicas do prematuro", dados visíveis e imprescindíveis para a assistência a este recém-nascido, como foi mencionado anteriormente, por vários autores, a assistência de enfermagem ideal está relacionada com as deficiências apresentadas pelo prematuro.

Em relação à questão observação do prematuro nas 1<sup>as</sup> 24 h de vida nenhuma atendente classificou-se na categoria “Muito Bom”; 23 (69,69%) incluem-se no conhecimento “Bom” e 10 (30,31%) no conhecimento “Regular”.

É interessante observar que nenhuma das 33 atendentes da amostra demonstraram ter conhecimento correto da observação do prematuro nas primeiras 24 horas de vida. Isto porque, principalmente neste período o recém-nascido prematuro exige cuidados especializados e intensivos, pois apresenta imaturidade de todos os sistemas (pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal, renal e nervoso), podendo-se prever que terá problemas, além de outros, com a manutenção de temperatura e da respiração. A enfermeira deve estar atenta às várias carências simultâneas, imediatas e a longo prazo, desses sistemas. Além disso é necessário observar e anotar as eliminações de fezes, urina, vômitos e possíveis hemorragias (principalmente do coto umbilical) que são sinais precoces de complicações que exigem assistência imediata.

ZIEGEL & CRANLEY (1980) ressaltam que a enfermeira precisa estar alerta na observação dos recém-nascidos que necessitam de um período de transição mais longo que o habitual, como é o caso do prematuro.

Portanto, cada criança a despeito da normalidade da sua história pregressa, deve ser atentamente observada para receber cuidados de enfermagem adequados.

Constatou-se ainda, que 25 (75,75%) das atendentes emitiram respostas classificadas com conhecimento “Muito Bom” e 8 (24,25%) com conhecimento “Bom” em relação a questão “hidratação do prematuro”.

Esta assistência é muito importante pois segundo KLAUS & FANAROFF (1982), os prematuros são particularmente vulneráveis à excessiva perda de líquidos no princípio neonatal, porque sua pele contém mais água, a epiderme é mais fina e a permeabilidade cutânea é maior. Por esse motivo o recém-nascido prematuro necessita receber grande quantidade de água, pois esta é facilmente eliminada por via gastrointestinal, por evaporação pela pele e pelos pulmões. Esta situação é agravada pela imaturidade dos rins, que neste período da vida funciona limitadamente quanto à retenção de água no organismo.

ZIEGEL & CRANLEY (1980), aconselham oferecer água com frequência quando a ingestão de leite é inadequada devido à sucção ineficiente. Mesmo quando a ingestão de leite é inadequada é necessário oferecer água em todos os intervalos entre as mamadas devido à necessidade hídrica.

Geralmente inicia-se a hidratação de prematuro após as primeiras 6 h de vida, isto satisfará tanto suas necessidades calóricas como de glicose.

Quanto à alimentação do prematuro com mamadeira notou-se que 8 atendentes (24,25%) deram respostas classificadas como “Muito Bom” em relação a este cuidado. Contudo é interessante notar que 24 (72,72%) tem conhecimento “Bom” e 1 atendente (3,03%) “Regular”.

Sabe-se que a observação da alimentação do prematuro é de importância fundamental, nos seguintes aspectos: estar atenta à aceitação ou não da alimentação; verificar quando o recém-nascido regurgita para prevenir a aspiração de alimento ou mucosidade; estar alerta em relação ao bico da mamadeira que, deve ser macio, com o orifício não muito pequeno, e cuidar para que o mesmo esteja sobre a língua; elevar a cabeça e o ombro do recém-nascido prematuro para alimentá-lo; interromper a alimentação quando o recém-nascido apresentar dificuldade respiratória; diminuir a quantidade de alimento ou suspender a alimentação toda vez que o recém-nascido regurgitar.

Como pode-se constatar o recém-nascido prematuro exige da enfermeira muita habilidade e paciência na administração de alimento. A não observação dos cuidados durante a alimentação do prematuro pode levar a conseqüências sérias e, muitas vezes, à morte.

É importante verificar que a minoria das atendentes não estão aptas a administrar adequadamente a alimentação com mamadeira ao prematuro.

Em relação à "alimentação do prematuro com sonda naso-gástrica", das 33 atendentes da amostra, 11 atendentes (33,33%) incluem-se no conhecimento "Muito Bom", seguidas de 22 atendentes (66,67%) no conhecimento "Bom".

As complicações da administração de alimentos ao prematuro pela sonda comum quando não é feita com precisão, são graves e muitas vezes fatais, portanto, neste cuidado não se pode admitir um conhecimento parcialmente correto. Como o número de atendentes que se classificaram com conhecimento "Bom" corresponde a 22 (66,67%), a enfermeira deve estar atenta para uma maior orientação quanto a esta técnica tão importante ou rever se esta atividade pode continuar como uma atribuição deste ocupacional.

A questão como deve ser passada a sonda naso-gástrica foi respondida apenas pela atendente que referiu exercer essa atividade no berçário onde trabalha. Assim obtivemos respostas de 29 atendentes (55,76%) da amostra que afirmaram saber passar a sonda naso-gástrica em recém-nascido prematuro; 12 (11,37%) incluem-se no conhecimento "Muito Bom" e 17 (58,13%) no conhecimento "Bom".

