



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL EM
CRIANÇAS

FORTALEZA

2016

LARISSA GABRIELLE DIAS VIEIRA

**ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL EM
CRIANÇAS**

Dissertação submetida ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Viviane Martins da Silva.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

V716a Vieira, Larissa Gabrielle Dias Vieira.
ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL EM CRIANÇAS / Larissa Gabrielle Dias
Vieira Vieira. – 2016.
100 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof. Dra. Viviane Martins da Silva .
Coorientação: Prof. Dr. Niria Gomes Guedes .

1. Tecnologias de linguagem. 2. Enfermagem. 3. Saúde da Criança. I. Título.

CDD 610.73

LARISSA GABRIELLE DIAS VIEIRA

ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL EM
CRIANÇAS

Dissertação submetida ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Submetida em 24/06/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Viviane Martins da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Nirla Gomes Guedes (Co-orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Regina Cláudia Melo Dodt (1º membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes (2º membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Régia Christina Moura Barbosa Castro (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a todas as crianças internadas em unidades neonatais, aos seus pais, que passam longos períodos de espera para o momento da alta hospitalar. Tempo esse que muitas vezes, observado pela ótica cronológica não é muito longo, mas para cada binômio, esse tempo de internação é infinito.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, meu melhor amigo, que mesmo em silêncio me concede várias respostas, compartilhando comigo a sabedoria e paciência necessária para que eu compreendesse que o meu trabalho é fruto de uma missão de vida.

Agradeço aos meus familiares, tios, primos, especialmente meus pais Wilson Vieira e Márcia Jane, e minha irmã Tércia Vieira, que em muitas ocasiões foram suprimidos de minha presença e que pacientemente compreenderam essa necessidade para a conclusão deste trabalho e a finalização de mais uma etapa de minha vida.

Agradeço aos meus amigos, que mesmo distantes contribuíram para a conclusão desse desafio por me incentivarem e me fazer acreditar que tudo iria dar certo, em especial dedico aos amigos: Marcos Renato, Ana Beatriz, Ana Raquel, Viviane Carneiro, Marília Mendes e Sofia Esmeraldo.

Aos meus mestres, docentes do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que muito contribuíram para o meu amadurecimento profissional.

A minha orientadora Professora Doutora Viviane Martins pela paciência e compreensão nos momentos difíceis de aprendizados, que como toda sua sabedoria e humildade nos ensina os passos a serem percorridos nesses 24 meses de convivência.

A minha coorientadora Nirla Gomes, por acrescentar novos conhecimentos e experiência para a conclusão da pesquisa.

Agradeço também o Professor Marcos Venícios pela importante contribuição para a produção desse estudo.

Ao meu grupo de pesquisa CUIDENSC pelo auxílio e compreensão no momento da construção desse trabalho, dedico aos membros: Rafaela Tavora, Ocília, Tânia, Anna Virginia, Renan Alves, Taíssa Elayne, Leonardo, Livia Cintra, e em especial minhas colaboradoras: Ana Carolina, Jorgiana e Ana Cláudia.

Agradeço especialmente a Professora Dra. Vilani Guedes e Professor Paulo Cesár de Almeida, que foram meus primeiros Mestres na Enfermagem, que me incentivaram pela busca ao conhecimento e pela pesquisa.

Por fim agradeço aos profissionais da unidade neonatal do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) e Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) pela prontidão em contribuir para a captação dos sujeitos.

“Quando o olhar grita o que a alma diz,
mas a palavra não sabe definir, que
outro olhar exista, para conter e
devolver. E cresçamos!”

Edgar Nogueira Lima

RESUMO

O referido estudo teve como objetivo analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em crianças internadas em unidades de cuidados neonatais. O diagnóstico de enfermagem referido pertencente à taxonomia da NANDA-I (2015) e é definido como “atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente do sistema gastrointestinal”. Este diagnóstico pode ser evidenciado pelos indicadores clínicos: aumento dos resíduos gástricos, ausência de flatos, diarreia, dificuldade de eliminar as fezes, distensão abdominal, dor abdominal, esvaziamento gástrico acelerado, fezes endurecidas, mudanças de sons intestinais (ausentes, presentes, hipoativos, hiperativos), náusea, regurgitação, resíduo gástrico cor de bÍlis, vômito e cólica abdominal. Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica, com delineamento transversal, exploratório e descritivo. O estudo foi realizado em duas unidades hospitalares caracterizadas por assistência, ensino e pesquisa. A amostra do estudo foi constituída por 228 crianças internadas em duas instituições hospitalares. Foram adotados como critérios de inclusão: crianças com permanência mínima de 24 horas, idade gestacional entre 25 e 42 semanas, comprovada pela escala de *New Ballard* ou técnica de avaliação do capurro somático. Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento que norteou a realização do exame físico abdominal e consulta ao prontuário das crianças. Os dados foram organizados no software *Excel* (2007) para posterior análise com o apoio do software R versão 2.12.1. Foi realizada a análise descritiva por meio dos cálculos de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e dispersão. Foram calculadas ainda medidas de acurácia de sensibilidade e especificidade de cada indicador clínico, com base no método de Análise de Classes Latentes. Este estudo seguiu os preceitos éticos em pesquisa determinados pela Resolução de nº 466 do Conselho Nacional, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará conforme parecer de nº 1.311.771. O referido estudo evidenciou que o Diagnóstico de enfermagem de Motilidade gastrointestinal disfuncional foi prevalente em 52,3% da amostra. O indicador clínico Resíduo Gástrico foi identificado em 52,6% da amostra, seguido por Mudanças de Sons Intestinais com 46,5%, Regurgitação com o percentual de 39,5% e Distensão abdominal com 39,5 %. Aumento de resíduo gástrico apresentou elevados valores de sensibilidade e especificidade, destacando-se como indicador clínico mais importante para a inferência de Motilidade gastrointestinal disfuncional. Mudanças de sons intestinais, Regurgitação, Resíduo gástrico cor de bÍlis, Ausência de flatos e Fezes endurecidas mostraram-se como indicadores específicos. Acredita-se que o conhecimento adquirido pelos enfermeiros por meio dessa pesquisa pode contribuir para que o diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional seja identificado em crianças de internadas em unidades neonatais. Vale salientar que as medidas de acurácia dos indicadores clínicos apresentam relevância para inferência mais precisa do referido diagnóstico de enfermagem.

Palavras – chave: Diagnóstico de enfermagem- motilidade gastrointestinal disfuncional-crianças.

