

# 14<sup>o</sup> SENPE

Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem

## POLÍTICAS DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

29 de Maio a 01 de Junho de 2007  
Centro de Cultura e Eventos/UFSC  
Florianópolis-SC

Promoção



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Realização



[clique aqui para navegar](#)



★  
© Copyright 2007 – Associação Brasileira de Enfermagem.

### Ficha Catalográfica

S471a Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (14.: 2007: Florianópolis, SC)  
Anais / 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Florianópolis,  
SC, 30 de maio a 01 de junho, Centro de Cultura e Eventos UFSC, Associação  
Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa  
Catarina — Florianópolis (Brasil): ABEn/ABEn-SC, 2007.  
CD-ROM.

Inclui bibliografia.

ISSN 1676-0344

Tema Central: Políticas de Pesquisa em Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Pesquisa Científica - Políticas. I. Associação Brasileira de  
Enfermagem. II. Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina.

CDD21ª ed. - 610.730 981

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM COM FOCO EM DIAGNÓSTICOS: MODELO APLICADO EM NEONATOLOGIA

Claudia R. Perico Lavich<sup>1</sup>

Maria da Graça Crossetti<sup>2</sup>

Cristine Ruviano Oliveira<sup>3</sup>

O modelo de assistência ao recém-nascido (RN) vem tendo grandes modificações ao longo dos tempos, e cabe a equipe de enfermagem adaptar-se a essas mudanças. Diante do avanço tecnológico e científico houve aperfeiçoamento do cuidado em neonatologia a fim de atender às necessidades específicas do RN e sua família. O cotidiano profissional da enfermeira dentro da Unidade de Terapia Intensiva do Recém-Nascido (UTI-RN) é um desafio constante que requer uma performance de habilidade, sensibilidade, respeito e conhecimento científico diante do perfil do paciente em questão devido sua grande vulnerabilidade, complexidade e dependência total da equipe de enfermagem. Neste contexto é importante que a enfermeira disponha de recursos tecnológicos para cuidar de modo a identificar, diagnosticar e intervir nos problemas de saúde do neonato e sua família com precisão. Isto pressupõe avaliar com competência o paciente exigindo a utilização de instrumentos que possibilitem coletar, analisar e interpretar dados subjetivos e objetivos de modo a implementar o processo de cuidado. Condição esta que remete a utilização de documentos que se adequem as necessidades dos registros decorrentes da avaliação física ou clínica do RN, que se expressam nos instrumentos de anamnese e exame físico. A anamnese e exame físico é uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na qual representa a principal forma de coleta de dados e está baseada no levantamento das necessidades humanas do paciente e sua família estruturado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979) e Taxonomia do Diagnóstico de Enfermagem da NANDA (2003-2004). A base da coleta de dados compreende dados subjetivos e objetivos. Nos dados subjetivos são registrados as situações detalhadas manifestas pela família caracterizando-se pelos sintomas, percepções e sentimentos do familiar sobre o estado de saúde do RN. Os dados objetivos são registrados a partir da avaliação física e clínica do RN feito pelo enfermeiro em busca de evidências (sinais) que confirmem as informações dos familiares. Esses compreendem dados observáveis e mensuráveis. Utiliza-se ainda, outras fontes de informações tais como: Resultados de exames laboratoriais, pesquisa de prontuário de paciente e inferências de outros profissionais de saúde. Neste contexto estruturou-se um modelo de anamnese e exame físico do RN com foco nos diagnósticos com os seguintes elementos: **Identificação do RN:** Nome completo, data de nascimento e internação, sexo, idade gestacional (IG), procedência, peso de nascimento, medidas antropométricas (Estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico, tensão arterial) peso de internação e sinais vitais. **Identificação da mãe:** Nome completo, idade, estado civil, religião, escolaridade, realização de pré natal, patologias maternas, uso de drogas durante o parto, gestações anteriores, abortamentos, n de filhos, sorologias e tipo sanguíneo. **História atual do RN:** Relatado pelo familiar, médico ou enfermeiro responsável pelo encaminhamento do RN, constando o diagnóstico médico ou hipótese diagnóstica, exemplos: exames laboratoriais anteriores do RN ou da mãe, motivo da internação, por quem foi trazido, as condições de chegada.

---

<sup>1</sup> Enfermeira Assistencial da UTI-RN do Husm com Especialização em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal.

<sup>2</sup> Professora, Doutora em Filosofia na Enfermagem/UFSC, Profª Drª Adjunto do Departamento de Enfermagem da EEUFRGS.

<sup>3</sup> Enfermeira Assistencial da UTI-RN do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Especialista em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal.