A sonda naso-gástrica deve ser introduzida pelo médico ou pela enfermeira, pela importância e responsabilidade desta técnica, já que a não observação correta da mesma pode trazer problemas sérios ao recém-nascido, como por exemplo a aspiração do alimento. Entretanto, em muitos berçários esta função é delegada às atendentes, por insuficiência no número daqueles profissionais.

Analisando os dados apresentados acima, podemos verificar que a maioria das atendentes da amostra não estão preparadas para executar esta técnica.

Portanto, as atendentes devem ser treinadas adequadamente para que executem a técnica da sondagem naso-gástrica corretamente, quando for estritamente necessário, isto é, quando a enfermeira ou o médico não estiverem presentes.



Quanto ao cuidado com o prematuro após a alimentação apenas 5 (15,15%) das atendentes classificaram-se dentro do conhecimento "Muito Bom", sendo que 28 (84,85%) incluem-se na categoria "Bom".

O cuidado de enfermagem prestado ao recém-nascido prematuro após a alimentação é tão importante quanto o método de administrá-la; qualquer displicência profissional nestes cuidados pode levar a conseqüências drásticas; como por exemplo, a aspiração do alimento regurgitado ou vomitado.

Do total das atendentes da amostra, somente 3 (9,09%) incluem-se no conhecimento "Muito Bom" quanto à questão sobre "técnica do banho na incubadora". A maior parte das atendentes, 23 (69,69%) estão agrupadas no conhecimento "Bom". Destaca-se que 7 (21,21%) se incluem no conhecimento "Regular".

O conhecimento sobre "cuidado com a pele do prematuro para evitar infecção", é complemento sobre "Técnica do banho do prematuro na incubadora".

Embora estes conhecimentos sejam imprescindíveis na assistência de enfermagem, nota-se que os conhecimentos classificados como "Bom" compreendem a maior parte desta população, (69,69% e 60,60%) respectivamente.

BETHEA (1977), CORRADINI et alii (1978), comentam que o pessoal que proporciona cuidados ao prematuro deve conhecer sua grande susceptibilidade à infecção e fazer todo o possível para protegê-lo contra ela. Algumas das medidas de enfermagem que podem ajudar a prevenir infecção no prematuro são a prática rigorosa de assepsia e evitar lesões da pele, além de outras. Consideram que a pele do prematuro é extremamente delicada a menor erosão, sendo porta de entrada de germes.

Quanto ao conhecimento sobre "cuidado com o coto umbilical", observamos pelo exposto que a maioria das atendentes classificaram-se no conhecimento "Muito Bom", 20 (60,60%) e o restante 13 (39,40%) no conhecimento "Bom".

O cuidado com o coto umbilical é muito importante na profilaxia de infecções graves, destacando-se entre elas o tétano neonatal, considerado por ARAÚJO (1978) e por SCHAFFER & AVERY (1979) como a mais séria das infecções umbilicais. VERONESI et alii (1978) afirmam que o coto umbilical é o principal foco infeccioso do tétano no recém-nascido, Portanto, o cuidado com o coto umbilical merece especial atenção da equipe de enfermagem que assiste ao recém-nascido.

Na questão sobre, cuidado com o prematuro que está apresentando monilíase, a maioria das atendentes classificou-se na categoria de conhecimento "Muito Bom" 16 (48,49%) seguidas de 15 (45,45%) no conhecimento "Bom" e 2 (6,06%) no conhecimento "Insuficiente".

ZIEGEL & CRANLEY (1980) comentam a importância da assistência de enfermagem na profilaxia e no tratamento da monilíase. Segundo os autores a enfer-

meira deve inspecionar diariamente a boca do RN; placas brancas, ásperas, lembrando coágulos de leite são observados na língua, nas gengivas, no palato e na face interna das bochechas. Essas placas não se desprendem com facilidade. A infecção pode disseminar aos outros recém-nascidos pelo manuseio descuidado dos suprimentos alimentares. A *Candida albicans* (Monilia) está presente nas fezes das crianças infectadas, portanto é indispensável a manipulação cuidadosa das fraldas e a lavagem das mãos com técnica aséptica após o cuidado do recém-nascido para controlar esta infecção.

Em relação aos cuidados prestados ao prematuro que está com problemas respiratórios observamos que a maioria das atendedoras classificaram-se na categoria de conhecimento "Bom", 23 (69,69%), as restantes 9 (27,28%) no conhecimento "Muito Bom" e 3,03%, "Insuficiente".

Verifica-se que 27 atendedoras (81,82%) classificaram-se na categoria "Bom" na questão nº 23 sobre "controle da umidade da incubadora" e 33 atendedoras (100%) incluem-se na categoria "Bom", na questão sobre cuidado com o prematuro que está recebendo oxigênio. Estes conhecimentos relacionam-se entre si e são de suma importância para facilitar a respiração do prematuro. Entretanto nenhuma atendente classificou-se no conhecimento "Muito Bom" quanto a estas questões.

Autores como LLORENS et alii (1972), CORRADINI et alii (1978), ARAUJO (1978), ZIEGEL & CRANLEY (1980), KLAUSS & FANAROFF (1982) são unânimes em afirmar que é imprescindível a regulação de oxigênio, ar fresco e umidade da incubadora para facilitar a respiração. Se o prematuro respira e não está cianótico pode prescindir de oxigênio. Se precisar de oxigênio a concentração do mesmo deve ser de 30 a 40%; concentrações elevadas e excessivas de oxigênio pode provocar complicações irreparáveis, como a fibroplastia retrolental.