ABSTRAT

The study aimed to analyze the accuracy of measures of clinical indicators of diagnosis of dysfunctional gastrointestinal motility nursing children in neonatal care units. The nursing diagnosis that belongs to the taxonomy of NANDA-I and is defined as "increased peristaltic activity, decreased, ineffective or absent from the gastrointestinal system." This diagnosis can be evidenced by clinical indicators increased gastric residue, absence of flatus, diarrhea, difficulty in eliminating feces, abdominal distension, abdominal pain, accelerated gastric emptying, hard stools, changes in bowel sounds (absent, present, hypoactive, hyperactive), nausea, regurgitation, gastric residual color of bile, vomiting and abdominal cramps. It is a study of diagnostic accuracy, cross-sectional, exploratory and descriptive design. The study was conducted in two hospitals characterized by care, teaching and research. The study sample consisted of 228 children in two hospitals. They were adopted as inclusion criteria: children with a minimum stay of 24 hours, gestational age between 25 and 42 weeks, proven by the scale of New Ballard or evaluation technique of somatic Capurro. To collect the data, we used an instrument that guided the realization of abdominal physical examination and consultation with the medical records of children. Data were organized in Excel (2007) for further analysis with the support of R version 2.12.1 software. the descriptive analysis through the calculation of absolute frequencies, percentages, central tendency and dispersion measurements was performed. They were also calculated sensitivity of accuracy and specificity of each clinical indicator, based on Latent Class Analysis method. This study followed the ethical principles for research established by Resolution No. 466 of the National Council was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará as Opinion No. 1,311,771. The study showed that the dysfunctional gastrointestinal motility nursing diagnosis was prevalent in 52.3% of the sample. The clinical indicator Residual Gastric was identified in 52.6% of the sample, followed by Intestinal Sons changes with 46.5% Regurgitation with the percentage of 39.5% and abdominal distension with 39.5%. gastric residual increase showed high levels of sensitivity and specificity, especially as most important clinical indicator for the inference dysfunctional gastrointestinal motility. Changes in bowel sounds, regurgitation, gastric Residue color of bile, flatus and faeces Absence hardened appeared as specific indicators. It is believed that the knowledge acquired by nurses through this research can contribute to the diagnosis of dysfunctional gastrointestinal motility nursing is identified in children hospitalized in neonatal units. It is worth noting that the accuracy of measures of clinical indicators have relevance to more accurate inference of said nursing diagnosis.

Key - words: Diagnostics nursing- gastrointestinal motility disfuncional- children.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das frequências das variáveis clínicas e demográficas relacionadas ao nascimento. Fortaleza, 2016.	28
Tabela 2: Medidas de tendência central das variáveis clínicas. Fortaleza, 2016.....	29
Tabela 3: Distribuição das crianças conforme o diagnóstico médico de internação. Fortaleza, 2016.	30
Tabela 4: Distribuição das crianças conforme o diagnóstico médico relacionado ao trato gastrintestinal. Fortaleza, 2016.....	31
Tabela 5: Distribuição das crianças conforme o uso de fármacos. Fortaleza, 2016.....	31
Tabela 6: Distribuição crianças quanto ao tipo de leite, vias e formas de administração. Fortaleza, 2016.	32
Tabela 7: Distribuição dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem de Motilidade gastrintestinal disfuncional em crianças. Fortaleza, 2016.....	33
Tabela 8: Medidas de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos do diagnóstico de Motilidade gastrintestinal disfuncional em crianças, obtidas a partir de análise de classe latente com efeitos randômicos. Fortaleza, 2016.	34
Tabela 9: Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Aumento de Resíduo gástrico. Fortaleza, 2016.	35
Tabela 10: Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Aumento Resíduo gástrico em crianças internadas em unidades neonatais. Fortaleza, 2016.	36
Tabela 11 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre crianças com e sem o indicador clínico Resíduo Gástrico cor de bÍlis. Fortaleza, 2016.	37
Tabela 12 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador Resíduo gástrico cor de bÍlis em crianças internadas em unidades neonatais. Fortaleza, 2016.....	38
Tabela 13 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Vômito. Fortaleza, 2016.....	39

Tabela 14- Variáveis associadas à ocorrência do indicador Vômito em crianças internadas em unidades neonatais. Fortaleza, 2016.....	39
Tabela 15 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador Regurgitação. Fortaleza, 2016.....	40
Tabela 16 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Regurgitação em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.	41
Tabela 17- Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Mudanças de sons intestinais. Fortaleza, 2016.	42
Tabela 18 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Mudanças de sons intestinais em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.	43
Tabela 19 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Distensão abdominal. Fortaleza, 2016.	44
Tabela 20 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Distensão abdominal em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.	45
Tabela 21 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre crianças com e sem o indicador clínico Dor Abdominal. Fortaleza, 2016.....	46
Tabela 22 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador Dor abdominal em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.	47
Tabela 23 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem Ausência de flatos. Fortaleza, 2016.....	48
Tabela 24 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Ausência de Flatos em crianças. Fortaleza, 2016.	49
Tabela 25 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Diarreia. Fortaleza, 2016.....	50
Tabela 26 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Diarreia em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.	51

Tabela 27 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Fezes Endurecidas. Fortaleza, 2016.	52
Tabela 28 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Fezes Endurecidas em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.	53
Tabela 29 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem Dificuldade de eliminar fezes. Fortaleza, 2016.	54
Tabela 30 -Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Dificuldade de eliminar fezes em crianças. Fortaleza, 2016.	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Geral.....	20
2.2 Específicos.....	20
3 MATERIAL E METODOS.....	21
3.1 Desenho do Estudo.....	21
3.2 Local do estudo.....	22
3.3 População e amostra.....	22
3.4 Procedimento para a coleta de dados.....	23
3.5 Instrumento de coleta de dados.....	25
3.6 Organização e análise dos dados.....	26
3.7 Aspectos éticos e administrativos.....	27
5 RESULTADOS.....	28
6 DISCUSSÃO.....	56
7 CONCLUSÃO.....	65
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	70
APÊNDICE A- Procedimento para Coleta de Dados.....	71
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido – MEAC.....	72
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido – HIAS.....	75
APÊNDICE D - Definições operacionais e procedimento de coleta de dados das características definidoras do Diagnóstico Motilidade Gastrointestinal Disfuncional.....	78
REFERÊNCIAS DO PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO.....	84
APÊNDICE E- Instrumento de coleta de dados- ICD.....	85
ANEXOS.....	90
ANEXO A- Escala De Dor em Recém – Nascido (NIPS- Brasil).....	91
ANEXO B- Bristol StoolFormScale- Escala de Bristol.....	92
ANEXO C- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.....	93
ANEXO D- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC.....	96
ANEXO E- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HIAS.....	99

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em um grupo de crianças internadas em unidades de cuidados neonatais.