Atenção: Os dados complementares deverão ser preenchidos no espaço da observação. **Historia passada das condições do nascimento:** Caracteriza-se pela historia pré/trans/pós parto imediato, constando de: apgar, uso de fórceps, necessidade de reanimação cardio-pulmonar, presença ou não de circular de cordão, tempo de ruptura das membranas amnióticas, feto único ou gemelar. Atenção: Os dados complementares deverão ser preenchidos no espaço da observação. **NHB: NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS** **Subjetiva:** Geralmente é ausente pois a maioria dos RNs que internam são encaminhados diretamente da sala de parto ou bloco cirúrgico. Quando existe deverão ser relatados pelo familiar ou profissional que presta assistência imediata. **Objetivo:** São informações percebidas e mensuradas pelo enfermeiro através da observação direta das condições do RN no exame físico. Atenção: Os dados complementares deverão ser preenchidos no espaço da observação. **OXIGENAÇÃO: Subjetivo:** Descrição pelo responsável do RN sobre oxigenação durante o sono a mamada e a vigília. **Objetivo:** Descrição pelo enfermeiro das condições respiratórias do RN presença de retrações, necessidade do uso de O<sub>2</sub>, qualidade da ausculta pulmonar. **PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS; Subjetivo:** Descrição do familiar ou responsável sobre as alterações ou não dos órgãos dos sentidos (visão, tato, olfato, audição). **Objetivo:** Descrição pelo enfermeiro das observações após exame detalhado de olhos, nariz e canal auditivo. **ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO; Subjetivo:** Avaliação e registro de informação do familiar ou responsável sobre: aceitação, frequência e tipo de alimentação. **Objetivo:** Descrição do enfermeiro através da obs. Do RN sobre a via de recebimento da alimentação, aceitação e tipo de alimentação. **ELIMINAÇÕES: Subjetivo:** Registrar através de informações dos familiares ou responsáveis sobre as condições urinarias e intestinais, bem como a presença de vômitos. **Objetivos:** Descrição pelo enfermeiro através da observação sobre as condições e alterações observadas durante exame físico/clínico quanto aparelho gastrointestinal e genitourinário, relativas às eliminações urinárias e intestinais. **INTEGRIDADE CUTÂNEA E MUCOSA. Subjetivo:** Registro através das informações dos familiares sobre alterações na pele e mucosas. **Objetivo:** Descrever sobre as condições da pele e mucosas, bem como presença de alterações como: bossa, escoriações, estrutura do crânio, cefaloematoma. Outros serão descritos no item de observação. **CUIDADO CORPORAL: Subjetivo:** Registro através da informação da família ou responsável sobre hábitos de higiene do RN. **Objetivo:** Registro da avaliação das condições de higiene do RN. **LOCOMOÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA: Subjetivo:** Descrição através da informação do familiar ou responsável sobre a atividade do RN como: movimentos de MMSS e MMII e presença de lesões. **Objetivo:** Avaliação e registro através das observações do enfermeiro a partir do exame físico/clínico sobre: presença de restrições de movimentos, lesões e hipoatividade. **SEGURANÇA FÍSICA E EMOCIONAL- AMOR/ AFETO: Subjetivo:** Descrição através de informação do familiar ou responsável sobre a aceitação da gestação e do RN. **Objetivo:** Descrição através da observação pelo enfermeiro sobre o comportamento do familiar frente ao RN. **ESPIRITUALIDADE: Subjetivo:** Descrição através da informação do familiar ou responsável sobre crenças religiosas. **Objetivo:** Descrição pelo enfermeiro sobre existência de alguma restrição da conduta medica/enfermagem devido crença religiosa e intenção de batismo durante internação. **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: Subjetivo:** Descrição através da informação do familiar ou resp. sobre o conhecimento quanto ao aleitamento materno, vacinação, cuidados com o RN e testes diagnóstico. **Objetivo:** Descrição do enfermeiro sobre atualização das vacinas, necessidade de teste diagnóstico e o ato do aleitamento materno. **NECESSIDADES TERAPÊUTICAS: Subjetivo:** Descrição através do familiar ou responsável sobre a necessidade de medicação,

oxigenoterapia, terapia endovenosa, suporte ventilatório. **Objetivo:** Descrição pelo enfermeiro sobre o uso de cateter endovenoso (tipo), cateter endonasal, tubo orotraqueal, cateter de pressão positiva, campânula, Máscara de O2, sondas. **IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO:** Registros de dados coletados a partir do olhar do enfermeiro durante a anamnese e exame físico decorrentes de suas percepções sobre o paciente e o familiar que participa dos cuidados com RN, e qual transmite informações através da linguagem verbal e não verbal. **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:** Descrição do diagnóstico de Enfermagem declarado a partir da anamnese e exame físico do paciente levantados anteriormente, possibilitando ao enfermeiro identificar as hipótese diagnósticas buscando com isso uma maior eficiência no cuidado com RN. **DADOS ADICIONAIS:** São dados relevantes no momento da internação como: procedimentos realizados no RN ( cateterização, passagem de sondas, intubação traqueal, instalação de CPAP nasal, punção venosa, passagem de cateter central de inserção periférica, raio x, coleta de exames laboratoriais), resultados de exames complementares, raio x, Tomografias Computadorizadas que podem oferecer subsídios ao enfermeiro para declaração do diagnóstico de enfermagem. **ENFERMEIRO :** Nome completo do enfermeiro responsável **DATA:** dia/ mês/ano. **COREN:** registro no COREN. Durante o processo de construção do instrumento, elaborou-se seis modelos diferentes de registros até adaptar ao perfil e necessidades dos pacientes em questão. Tendo em vista a complexidade da assistência em neonatologia, onde pequenas alterações no padrão de normalidade deste paciente pode comprometer gravemente sua integridade orgânica e fisiológica, bem como o equilíbrio psicológico da família , faz-se necessário a utilização de tecnologias específicas que suprem as necessidades humanas para uma maior eficiência no processo do cuidado. Diante da grande vulnerabilidade e total dependência em se encontra o neonato, a equipe de enfermagem torna-se indispensável para a promoção da saúde do RN e resgate do mesmo para o seio da família. Para tal, é imprescindível a utilização de instrumentos diagnósticos no ambiente da terapia intensiva , os quais possibilitarão intervenções precisas para um atendimento eficiente focado nas necessidades singulares do neonato com vistas a implementar o processo de cuidado humanizado.

**Palavras chaves:** Registro de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; neonatologia,;classificação.

**Área temática:** Processo de cuidar em saúde e enfermagem, Descrição do Modelo de Anamnese e Exame Físico do Rn

Endereço da autora-relatora: Rua Dr. Bozano, 213, apto 703.

Bairro Centro

Santa Maria –RS CEP 97015-001

crlclaudia@yahoo.com.br

(55) 3025-2098