Parece de máxima importância que a atendente que cuida destes recém-nascidos tenha conhecimento correto sobre como fazê-lo. Contudo, apenas 9 (27,28%) atendedoras deste estudo estão incluídas no conhecimento "Muito Bom" sobre cuidados do prematuro com problemas respiratórios.

Quanto ao conhecimento sobre o cuidado do recém-nascido prematuro com diarreia, nota-se que 13 atendedoras (39,40%) classificaram-se com conhecimento "Muito Bom", seguidas de 19 (57,57%) com conhecimento "Bom" e 1 (3,03%) com conhecimento "Regular".

Sabe-se que a diarreia, no período neonatal, é temível pela alta mortalidade que determina, especialmente em prematuros. MORLEY (1980) comenta que as epidemias de diarreia aguda são comuns e que a compreensão dos sintomas e do tratamento da diarreia deve ser prioritária na área de saúde. RAMOS et alii (1978) discorrem sobre a gravidade da diarreia em unidade de berçário que pode determinar surtos epidêmicos de proporção variável. Comentam, também, que é muito im-

portante a profilaxia da diarréia do recém-nascido, citando uma série de medidas que devem ser adotadas pelo pessoal do berçário: isolamento, afastamento dos portadores, tratamento do doente e alimentação.

Constatou-se ainda que apenas 2 atendentes da amostra incluem-se na categoria "Muito Bom" em relação à questão nº 20, "cuidado com o prematuro que está apresentando vômitos", 17 (51,50%) classificaram-se na categoria de conhecimentos "Bom", 10 (30,30%) no conhecimento "Regular" e 12,12% no conhecimento "Insuficiente".

Para CORRADINI et alii (1978) o vômito é uma das causas de desidratação do recém-nascido. Este, por sua vez, tem como causa, além de outras, a alimentação inadequada como: volume excessivo, concentração elevada, mamadas muito freqüentes, deglutição de ar, qualidade de alimento, etc.

Pode-se, portanto, avaliar a importância da assistência adequada de enfermagem, tanto na profilaxia como no tratamento do vômito.

Do total das atendentes da amostra, nenhuma classificou-se no conhecimento "Muito Bom", 48,49% no conhecimento "Bom" e 51,51% no conhecimento "Regular" na sobre a limpeza e conservação da incubadora.

Considerando que a morbidade causada por infecção influi no aumento da mortalidade neonatal, os componentes da equipe de enfermagem devem empregar os princípios de antisepsia corretamente, para preveni-la. Segundo FREDDI & BARBIERI (1979), quando existe boa assistência de enfermagem, a infecção é reduzida ao mínimo. Entre as medidas especiais para prevenir infecção, incluem-se os cuidados com a incubadora que visam a sua limpeza e sua conservação. Na análise dos dados apresentados constata-se que 100% das atendentes da amostra não têm conhecimento correto sobre estes cuidados. Isto deve alertar as enfermeiras para a orientação da atendente em serviço.

O conhecimento sobre "cuidado com o prematuro que está em fototerapia" (questão nº 24) é de importância para a enfermagem, pois este tratamento é comumente utilizado quando os níveis de bilirrubina são altos. Sabe-se que a fototerapia apresenta outros efeitos além de reduzir os níveis séricos de bilirrubina, como: vasodilatação periférica, aumento considerável da perda insensível de água, redução do tempo de trânsito intestinal e outros ZIEGEL & CRANLEY (1980). Cuidados com a máscara utilizada para vendar os olhos do recém-nascido, prevenindo lesões dos olhos e escoriações da córnea, observar a estimulação sensorial do recém-nascido durante a alimentação (retirando a venda dos olhos, pegando-o no colo, além de outros) é um cuidado importante de enfermagem, como também a manutenção do aparelho em condições ótimas.

Entretanto 25 atendentes (75,75%) se incluem no conhecimento "Bom", somente 8 (24,25%) foram classificadas dentro do conhecimento "Muito Bom".

Verifica-se que 28 (53,86%) atendentes da amostra estão classificadas no

conhecimento “Bom” na pergunta sobre técnicas do banho na incubadora (questão nº 14). Embora este conhecimento seja imprescindível na assistência de enfermagem, nota-se que os conhecimentos classificados como “Bom” e “Regular”, compreendem 57,70% desta população. Dentro do conhecimento classificado como “Muito bom” estão incluídas 22 (42,30%) atendentes.

Outro fato interessante é que a maioria das atendentes, 24 (72,72%), classificou-se no conhecimento “Muito bom” em relação à visita da mãe ao prematuro no berçário, (questão nº 25). As 9 (27,28%) atendentes restantes foram classificadas no critério de conhecimento “insuficiente”, pois informaram que a visita da mãe seria prejudicial ao prematuro. Nesta questão foi considerada apenas duas alternativas, conforme o critério estabelecido, “Muito bom” – visita é benéfica ao prematuro e “Insuficiente” – visita é prejudicial ao prematuro.

KLAUS & KENNEL (1978) afirmam que o papel da mãe no serviço de neonatologia para o recém-nascido de baixo peso, tem sido muito importante ultimamente. Estes recém-nascidos dependem totalmente de sua mãe para satisfazer todas suas necessidades físicas e emocionais. O carinho da mãe é absolutamente indispensável para um ótimo crescimento e desenvolvimento do filho prematuro.