O cuidado de enfermagem no cenário da neonatologia passou por aperfeiçoamento, sobretudo acerca da utilização de tecnologias que permitiu o advento de novas técnicas relacionadas ao diagnóstico e às intervenções de enfermagem. Segundo Gaíva e Scochi (2004), essas mudanças modificaram também a finalidade desse processo de trabalho nas unidades neonatais, cujo enfoque contempla a recuperação de aspectos anatômicos e fisiológicos do recém-nascido e preocupa-se também com a qualidade de vida.

Essa mudança no processo de trabalho do enfermeiro foi contribuída pelo fortalecimento do Processo de Enfermagem (PE). Este processo foi normatizado inicialmente por meio da Resolução 272/2002 pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que definiu o como “conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde”. A resolução 272/2002 foi revogada em 2009 por meio da publicação da 358/2009 que reformulou e acrescentou etapas ao processo de enfermagem (COFEN, 2009).

Para a realização das atividades de enfermagem baseadas em um arcabouço teórico e científico, utiliza-se os sistemas de classificação, que por sua vez, possibilitam a descrição da enfermagem clínica e o exercício do cuidado em uma linguagem padronizada. O sistema de classificação NANDA I está inserido nesse contexto, que agrupa 235 diagnósticos de enfermagem, identificados por meio de 7 eixos, representa ainda, um sistema de classificação multiaxial, ou seja, um sistema que permite a seleção de mais de um eixo para a classificação das respostas humanas (FURUYA, 2011; HERDAN E KAMITSURU, 2015).

O diagnóstico de enfermagem (DE) é uma etapa do processo de enfermagem, conceituado como julgamento clínico das experiências/respostas a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais de um indivíduo, em seu contexto familiar ou comunitário. É elaborado a partir da interpretação dos dados, por meio da identificação das manifestações clínicas, sendo constituído por meio de quatro

subdivisões, a saber: rótulo e definição, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco (HERDMAN, 2013; MATOS et al, 2015).

O rótulo do diagnóstico apresenta um nome para a experiência de vida ou experiência humana, enquanto a definição apresenta a descrição clara e precisa dessas respostas identificadas. As manifestações clínicas do diagnóstico de enfermagem podem ser identificadas pelas características definidoras ou indicadores clínicos. Estes representam sinais e sintomas observados pelo enfermeiro após a avaliação de enfermagem realizada por meio da coleta de dados (anamnese e exame físico). Os fatores relacionados são aqueles que apresentam algum tipo de relação de causas com a presença do diagnóstico, contribuindo para esclarecer os fatores etiológicos e causativos. Os fatores de risco não são observados em todos os DE, eles estão presentes especialmente nos diagnósticos de risco e podem ser conceituados como elementos fisiológicos, psicológicos ou genéticos, químicos ou ambientais e contribuem para a vulnerabilidade de indivíduo, família ou comunidade apresentar um evento insalubre (HERDMAN, 2013).

Nesse âmbito, o diagnóstico de enfermagem apresenta-se como uma tecnologia leve que pode contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem ao paciente neonatal. Embora, poucos diagnósticos de enfermagem tenham sido criados ou mesmo estudados em populações de recém-nascidos, especialmente, o diagnóstico Motilidade gastrointestinal disfuncional.

O diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196), criado em 2008, é pertencente ao domínio 3: Eliminação e troca e classe 2: Função gastrointestinal. É definido pela NANDA Internacional, Inc (NANDA-I) (2014) como “atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente do sistema gastrointestinal” (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Como propõe a NANDA-I (2015), este diagnóstico pode ser evidenciado pelos indicadores clínicos: Aumento dos resíduos gástricos, Ausência de flatos, Diarreia, Dificuldade de eliminar as fezes, Distensão abdominal, Dor abdominal, Esvaziamento gástrico acelerado, Fezes endurecidas, Mudanças de sons intestinais (ausentes, presentes, hipoativos, hiperativos), Náusea, Regurgitação, Resíduo gástrico cor de bÍlis, Vômito e Cólica abdominal (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

A motilidade gastrointestinal é definida como o conjunto de fenômenos mecânicos efetuados por movimentos das paredes do sistema digestório e que fazem

com que as substâncias alimentares ingeridas sejam deslocadas em sentido orocaudal de forma harmônica com atividades secretórias (BARBIEIRI; KODA, 1996).

Este fenômeno está presente precocemente no processo de desenvolvimento fetal, sendo observado a partir da 16ª semana gestacional (MARTINEZ; CAMELO JR, 2001). Define-se como idade gestacional (IG) como tempo de vida, decorrida durante a gestação, iniciando desde o período de fertilização até o parto. A presença de baixa idade gestacional apresentada ao nascer pode estar relacionada ao aumento dos riscos de morbimortalidade.

Em recém-nascidos, é possível identificar vários fatores que contribuem para uma motilidade gastrointestinal alterada ou disfuncional. Dentre estes fatores, pode-se elencar: quadro infeccioso, presença de malformação congênita de trato gastrointestinal, disfunções nutricionais, uso de fármacos e outras condições clínicas como a própria idade gestacional.

Observa-se o constante aumento do número de nascimento de recém-nascidos prematuros, seja ocasionado pelas transformações demográficas, uso de tecnologias de reprodução assistida, aumento da incidência de gestações múltiplas e mudanças de práticas obstétricas. A idade gestacional é um determinante para a maturidade fisiológica, por isso, os maiores índices de morbidade podem estar entre os recém-nascidos prematuros (MALLY; BAILEY; HENDRICKS-MUNOZ, 2011).

Embora a assimilação de nutrientes possa ser resultante, sobretudo, do desenvolvimento das funções digestivas e absorptivas, a alimentação depende grande parte da maturação da motilidade gastrointestinal.

A maturidade gastrointestinal é observada de forma gradual desde o período fetal até os primeiros anos de vida, porém a atividade propulsiva de motilidade apresenta-se capaz de realizar o processo digestivo a partir da 30ª semana de gestação (MACDONALD; SESHIA; MULLETT, 2007).

Em prematuros, ocorre o fenômeno denominado hipomotilidade transitória caracterizada pelo retardo acentuado do esvaziamento gástrico e ausência ou diminuição da motilidade do intestino delgado (MACDONALD; SESHIA; MULLETT, 2007).

Em neonatos, a introdução de sonda pela cavidade oral, particularmente em prematuros, apresenta-se como vantajosa. Porém em casos de administração por via intragástrica, caracterizada pela gastrostomia e jejunostomia, é necessário que a motilidade gastrointestinal esteja mantida (LEITE, 1999).