FREDDI & BARBIERI (1979) destacam a possibilidade da enfermeira em manter aberta as vias de comunicação entre ela e os pais do recém-nascido prematuro internado, sempre ajudando-os a vencer a crise familiar que se instalou. A assistência da mãe ao seu filho prematuro deve ser estimulada pela enfermeira, pois esta é benéfica para o bom relacionamento entre mãe, filho e família.

Segundo REYNOLDS (1973 a, b) a importância de dar aos pais a oportunidade de ver e tocar em seu filho, mesmo quando este está na incubadora, é maior do que o perigo de infecção. Quando os pais têm livre acesso à unidade, eles têm mais probabilidade de criar laços firmes com seus filhos dos quais estão afastados e muitas dificuldades que podem surgir quando o bebê for para casa serão evitadas.

A enfermeira não faz parte do quadro de pessoal do berçário de muitas maternidades, cujos administradores, observando o mínimo de requisitos para o credenciamento junto aos órgãos governamentais, contratam poucos desses profissionais de nível universitário, alocando-os prioritariamente em outras unidades, MONETTI & CARVALHO (1976). Conseqüentemente, como já foi mencionado, as atendentes representam a maioria dentro da equipe de enfermagem que assiste ao recém-nascido prematuro.

Embora sem qualificação profissional, SÃO PAULO. Leis, decretos, etc (1980), a atendente é o elemento da equipe de saúde mais freqüente nas maternidades brasileiras. Devido a isso, há necessidade de maior orientação e de programa de treinamento de atendente, seguido de uma supervisão em serviço contínua.

Em nosso estudo, 33 atendentes informaram que receberam orientação de

profissionais do serviço. Contudo, os dados analisados mostram que há necessidade de melhor preparo da atendente para executar as atribuições relativas à assistência do recém-nascido prematuro, pois em 12 questões do formulário, a maioria classificou-se na categoria de conhecimento "Bom".

Das 33 atendentes da amostra, 31 (93,90%) classificaram no conhecimento "Bom" em 8 a 14 questões do formulário. Outro dado interessante é que 33 atendentes (100,00%) responderam "correto", classificando-se na categoria de conhecimento "Muito bom" em 2 a 9 questões do formulário.

Contudo, apenas quatro atendentes responderam 14 questões classificadas como "Bom" e nenhuma atendente da amostra emitiu além de 14 respostas nos diferentes critérios estabelecidos.

No índice zero de respostas, notamos que 21 atendentes não tiveram respostas "totalmente errada" (Insuficiente).

Portanto, verificamos que as atendentes da amostra, de modo geral, tem conhecimento sobre "características físicas do prematuro e alguns cuidados de enfermagem aplicados ao mesmo estando ou não com complicações". Notamos que o índice de respostas classificadas como "Muito bom" e "Bom" é bem maior em relação ao índice de respostas classificadas como "Regular" e "Insuficiente".

Em estudo anterior realizado com as atendentes que trabalham no período diurno, MERIGHI (1984), obtivemos resultados que diferem deste. Na questão relativa à "observação do prematuro nas primeiras 24 h de vida", 28,84% das atendentes do período diurno classificaram-se na categoria "Muito bom", enquanto neste trabalho nenhuma atendente obteve esta classificação. O mesmo se verifica com respeito às questões sobre "características físicas do prematuro" onde nenhuma atendente classificou-se no conhecimento "Muito bom", enquanto que as atendentes que trabalhavam no período diurno, 17,30% classificaram-se no conhecimento "Muito bom".

Comparando os resultados deste trabalho com o apresentado anteriormente, com respeito à "alimentação do prematuro com mamadeira" verificamos que 55,76% das atendentes do seu estudo afirmaram saber corretamente a técnica, o que não ocorreu neste trabalho, onde somente 24,25% responderam certo, classificando-se na categoria "Muito bom" nesta questão. O mesmo podemos observar comparando os resultados sobre o conhecimento em relação à alimentação do prematuro com sonda naso-gástrica onde 48,07% das atendentes do período diurno incluem-se no conhecimento "Muito bom", enquanto que apenas 33,33% das atendentes do noturno estão classificadas nesta categoria.

Outros dados relevantes em estudo comparativo destas duas pesquisas referem-se aos cuidados com o prematuro após a alimentação, técnica do banho do prematuro na incubadora, cuidados ao prematuro que está apresentando vômitos, limpeza e conservação da incubadora, cuidados ao prematuro que está recebendo

oxigênio e controle da umidade da incubadora, onde a maioria das atendentes que trabalham em berçário durante o dia demonstram ter conhecimento "Muito bom" em contraste com as que trabalham durante a noite cuja minoria obteve esta classificação.

## CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos e dos dados obtidos foi possível concluir que as atendentes de enfermagem tem conhecimento classificado segundo o critério estabelecido como "Bom" com relação às características físicas do prematuro e alguns cuidados de enfermagem dados ao mesmo, estando ou não com complicações.

Isto, porém, não nos satisfaz, ou mesmo, nos preocupa porque a população de prematuros é considerada de alto risco. O atendimento a esses recém-nascidos deve ser prestado por enfermeira. Cabe-nos refletir sobre o fato de se delegar às atendentes atividades que não são de sua competência e para as quais não estão capacitadas.

Supomos que um estudo qualitativo da Assistência prestada por estas atendentes nos daria outros resultados.

MERIGHI, M.A.B. Knowledge of nursing aids on care given to premature newborns. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(2):—, Aug 1989.

*The objective of this study as to verify the knowledge nursing aids, working night in: premature nursery on physical characteristics of premature newborns and on some procedures done to them, either experiencing complications or not. The population of this study was of 33 nursing aids of 12 hospitals of Grande São Paulo. The data were obtained, through interview using a structured form. Eclectic criteria was used to evaluate the knowledge of the nursing aids, and classified in the categories of "very good", "good", "regular", and "poor". Through the data obtained, we verified that the nursing aids have knowledge classified as "good" in relation to physical characteristics of the premature newborn and also to the nursing care given to them, when not experiencing complications.*

UNITERMS – Nurses' aids. Infant, premature. Neonatal nursing.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. Normas y recomendaciones del recién nacido in hospitales a termino y prematuro Evanston, 1957. p. 7-133.
- ARAÚJO, J. Patologia do umbigo. In: ALCANTARA, P. & MARCONDES, E. *Pediatria básica* 6. ed. São Paulo, Servier, 1978. p. 585.
- BETHEA, D. C. Peso bajo al nacer y prematuros. In: ——— *Enfermeira maternoinfantil* 2. ed. - México, Interamericana, 1977. cap. 20, p. 223-9.
- CENTRO DE ESTUDOS PERINATAIS DE SÃO PAULO. Normas de assistência hospitalar aos recém-nascidos São Paulo, Nestlé, 1972.

- CORRADINI, H. B. et alii. Recém-nascido de baixo peso ao nascimento. In: ALCANTARA, P. & MARCONDES, E. *Pediatria básica*. 6. ed. São Paulo, Sarvier, 1978. v. 1, p. 461-71.
- CROSSE, M. *The premature baby*. 4. ed. London, Churchill, 1957. p. 125-46.
- FREDDI, W. E. da S. & BARBIERI, D. L. Responsabilidade da enfermeira na assistência ao recém-nascido de alto risco. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 13(1): 69-88, abr. 1979.
- KLAUS, H. M. & FANAROFF, A. *Alto risco em neonatologia*. 2. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982. cap. 7, p. 141-66.
- & KENNEL, J. H. *La relacion madre hijo: impacto de la separacion o pérdida prematura in el desarrollo de la familia*. Buenos Aires, Panamericana, 1978. cap1, p.15-7.
- LANCASTER, J. & ROBERTS, F. B. Impact os intensive care on the maternal-infant relationship. In: KORONES, S. A. *High-risk newborn infants*. 2. ed. Saint Louis, Mosby, 1972. cap. 12, p. 217-22.
- LLORENS, J. et alii. El prematuro y su cuidado. In: ——— *Pediatria para enfermeras*. Barcelona, Jims, 1972. cap. 15, p. 223-38.
- MAURO, M. Y. C. et alii. Fadiga e aspectos ergonômicos no trabalho de enfermagem *Rev. Bras. Enf. Brasilia*, 29(4):7-18, out./dez. 1976.
- MERIGHI, M. A. B. Conhecimento da atendente de enfermagem que trabalha em berçário de prematuro, sobre determinados cuidados de enfermagem dados a estes recém-nascidos. São Paulo, 1984. 87 p.. (Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da USP).
- MILLER, B. F. & BURT, J. J. *Salud individual y colectiva: el hombre y la sociedade actual*. México, Interamericana. 1973. p. 291-94.
- MONETTI, V. & CARVALHO, P. R. *Mortalidade materna e na infância no Estado de São Paulo: aspectos demográficos, sócio-culturais e médico-sanitários*. São Paulo, Instituto de Saúde, 1976. p. 45-50.
- MORLEY, D. *Pediatria no mundo em desenvolvimento: Prioridades*. São Paulo, Paulinas, 1980. p. 144.
- MOURA, L. R., LULATO, L. H.; PARD, M. G. Assistência de enfermagem no plantão noturno. *Rev. Bras. Enf. Brasilia*, 33(2): 253-54, abr./jun. 1980.
- ORLANDI, O. V. *O prematuro*. Rio de Janeiro, Capitólio, 1954. p. 13-114.
- RAMOS, S. L. et alii. Infecções neonatais. In: ALCANTARA, F. & MARCONDES, E. *Pediatria básica*. 6. ed. São Paulo, Sarvier, 1978. p. 548-52.
- REYNOLDS, E. O. R. Neonatal intensive care. *Nurs. Times*, London, 69(37):1178-81, Sept. 1973 (a).
- REYNOLDS, E. O. R. Neonatal intensive care. *Nurs. Times*, London, 69(38):1220-1, Sept. 1973 (b).
- ROSSIER, A. Fisiopatologia de la prematuridade. In: ——— *El preamturo*. Buenos Aires, Panamericana, 1974. cap.3,p.27-54(a).
- ROSSIER, A. Fisiopatologia de la prematuridade. In: ——— *El preamturo*. Buenos Aires, Panamericana, 1974. cap.16,p.156-5(b).
- SÃO PAULO. Leis, decretos, etc. Projeto de Lei nº 5.487 de 1980. Dispõe sobre a prestação da assistência de enfermagem nas instituições de saúde públicas e privadas e de outras providências. 9 p.
- SCHAFFER, A. J. & AVERY, M. E. Outras infecções bacterianas específicas. In: ——— *Doenças do recém-nascido*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. cap. 86, p. 697.
- TURNER, C. E. *Higiene del individuo y de la comunidade*. 2. ed. México, Centro Regional de Ayuda Técnica. 1964. p. 46-52.
- VERONESI, R. et alii. Tétano. In: ALCANTARA, P. & MARCONDES, E. *Pediatria básica*. 6. ed. São Paulo, Sarvier, 1978, p. 1036.
- ZIEGEL, E. & CRANLEY, M. Recém-nascido de alto risco. In: ——— *Enfermagem obstétrica*. 7. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. cap. 25, p. 559-96.