Atenção especial é dada ao tempo de administração da dieta do recém-nascido. Em um estudo realizado por Schanler (2001), evidenciou-se que um grupo de recém-nascidos que receberam a dieta de forma mais rápida, denominada “bolus” apresentou menor motilidade gastrointestinal, diferindo de um grupo de recém-nascido que recebeu a administração da dieta de forma lenta, gravitacional.

Sabe-se ainda que o fenômeno da hipomotilidade possa ser resultante de fatores como: aumento da pressão intracraniana, ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica e estados operatórios, assim como drogas vasoativas, opióides e relaxantes musculares que atuam nos receptores gastrintestinais (FIGUEREDO, 2011).

Leite (1999) considerou que o padrão de atividade motora intestinal está alterado nos recém-nascidos que sofreram asfixia perinatal. A câibra intestinal e a hipoatividade de sons auscultados pode ser desencadeada pela asfixia perinatal. Esse fenômeno se conceitua como injúria responsável pela produção da hipóxia, hipercapnia, acidose metabólica e insuficiência cardíaca, com redistribuição do fluxo sanguíneo para órgãos mais nobres como o Sistema Nervoso Central, os rins e as adrenais, em detrimento de outros (DINIZ, 2001).

A utilização de fármacos e as interações medicamentosas com os nutrientes podem alterar a musculatura e a velocidade do esvaziamento gástrico que pode diminuir a motilidade gastrointestinal. Drogas com efeitos na musculatura lisa do trato gastrointestinal podem afetar a liberação hormonal de moduladores da motilidade gástrica. Os agentes simpaticomiméticos inibem as contrações propulsivas do todo digestivo. E a metoclopramida, por exemplo, pode aumentar o esvaziamento gástrico, inibindo receptores dopaminérgicos do trato gastrointestinal (LEITE, 1999).

Apesar das alterações da motilidade gastrointestinal serem amplamente estudadas no cenário nacional e internacional, em busca literária realizada, evidenciou-se um número restrito de pesquisas sobre o diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em crianças.

Em estudo realizado por Santos et al., (2014), em uma unidade neonatal no nordeste do Brasil com crianças com sepse, a Motilidade gastrointestinal disfuncional apresentou-se como o terceiro diagnóstico de enfermagem mais frequente, presente em 70% desta população.

Diante da complexidade desse fenômeno, é sabido que o cuidado de enfermagem às crianças hospitalizadas com o diagnóstico de Motilidade gastrointestinal

disfuncional requer habilidades, conhecimentos direcionados, tendo em vista que esta população constitui um grupo de risco para o desenvolvimento de diversos agravos.

A identificação do diagnóstico de enfermagem é determinada por um processo subjetivo resultante do estabelecimento de um raciocínio clínico e diagnóstico a partir da identificação de indicadores clínicos. Neste sentido, é necessário que o profissional enfermeiro esteja imbuído de conhecimentos específicos para que o raciocínio diagnóstico seja estabelecido por um processo acurado e o cuidado se apresente de forma específica e direcionada.

A avaliação de indicadores clínicos é passo importante nesse processo de raciocínio clínico e diagnóstico, pois estes representam atributos essenciais do diagnóstico de enfermagem.

O raciocínio clínico é um processo de pensamento crítico voltado para se obter os melhores resultados (CERULLO; CRUZ, 2010; SIMMONS, 2010). Esse termo tem sido utilizado para designar os processos mentais envolvidos no atendimento aos usuários dos sistemas de saúde.

O raciocínio clínico tem a função de orientar enfermeiros em seu processo de avaliação, assimilando ou separando informação que influenciam no atendimento ao paciente. No processo de raciocinar clinicamente, o enfermeiro deve saber reconhecer os diagnósticos mais relevantes, processo chamado de raciocínio diagnóstico. O raciocínio diagnóstico é um tipo de raciocínio clínico que tem como finalidade nomear um diagnóstico que melhor define a resposta do indivíduo ao seu estado de saúde (OLIVA, 2008).

Os indicadores clínicos evidenciados pelo raciocínio clínico contribuem para que o diagnóstico de enfermagem seja realizado com segurança. A acurácia dos indicadores clínicos pode ser descrita como a capacidade em discriminar entre estados alternativos de saúde, ou seja, podem diferenciar indivíduos com a presença ou a ausência do diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Nesse contexto, estudos de acurácia diagnóstica são de extrema valia para conhecer a capacidade de predição para cada diagnóstico e podem contribuir para que as decisões possam ser tomadas de forma mais rápida e acurada.

A acurácia de um diagnóstico de enfermagem pode ser conceituada como a realização de um julgamento de um avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e consistência das pistas existentes para um diagnóstico (MATOS; CRUZ, 2009).

Diante desse contexto de restrita investigação do diagnóstico de Motilidade gastrointestinal disfuncional, evidenciado pela busca na literatura e do reconhecimento da importância de estabelecer a capacidade preditiva de seus indicadores clínicos, alguns questionamentos foram realizados como: Qual a prevalência do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em crianças hospitalizadas? Quais indicadores clínicos são mais frequentes? Quais indicadores clínicos melhor predizem à ocorrência do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional?

Sabe-se que é importante que os enfermeiros estejam capacitados para identificar os fenômenos de forma clara, acurada e eficiente. Isto requer que tais fenômenos (conceitos de enfermagem) sejam bem compreendidos, que critérios diagnósticos estejam claramente estabelecidos e precisos para as várias populações nas quais o fenômeno ocorre, e que a inferência diagnóstica possa ser apoiada e assegurada por meio de critérios preditivos que tenham sido clinicamente validados (HERDMAM, 2013).

Ademais, os estudos de acurácia podem ainda reforçar a importância do julgamento clínico do enfermeiro, na prática assistencial junto à criança, na perspectiva de ampliar a qualidade da sistematização da assistência, por meio da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em crianças internadas em unidades neonatais.

2.2 Específicos

- Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em crianças internadas em unidades neonatais.
- Determinar as medidas de acurácia (sensibilidade e especificidade) dos indicadores clínicos do diagnóstico Motilidade gastrointestinal disfuncional.
- Verificar a associação entre os indicadores clínicos com as variáveis: dias de internação, dias de vida, índice de apgar, peso ao nascer, medidas antropométricas, idade gestacional e perda ponderal.

3 MATERIAL E METODOS

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional, com delineamento transversal, exploratório e descritivo.

A acurácia de indicadores clínicos constitui a medida aproximada do verdadeiro valor da variável, sendo observada pelas inferências desses fenômenos na amostra. Na enfermagem, a acurácia de um indicador clínico apresenta a sua capacidade em discriminar entre estados alternativos de saúde, ou seja, de diferenciar corretamente indivíduos com e sem um diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Os estudos de acurácia são importantes para a prática de enfermagem, pois contribuem para identificar a origem de fenômenos de forma clara e efetiva. Para que esses fenômenos sejam compreendidos, é necessário que os indicadores clínicos sejam acurados e direcionados para a população na qual ele ocorre, apoiando-se por meio de critérios preditivos validados (HERDMAN, 2013).