## FORMULÁRIO

DATA \_\_\_\_\_

## A- DADOS GERAIS

1. Idade (em anos) \_\_\_\_\_
2. Até que ano a Sra. frequentou a escola? \_\_\_\_\_
3. Tempo de trabalho em berçário de recém-nascido prematuro \_\_\_\_\_
4. Profissional responsável pela orientação em serviço:
- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| enfermeira ( )     | pediatra ( )           |
| neonatologista ( ) | outro profissional ( ) |
|                    | especificar _____      |

## B - DADOS SOBRE O CONHECIMENTO DAS ATENDENTES SOBRE PREMATURO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO MESMO.

- 5 - O que a Sra. sabe quanto às características físicas do prematuro?

## Caracteres físicos do prematuro:

- Estatura geralmente inferior a 47 cm . . . . . ( )
- Perímetro cefálico inferior a 3 cm . . . . . ( )
- Cabeça relativamente grande em relação ao corpo . . . . . ( )
- Fontanela bregmática ampla e lambdóide aberta . . . . . ( )
- Ossos da abóbada craniana separados . . . . . ( )
- Pavilhões auriculares moles, pequenos e afastados da cabeça . . . . . ( )
- Pescoço mais curto do que o de um recém-nascido a termo . . . . . ( )
- Tronco alongado e sem tumefação mamária . . . . . ( )
- Perímetro torácico maior que o cefálico . . . . . ( )
- Queda do coto umbilical mais tardia do que de um recém-nascido a termo . . . . . ( )
- Pernas curtas e delgadas . . . . . ( )
- Clitoris de tamanho exagerado, simulando, muitas vezes, um pênis . . . . . ( )
- Ausência freqüente de testículo na bolsa escrotal . . . . . ( )
- Pele enrugada, recoberta por lanugem; avermelhada nos primeiros dias, freqüentemente icterícia a seguir. Através da pele pode-se perceber vasos sanguíneos . . . . . ( )
- Tecido celular subcutâneo escasso . . . . . ( )
- Unhas reduzidas, nem sempre alcançam as extremidades dos dedos . . . . . ( )
- Musculatura delicada . . . . . ( )
- Aspecto geral de fragilidade . . . . . ( )
- Criança que dorme muito . . . . . ( )

- 6 - Qual a observação que a Sra. acha que deve ser feita nas primeiras 24 h de vida?

## Observação do prematuro nas primeiras 24 h de vida.

- Observação constante quanto a presença constante de cianose, palidez e icterícia . . . . . ( )
- Detecção precoce da apnéia . . . . . ( )
- Observação da presença de secreção orofaríngea . . . . . ( )
- Observação do aparecimento de dispnéia, náuseas, vômitos e hemorragias (principalmente do coto umbilical) . . . . . ( )
- Observação quanto à perda excessiva de calor (certeza de perfeito controle térmico da incubadora) . . . . . ( )
- Observação da primeira eliminação de mecônio e de urina . . . . . ( )

- 7 - Para a Sra. como deve ser feita a hidratação do prematuro?

## Hidratação do prematuro:

- Iniciar por via oral, assim que as condições do prematuro o permitam, quatro a seis horas após o nascimento . . . . . ( )
- Hidratar com solução de glicose a 10% ou a 20%, 2 a 3 ml . . . . . ( )
- Hidratar de duas em duas horas (nos intervalos das mamadas) . . . . . ( )



8 – Para a Sra. quais os cuidados que se deve ter ao alimentar o prematuro com mamadeira.

- Alimentação do recém-nascido prematuro com mamadeira.
- Bico macio, com orifício não muito pequeno (para verificar se o tamanho do orifício está adequado, inverte-se a mamadeira, o leite deverá gotejar por este orifício) . . . . . ( )
- Elevar a cabeceira da incubadora ou do berço . . . . . ( )
- Dar a mamadeira, verificando sempre se não há ar entre o bico e o gargalo da mamadeira . . . ( )

9 – Para a Sra. de que maneira deve ser ministrada a alimentação do prematuro por sonda naso-gástrica?

Alimentação do prematuro por sonda naso-gástrica.

- Verificar sempre antes de introduzir o alimento, se a extremidade da sonda está no estômago, fazendo aspiração do conteúdo gástrico com a seringa . . . . . ( )
- Introduzir o alimento na sonda pela extremidade livre desta, por intermédio de uma seringa, deixando-o escoar livremente, com a pressão do êmbolo . . . . . ( )
- Terminada a alimentação proceder a limpeza da sonda, injetando nesta 2 ml de soro glicosado a 5% (ou de água fervida) e fechar a extremidade livre com um conector . . . . . ( )

10 – A Sra. poderia nos dizer como deve ser passada a sonda naso-gástrica?

Técnica de gavage.