Nos estudos transversais, as medições são feitas em um único momento, sem período de seguimento. Nesse tipo de estudo, a amostra é representada pelo número significativo para identificar a prevalência de um determinado evento. De acordo com esse método, a coleta de informações acerca do fator de estudo e do desfecho em grupo de indivíduos é realizada no mesmo período (HULLEY, 2008; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

O método exploratório contribui para ampliação do conhecimento acerca do objeto de estudo, favorecendo a investigação da complexidade de um fenômeno e seus fatores condicionantes. O caráter descritivo possibilita a observação, a classificação e o registro para a interpretação dos dados, contribuindo ainda para observação da frequência e predominância das características desse determinado fenômeno em uma determinada população.

Portanto, o desenho proposto possibilitou a obtenção da prevalência do diagnóstico acima referido, como também a avaliação das medidas de acurácia de seus indicadores clínicos.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais públicos, de grande porte, caracterizados por assistência, ensino e pesquisa, que apresentam programas relacionados à formação de recursos humanos em saúde. Estas unidades hospitalares propostas são Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).

Os dados foram coletados nas seguintes unidades: Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A assistência à saúde prestada nestas unidades são definidas e elencadas de acordo com a Portaria 930/2012, que estabelece um conjunto de normas e diretrizes para habilitação de leitos de cuidados neonatais (BRASIL, 2012).

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) é um complexo de serviços à saúde no município de Fortaleza, pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC). É referência em atendimento de obstetrícia e neonatologia, possuindo 21 leitos de Unidade de Terapia Intensiva- UTIN, 30 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais - UCINCo e cinco leitos de Unidade Cuidados Intermediários de Canguru- UCINCa.

O Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) é um órgão da administração pública estadual, subordinado à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. É referência no estado em atendimento terciário à criança e ao adolescente. Sua atuação contempla 26 especialidades médicas e 35 serviços de apoio assistencial. Dentre estas especialidades citamos: oncologia, neurocirurgia, cirurgia cardíaca e cirurgia craniofacial, emergência clínica e cirúrgica, possuindo 12 leitos de UTIN, e 21 de UCINCo.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por crianças internadas nas unidades neonatais (Unidade de terapia Intensiva, Unidade de Cuidados Convencionais). Para compor a amostra foram adotados como critérios de inclusão: crianças internadas com permanência mínima de 24 horas, com idade gestacional entre 24 e 42 semanas, comprovada pela escala de *New Ballard* ou técnica de avaliação do capurro somático.

Foram excluídos da amostra: crianças cujo estado de saúde se agrave com a realização do exame físico ou, ainda, crianças que apresentassem malformação congênitas abdominais que impedisse a realização da coleta de dados como gastrosquise

e onfalocele não corrigidas por métodos cirúrgicos.

Para o cálculo da amostra, foi utilizada a técnica de Análise de Classe Latente. O método de Análise de Classes Latentes (ACL) é considerado uma técnica estatística de grande valor para a análise de dados categóricos multivariados. A Análise de Classes Latentes é modelo matemático baseado na suposição de que uma variável não observada (latente) determina as associações entre as variáveis observadas (COLLINS; LANZA, 2010).

Este estudo seguiu as recomendações do método de Análise de Classe Latente que analise a influência de uma classe representada pelo indicador clínico sobre o resultado final representado pela presença de um diagnóstico de enfermagem (QU; TAN; KUTNER, 1996).

Swanson et al. (2012) observaram, em estudo recente, variáveis que poderiam influenciar na obtenção de amostras em estudos de Classe Latente e concluíram que o tamanho da amostra sofre influência da quantidade de itens e de sujeitos a serem avaliados. Para cada item ou indicador, os autores recomendam entre 5 e 30 sujeitos a serem avaliados.

O diagnóstico de Motilidade gastrointestinal disfuncional incluído na taxonomia da NANDA-I apresenta 15 indicadores clínicos. Considerando que a população de crianças apresenta particularidades específicas, foram avaliados, nesse estudo, 11 destes indicadores. Foram excluídos os seguintes indicadores clínicos: Aumento dos resíduos gástricos, Esvaziamento gástrico acelerado, Náusea e Cólica abdominal. Portanto, para o cálculo amostral, foram adotadas as recomendações que sugerem um número de 21 indivíduos para cada indicador a ser avaliado, totalizando um tamanho amostral de 231 crianças (11x21).

Para realizar a técnica de amostragem, adotou-se a técnica amostral do tipo não probabilística por conveniência, que seleciona os sujeitos de forma consecutiva à medida que forem admitidos nas unidades neonatais onde serão coletados os dados e que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos.

3.4 Procedimento para a coleta de dados

Para a realização do procedimento de coleta de dados, o examinador seguiu o protocolo (Apêndice A) que descreve os materiais necessários que nortearam a técnica de coleta.

Ao início da coleta de dados, o examinador apresentou-se ao profissional enfermeiro responsável pela unidade naquele período, para a identificação dos possíveis participantes do estudo.

Após a identificação desses indivíduos e anteriormente a coleta, o responsável pela criança foi abordado pelo examinador. Este explicou os objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta, benefícios e riscos associados a pesquisa. Os responsáveis pela criança que aceitaram participarem foram convidados a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B e C). Foram construídos dois modelos de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para atender as diretrizes das duas instituições hospitalares. Após a assinatura desse termo, a coleta de dados foi iniciada.

O procedimento de coleta dos dados foi realizado pela autora, examinadora principal, em conjunto com duas acadêmicas de enfermagem do quarto semestre, pertencentes ao Grupo de pesquisa Cuidado de enfermagem na saúde da criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que cursaram a disciplina de Semiologia e Semiótica. Ao integrarem a equipe de pesquisadores desse estudo, estas participaram de um treinamento. Utilizou como metodologia para esse treinamento uma oficina, em que os participantes conheceram o instrumento de coleta de dados e realizaram prática de exame físico em crianças.

Para auxiliar na coleta e avaliação dos indicadores clínicos, foi criado um protocolo para investigação de cada indicador (Procedimento Operacional Padrão para Indicadores Clínicos), com descrição de definições conceituais e operacionais (Apêndice D).

O procedimento operacional padrão para avaliação dos indicadores clínicos (POP) elaborado pela autora apresenta os indicadores clínicos do diagnóstico Motilidade gastrointestinal disfuncional conforme a literatura existente. O referido POP descreve as definições conceituais e operacionais dos 15 indicadores clínicos, dispondo as possíveis situações observadas nos recém-nascidos.

A elaboração desse instrumento teve como finalidade padronizar a coleta das variáveis explanatórias de Motilidade gastrointestinal disfuncional e classificar os indicadores em presente, ausente ou mesmo determinar as situações em que a avaliação e classificação não se aplicaram. Foram convidados os integrantes do grupo de pesquisa

Cuidados de Enfermagem na Saúde da Criança – CUIDENSC, cuja temática é diagnósticos de enfermagem em crianças para verificar a pertinência e possíveis ajustes no material desenvolvido, no intuito de aprimorar o protocolo.

Após esta etapa de coleta de dados, os dados foram organizados e tabelados pela autora, para o início da análise estatística.

3.5 Instrumento de coleta de dados

Um instrumento (Apêndice E), criado exclusivamente para pesquisa e baseado nos indicadores do diagnóstico Motilidade gastrointestinal disfuncional, norteou a realização do exame físico abdominal e consulta ao prontuário da criança.

Este instrumento está dividido em quatro partes: 1) dados sócio demográficos (nome, data avaliação, data de nascimento, dias de vida, sexo, diagnóstico e tempo de internação), 2) dados do nascimento (tipo de parto, índice de Apgar, gemelaridade, peso ao nascer, perímetro cefálico e torácico, estatura, histórico de reanimação cardiopulmonar), 3) dados clínicos (tipo de alimentação, forma de administração de dieta, fármacos utilizados, histórico de doenças do trato gastrointestinal) e, 4) avaliação dos indicadores do diagnóstico de Motilidade gastrointestinal disfuncional.

Conforme descrito, o pesquisador utilizou como fontes de informação: a criança, o registro de enfermagem em prontuário e relato dos profissionais de enfermagem para complementação dos dados registrados.

Os indicadores clínicos do diagnóstico Motilidade gastrointestinal disfuncional são: Distensão abdominal, Dor abdominal, Ausência de flatos, Esvaziamento gástrico acelerado, Mudanças dos sons intestinais, Diarreia, Dificuldade de eliminar fezes, Fezes endurecidas, Aumento de resíduo gástrico, Náusea, Regurgitação, Vômito e Cólica abdominal. Destes indicadores, três não foram avaliados neste estudo devido à especificidade observada nas crianças, que não apresentam uma forma de comunicação verbal efetiva, para que se possa responder aos métodos de avaliação desses indicadores, ou ainda, por englobar em sua avaliação métodos não realizados como rotina nas unidades neonatais onde foram coletados os dados. Os indicadores clínicos que não foram mensurados são: Esvaziamento gástrico acelerado, Náusea e Cólica abdominal.

Para avaliação do indicador Dor abdominal, realizou-se a palpação do abdômen e aplicada a Escala de Avaliação da Dor no Recém-nascido (NIPS- Brasil). A

NIPS – Brasil (Anexo A), segundo estudo realizado de Motta (2013), apresenta boa confiabilidade e consistência interna. A evidência de dor obtida por meio da escala inclui a avaliação dos seguintes critérios: expressão facial, choro, padrão respiratório, posição e extensão de membros e estado de consciência. A pontuação total obtida pela aplicação da escala varia de 0 a 7, sendo identificada a dor, quando a pontuação obtida por meio da avaliação for igual ou superior a quatro.

Para avaliação do indicador Fezes endurecidas foram realizados questionamentos com base na Escala de Bristol (Anexo B).

A Escala de Bristol foi desenvolvida por Heaton e Lewis, e sua finalidade é descrever forma e conteúdo fecal (RIEGLER; ESPOSITO, 2001). Por meio da utilização de métodos gráficos, a classificação das fezes dar-se-á em sete tipos. No Brasil, a escala foi traduzida e validada por Martinez e Azevedo (2012), que denominou as seguintes discriminações: tipo 1 - apresenta fezes com o formato de pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos, tipo 2 - fezes com o formato de linguiça encaroçada com pequenas bolinhas grudadas, tipo 3 - fezes com formato de linguiça com rachaduras na superfície, tipo 4 - fezes com formato de salsicha ou serpente, suave e macia, tipo 5 - fezes com bordas suaves e contorno nítidos que passam facilmente, tipo 6 - fezes com formato de pegas fofas com bordas em pedaços e, por fim, o tipo 7 - fezes aquosas, sem partes sólidas e inteiramente líquidas.

Para realização do exame físico abdominal, foram utilizados como material de apoio estetoscópio Class II S.E da marca Littmann, relógio de ponteiro e caneta esferográfica.

3.6 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados no software *Excel* (2007), distribuídos em categorias para posterior análise com o apoio do software R versão 2.12.1. Foi realizada a análise descritiva por meio dos cálculos de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e dispersão.

Para as proporções de variáveis categóricas foram calculados intervalos de confiança de 95%. Para verificação de aderência à distribuição normal foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. A associação entre os indicadores clínicos e o diagnóstico foi analisada com a aplicação do teste de Qui-quadrado para independência ou teste da probabilidade exata de Fisher-Freeman-Halton de acordo com as frequências

esperadas de cada categoria. Para mensurar a magnitude da relação entre os indicadores clínicos e as variáveis categóricas de interesse, foi utilizada a razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Para realizar a comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com ou sem o diagnóstico foi aplicado o teste de Mann-Whitney.

Foram calculadas ainda medidas de acurácia de sensibilidade e especificidade de cada indicador clínico, com base no método de Análise de Classes Latentes. Para verificação dos modelos gerados pelo método Análise de Classes Latentes foram aplicados o teste da razão de verossimilhança (G^2) e o teste de Qui-quadrado de Pearson (X^2). Um indicador clínico foi considerado estatisticamente significativo se pelo menos um dos seus intervalos de confiança (seja para a sensibilidade ou para a especificidade) fosse superior e não passasse do valor 0,5. A sensibilidade é a proporção de sujeitos com o diagnóstico para os quais o indicador está presente e a especificidade é a proporção de sujeitos sem o diagnóstico para os quais o indicador está ausente (LOPES; SILVA, ARAÚJO, 2012).

A análise dos dados contribuiu para a identificação da prevalência do diagnóstico e seus indicadores clínicos, além da identificação das medidas de acurácia, apontando quais características apresentaram melhor valor de significância estatística para a presença do diagnóstico.

3.7 Aspectos éticos e administrativos

O referido estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC) e dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições coparticipantes: Hospital Albert Sabin e Maternidade Escola Assis Chateaubriant.