Material:

- mamadeira graduada contendo leite em quantidade prescrita . . . . . ( )
- seringa de 20 ml . . . . . ( )
- cuba redonda com glicose a 5% . . . . . ( )
- cuba rim . . . . . ( )
- gase . . . . . ( )
- cálice graduado de 60 ml . . . . . ( )

Método:

- verificar se a quantidade, a dosagem e o nome do leite a ser dado conferem com a prescrição médica . . . . . ( )
- colocar o material sobre a mesa. Pegar a sonda com gase estéril e medir a distância da raiz do nariz até o apêndice xifóide, marcando-a com fita adesiva . . . . . ( )
- pegar a sonda, envolvida com gase estéril e iniciar a sua introdução, lentamente, pela narina, até a marca feita na mesma, observando a reação do recém-nascido . . . . . ( )
- caso a criança apresente tosse, dispnéia ou cianose, apertar a sonda e retirá-la; reiniciar a técnica após a cessação desses sinais . . . . . ( )
- verificar se a sonda se encontra realmente no estômago, ou fazendo aspiração do conteúdo gástrico com a seringa ou colocando a extremidade da sonda na cuba redonda de água, para observar se há presença de ar pela formação de bolhas . . . . . ( )
- trocar a sonda naso-gástrica cada quatro dias, com o cuidado de usar a outra narina para introduzir a nova sonda . . . . . ( )
- para retirar a sonda apertá-la firmemente, a fim de evitar que gotículas de alimento ou secreções sejam aspiradas . . . . . ( )

11 – Qual o cuidado que a Sra. acha que deve ser dado ao prematuro após a alimentação?

Cuidado do prematuro após a alimentação:

- Inspeccionar o interior da boca verificando se todo o alimento já foi deglutido, para evitar que a alimentação retida na boca seja aspirada . . . . . ( )
- Facilitar a eructação do prematuro (colocar a mão esquerda espalmada sob as costas do RN, conservando o polegar na parte posterior do tórax e os outros dedos na axila mantendo a mão esquerda nesta posição até o prematuro eructar . . . . . ( )
- Retirar da pele as gotas de alimento que por acaso tenham caído evitando-se assim, irritação da mesma . . . . . ( )
- Deitar o prematuro em decúbito lateral, para evitar que o alimento regurgitado ou vomitado seja aspirado . . . . . ( )
- Conservar elevada, durante meia hora, a cabeceira da incubadora ou do berço . . . . . ( )

12 – Por favor, descreva a técnica do banho do prematuro na incubadora:

Técnica do banho na incubadora.

Material:

- bolas de algodão, compressas estéreis, água fervida morna, cuba rim . . . . . ( )

Método:

- iniciar pela limpeza dos olhos, passando levemente, sobre a pálpebra de cada olho, com movimento da parte interna para a externa, uma bola de algodão, estéril embebida em água, desprezando-a a seguir na cuba rim . . . . . ( )
- limpar as narinas com fusos de algodão umedecidos, um para cada narina . . . . . ( )
- limpar as dobras do pavilhão auricular com fusos de algodão, um para cada orelha . . . . . ( )
- limpar a face com bolas de algodão, embebidas em água: enxugar com compressas . . . . . ( )
- levantar a cabeça e os ombros do recém-nascido, como descrito na técnica da alimentação com mamadeira . . . . . ( )
- lavar a boca com bolas de algodão embebidas em água morna; enxugar . . . . . ( )
- limpar as dobras do pescoço, axilas, braços com bolas de algodão embebidas em água e enxugar com compressas . . . . . ( )
- limpar a região inguinal, dobras das pernas, pés e entre os artelhos, seguindo a mesma técnica de higiene . . . . . ( )
- limpar cuidadosamente os genitais . . . . . ( )
- a) sexo feminino – limpar os grandes lábios com algodão embebido em água, sempre de cima para baixo . . . . . ( )
- b) sexo masculino – fazer com cuidado a retração do prepúcio e limpar a secreção . . . . . ( )
- fazer o curativo umbilical . . . . . ( )
- anotar as eliminações e as alterações observadas na pele (cor, pustulas, irritações, etc.) na postura e no coto umbilical, sangramento, secreções, granulomas, etc. . . . . ( )

13 – Para a Sra. quais são os cuidados que devemos ter com a pele do prematuro para evitar infecções?

Cuidado da pele do prematuro para evitar infecção:

- a pele deve ser limpa, diária e cuidadosamente, com algodão embebido em água, evitando traumatizá-la, pois é muito fina e delicada . . . . . ( )
- observar se não há irritação, ferimentos ou pustulas . . . . . ( )
- após as micções e evacuações limpar os órgãos genitais . . . . . ( )

14 – A Sra. poderia enumerar os cuidados com o coto umbilical?

Cuidado do coto umbilical:

- limpar as pregas da base com cotonete umedecido com água oxigenada, secá-lo com gase . . . . . ( )
- tocar o coto umbilical com mertiolate . . . . . ( )
- anotar o que foi realizado e o aspecto do coto: sangramento, secreção, cor, tumefação . . . . . ( )
- manter o coto umbilical limpo e seco . . . . . ( )

15 – A Sra. poderia descrever os cuidados com o prematuro com monilíase?