O pesquisador se comprometeu a seguir todos os preceitos éticos em pesquisa determinados pela Resolução de nº 466 do Conselho Nacional que apresenta diretrizes para pesquisas realizadas com seres humanos (BRASIL, 2013). O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética, conforme o parecer de nº 1.311.771.

5 RESULTADOS

Neste estudo, foram examinados 228 crianças, internadas em unidades neonatais de duas instituições de saúde do município de Fortaleza/Ceará. Neste capítulo, foi apresentada a caracterização da população, bem como as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de Enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em crianças.

Tabela 1: Distribuição das frequências das variáveis clínicas e demográficas relacionadas ao nascimento. Fortaleza, 2016.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	135	59,2
Feminino	93	40,8
Tipo de parto		
Abdominal	151	66,3
Vaginal	76	33,3
Fórceps	1	0,4
Gemelaridade		
Sim	37	16,2
Não	191	83,8
Precisou de reanimação pulmonar?		
Sim	115	50,4
Não	113	49,6
Precisou de reanimação metabólica e cardiorrespiratória?		
Sim	85	37,3
Não	143	62,7

N= Frequência absoluta; %:=Percentual.

Conforme apresentado na tabela 1, a população em sua maioria foi composta por crianças do sexo masculino, representando 59,2% (n=135) do total. O tipo de parto com maior frequência foi representado pelo abdominal (cesáreo) que correspondeu em 66,3% (n=151) do total da amostra.

Nesta investigação, não foi encontrada maior frequência de gemelaridade, o que foi indicado por meio do percentual de 83% (n=191) de RN não gêmeos, enquanto os pacientes que apresentaram foram representados por 16,2% (n=37) da amostra.

Na tabela 2, foram apresentadas as variáveis clínicas relacionada às condições de nascimento e variáveis relacionadas à internação.

Tabela 2: Medidas de tendência central das variáveis clínicas. Fortaleza, 2016.

Variável	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
Dias de vida (DV)	25,76	30,224	15,00	27	< 0,001
Dias de internação (DI)	25,28	29,728	14,00	27	< 0,001
Índice de Apgar no 1º minuto	6,32	2,209	7,00	3	< 0,001
Índice de Apgar no 5º minuto	7,97	1,469	8,00	1	< 0,001
Peso ao nascer	1740,23	898,108	1470,00	1079	< 0,001
Perímetro Cefálico (PC)	29,54	6,676	29,00	7	< 0,001
Perímetro Torácico (PT)	24,20	10,659	25,00	10	< 0,001
Estatura	39,05	9,574	40,00	10	< 0,001
Perda ponderal	16,66	66,887	0,00	0	< 0,001
Idade Gestacional (IG)	32,87	4,018	32,00	7	< 0,001

DP=Desvio Padrão; IIQ= Intervalo interquartilico; p= valor do Teste de Kolmogorov-Smirnov

Os dados permitiram indicar que as crianças apresentaram mediana de 15 dias de vida e 14 dias de internamento. Vale destacar que, uma das unidades hospitalares onde foi realizada a pesquisa, possuía como fluxo de admissão de pacientes, transferências de outros hospitais, gerando assim, diferenças entre o tempo de internação e o tempo de vida de algumas crianças que participaram do estudo.

A mediana do índice de Apgar no primeiro minuto de vida foi igual a 7 e no quinto minuto de vida foi identificado valor igual a 8. Ainda no estudo, as crianças apresentaram mediana de: peso ao nascer de 1470g., PC = 29 cm, PT = 25 cm e estatura de 40 cm. A mediana da idade gestacional foi de 32 semanas. Este fato pode estar

relacionado com a população atendida nas duas instituições, nas quais atendem em sua maioria, gestante de alto risco, indicando assim um número maior de recém-nascidos prematuros.

A variável perda ponderal foi mensurada de acordo o peso ao nascer e o peso apresentado no dia da captação desse neonato para amostra, o que permitiu identificar média igual a 16 gramas.

A seguir, foram apresentados os diagnósticos médicos registrados no prontuário no momento da internação.

Tabela 3: Distribuição das crianças conforme o diagnóstico médico de internação. Fortaleza, 2016.

Variável	N	%
Prematuridade	211	92,5
Síndrome do desconforto respiratório (SDR)	162	71,1
Infecção Materna Neonatal (INM)	73	32,0
Icterícia	59	25,9
Anóxia perinatal	33	14,5
Sepse	29	12,7
Cardiopatía	16	7,0
Malformação Congênita	14	6,1
Infecção congênita (HIV, Sífilis, Toxoplasmose)	13	5,7
Hipoglicemia neonatal	12	5,3
Hiperglicemia	8	3,5
Choque hipovolêmico	7	3,1
Pneumonia	5	2,2
Convulsão	6	2,6

N=frequência absoluta; % = percentual.

Conforme a tabela 3, o diagnóstico médico com maior frequência no momento do internamento foi Prematuridade, correspondendo a 92,5% (n=211), seguido pela Síndrome do desconforto respiratório com 71,1% (n=162), Infecção Materna Neonatal 32% (n=73) e Icterícia com 25,9% (n=59).

Tabela 4: Distribuição das crianças conforme o diagnóstico médico relacionado ao trato gastrointestinal. Fortaleza, 2016.

Variável	N	%
Intolerância alimentar	58	25,4
Refluxo gastresofágico	34	14,5
Enterocolite	7	3,1
Obstrução Intestinal	5	2,2
Gastrosquise	3	1,3
Ânus imperfurado	1	0,4

N= frequência absoluta; %= percentual.

Na tabela 4, foram distribuídos os diagnósticos médicos relacionados ao trato gastrointestinal, adquiridos ou identificados pelas crianças durante o período de internação. Vale destacar que, entre as crianças avaliadas, 46% (n=108) foram diagnosticadas com doenças do trato gastrointestinal durante o internamento. O diagnóstico mais frequente foi Intolerância Alimentar com 25,4% (n=58), seguido por Refluxo gastresofágico, correspondendo a 14,5% (n=34) e Enterocolite com o percentual de 3,1% (n=7).

Tabela 5: Distribuição das crianças conforme o uso de fármacos. Fortaleza, 2016.

Variável	N	%
Polivitamínicos	105	46,1
Antibióticos	98	43,0
Drogas do trato gastrointestinal	56	24,6
Drogas respiratórias	46	20,2
Drogas do Sistema nervoso	23	10,1
Drogas cardiovasculares	10	4,4
Drogas diuréticas	15	6,6
Retrovirais	3	1,3

N=frequência; %= percentual.