Cuidado com o prematuro com monilíase:

- lavar bem as mãos com água e antisséptico antes de cuidar do prematuro . . . . . ( )
- fazer a limpeza da boca do prematuro com água bicarbonatada, usando uma espátula com a extremidade envolvida em gase, ou com cotonetes; passá-la por toda a cavidade bucal . . . . . ( )
- lavar muito bem com água e sabão, e esterilizar todo o material usado com o prematuro . . . . . ( )

16 – A Sra. poderia descrever os cuidados prestados ao prematuro que está com problemas respiratórios?

Cuidados do prematuro com problemas respiratórios:

- elevar a cabeceira do leito. Aspirar, sempre que necessário a secreção nasofaríngea . . . . . ( )
- suspender a alimentação assim que o prematuro demonstrar dificuldade respiratória . . . . . ( )
- vigiar constantemente a respiração do recém-nascido, para detectar a presença de apnéia . . . . . ( )
- vigiar a oxigenação, o controle da umidade e o aquecimento da isoleta . . . . . ( )

17 – Para a Sra. quais os cuidados a serem dados com o prematuro que está apresentando diarreia?

Cuidados do prematuro com diarreia:

- no caso do prematuro evacuar mais de 6 vezes por dia ou de apresentar fezes líquidas ou esverdeadas:
- avisar o médico imediatamente . . . . . ( )
- anotar a frequência, a consistência e a coloração das fezes . . . . . ( )
- isolar o recém-nascido prematuro . . . . . ( )

18 – Como a Sra. cuida de um prematuro que está apresentando vômitos?

Cuidados do prematuro com vômito:

- observar e anotar se o vômito é em jato ou não, se ocorre após a alimentação e sua frequência e quantidade . . . . . ( )
- colocar o bebê em decúbito lateral e aspirar sempre que for necessário . . . . . ( )
- suspender a alimentação se houver náuseas ou vômitos . . . . . ( )

19 – Como a Sra. acha que deve ser feita a limpeza e conservação da incubadora?

Limpeza e conservação da incubadora:

- lavar diariamente a parte interna e externa da incubadora com pano, água e sabão (ou solução antisséptica) e enxugar com um pano seco . . . . . ( )
- fazer a limpeza terminal da incubadora após a retirada da criança (desmontando-a toda, lavando-a com água e sabão ou solução antisséptica . . . . . ( )
- deixar arejar a incubadora durante 6 horas, antes de prepará-la para nova admissão. Se possível trocar a criança de incubadora cada quinze dias, para a limpeza terminal . . . . . ( )
- trocar o filtro uma vez por mês ou mais se necessário . . . . . ( )
- nunca usar éter em lugar de água e sabão para a limpeza da incubadora ou para qualquer cuidado administrado à criança na incubadora, pois o éter combinado com o oxigênio é explosivo e tóxico . . . . . ( )
- trocar diariamente a água destilada para umidificação do ambiente no caso de ser usado . . . . . ( )

20 – Quais são os cuidados prestados ao prematuro que está recebendo oxigênio?

Cuidados com o prematuro que está recebendo oxigênio:

- seguir rigorosamente a prescrição médica e o número de litros por minuto a ser administrado . . . . . ( )
- verificar o funcionamento do conjunto: manômetro, umidificador, intermediário de borracha e funil . . . . . ( )
- fixar o intermediário de borracha no lençol que cobre o coxim com fita adesiva e verificar se o mesmo não está dobrado . . . . . ( )
- observar a criança durante a oxigenação. Verificar o ressecamento das narinas e adicionar água destilada no umidificador até o limite permitido . . . . . ( )

21 – Como a Sra. controla a umidade da incubadora?

Controle da umidade da incubadora:

- controlar a umidade de acordo com a prescrição médica . . . . . ( )
- trocar a água destilada diariamente de acordo com o horário estabelecido . . . . . ( )

22 – Quais são os cuidados com o prematuro que está em fototerapia?

Cuidado do prematuro em fototerapia.

- antes do início do tratamento, proteger os olhos do recém-nascido, cuidadosamente, com gaze e pano escuro . . . . . ( )
- conservar o prematuro completamente despido, para que a incidência da luz seja uniforme, em toda a superfície cutânea; mudar o recém-nascido de posição pelo menos de duas em duas horas, alternando decúbito dorsal e ventral . . . . . ( )
- observar o estado de hidratação do recém-nascido observando as fezes e hidratá-lo a intervalos de 1 hora e 30 minutos . . . . . ( )
- controlar a temperatura do prematuro cada 4 horas . . . . . ( )

Cuidado com o aparelho:

- a) - antes de ligá-lo verificar cuidadosamente a parte elétrica: fio conector, tomada, fio terra e amperagem . . . . . ( )
- b) - manter a temperatura do berço em torno de 30°C . . . . . ( )
- c) - manter as lâmpadas numa distância de 40 a 50 cm da superfície que será irradiada . . . . . ( )
- d) - anotar o tempo de uso da lâmpada e substituí-la após 200 horas de uso . . . . . ( )

23 – A Sra. acha que a visita diária da mãe ao prematuro internado seria:

- prejudicial ao prematuro? . . . . . ( )
- benéfica ao prematuro? . . . . . ( )

Visita da mãe ao seu filho prematuro.

Sempre que possível fazer os pais compartilharem da assistência à criança, pois a interação mãe e filho é benéfica para ambas as partes; comunicar à mãe o progresso do prematuro pelo menos uma vez ao dia ou mais freqüentemente.

Recebido para publicação em 30/06/88.