Foram identificados que 79,8% (n=182) do grupo amostral utilizaram algum tipo de medicamento durante a internação. Na tabela 5, foram listados os fármacos, sendo estes categorizados por subgrupos. A maior frequência foi observada no grupo dos Polivitamínicos, que correspondeu a 46,1% (n=98), seguido pelo grupo dos Antibióticos com 43,0% (n=98) e pelas drogas do trato gastrointestinal com 24,6% (n=56).

Tabela 6: Distribuição das crianças quanto ao tipo de leite, vias e formas de administração. Fortaleza, 2016.

Variável	N	%
Tipo de Leite		
Leite Humano Pasteurizado	83	36,4
Leite Materno Ordenhado	69	30,3
Leite de Fórmula	46	20,2
Leite Humano Pasteurizado (Leite Humano Pasteurizado) + Leite de Fórmula	7	3,1
Via administração		
Via orogástrica	126	55,3
Via oral	57	25
Via nasoentérica	22	9,6
Gastrostomia	1	0,4
Forma de administração		
Gravitacional	169	73,2
Bomba de Infusão	28	11,2

N= frequência absoluta; %= percentual.

Na tabela 6, foi distribuída a amostra conforme o tipo de leite ofertado, a via e a forma de administração. O tipo de leite que apresentou maior frequência de oferta foi o leite humano pasteurizado (LHP), correspondendo a 36,4% (n=83) da amostra, seguido do leite materno ordenhado (30,3%, n=69) e do leite de fórmula (LF) (20,2%, n=46).

As vias de administração da dieta com maior frequência de utilização foram: via orogástrica ou sonda orogástrica (SOG) com 55,3% (n=126), via oral (VO) que correspondeu a 25% (n=57) e via nasoentérica por sonda nasoenteral (SNE) com 9,6% (n=22). A forma de administração variou entre gravitacional com 73,2% (n=169) e bomba de infusão com 11,2% (n=28). A seguir, foram apresentados os indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional identificados na amostra (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem de Motilidade gastrointestinal disfuncional em crianças. Fortaleza, 2016.

Características definidoras	N	%	IC95%
Aumento de Resíduo gástrico	120	52,6	45,9-59,2
Mudanças de sons intestinais	106	46,5	39,9-53,2
Regurgitação	90	39,5	33,1-46,2
Distensão abdominal	68	29,8	24,1-36,3
Dificuldade de eliminar fezes	65	28,4	22,8-34,9
Diarreia	59	25,9	20,4-32,2
Ausência de flatos	45	19,7	14,9-25,6
Resíduo gástrico cor de bÍlis	43	18,9	14,1-24,7
Fezes endurecidas	42	18,4	13,7-24,2
Dor abdominal	40	17,5	13-23,2
Vômito	22	9,6	6,3-14,4

N= frequência absoluta; %=percentual; IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

O indicador clínico *Aumento de Resíduo Gástrico* foi identificado em 52,6% (n=120) da amostra, seguido por *Mudanças de Sons Intestinais* com 46,5% (n=106), *Regurgitação* com o percentual de 39,5% (n=90) e *Distensão abdominal* com 29,8% (n=68). Os indicadores que apresentaram menor frequência na amostra são: *Fezes endurecidas* com 18,4% (n=42), *Dor abdominal* com 17,5%(n=40), e *Vômito* com 9,6% (n=22).

Na tabela 8, foram disponibilizadas as medidas de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos do diagnóstico de Motilidade gastrointestinal disfuncional. Conforme o modelo ajustado, pode-se identificar prevalência do diagnóstico de enfermagem de 52,6%, além da presença de seis características com valores significativos de sensibilidade e especificidade: *Aumento de Resíduo gástrico*, *Resíduo gástrico cor de bÍlis*, *Regurgitação*, *Fezes endurecidas*, *Ausência de flatos* e *Mudanças de sons intestinais*.

Tabela 8: Medidas de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos do diagnóstico de Motilidade gastrointestinal disfuncional em crianças, obtidas a partir de análise de classe latente com efeitos randômicos. Fortaleza, 2016.

Características definidoras	Sens.	IC 95%		Espec.	IC 95%	
Aumento de Resíduo gástrico	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	0,9998	1,0000
Mudanças de sons intestinais	0,6163	0,4818	0,6978	0,7043	0,6061	0,7939
Regurgitação	0,5997	0,4616	0,6767	0,8341	0,7456	0,8934
Resíduo gástrico						
Cor de bÍlis	0,3588	0,2475	0,4300	1,0000	1,0000	1,0000
Ausência de flatos	0,2506	0,1752	0,3328	0,8618	0,7833	0,9153
Fezes endurecidas	0,1673	0,1073	0,2784	0,7970	0,7007	0,8676
Prev.:	52,63%	$G^2 = 61,32$		GL = 50	p = 0,131	

Sens. - Sensibilidade; Espec. - Especificidade; IC - Intervalo de confiança de 95%

Aumento de Resíduo gástrico apresentou elevados valores para sensibilidade (100%) e especificidade (100%). *Mudanças de sons intestinais* (Sens.=60%; Espec.=70%) e *Regurgitação* (Sens.=59%; Espec.=83%) também mostraram como importantes indicadores para a inferência do diagnóstico Motilidade gastrointestinal disfuncional. Vale ainda destacar que *Resíduo gástrico cor de bÍlis* (Espec.=100%), *Ausência de flatos* (Espec.=86%) e *Fezes endurecidas* (Espec.=79%) destacaram-se como indicadores que ajudam a confirmar o diagnóstico em estudo.

A seguir, foram apresentadas as medidas de associação de cada indicador clínico com variáveis clínicas e condições ao nascer. Para a análise das associações foram realizados os seguintes teste estatísticos: Teste Exato de Fisher, Teste de Fisher-Freeman-Halton, Teste de Mann-Whitney. Cada teste foi realizado conforme a distribuição da amostra e tipo de variável. Para verificar associação foi considerado o valor p menor do que 0,005.

Tabela 9: Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Aumento de Resíduo gástrico. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p*
Dias de internação	102,24	128,13	0,003
Dias de vida	102,21	128,15	0,003
Índice de Apgar no 1º minuto de vida	111,45	117,89	0,450
Índice de Apgar no 5º minuto de vida	112,46	116,76	0,602
Peso ao nascer	114,57	114,43	0,987
Perímetro Cefálico	119,58	108,86	0,219
Perímetro Torácico	127,01	100,60	0,002
Estatura	121,33	106,91	0,099
Perda ponderal	115,04	113,90	0,861
Idade Gestacional	120,65	107,67	0,137

p= valor do teste de Mann-Whitney

De acordo com a comparação dos postos médios das variáveis clínicas com a presença ou ausência do indicador *Aumento de Resíduo gástrico*, verificou-se que crianças com mais tempo de internamento ($p=0,003$) e mais velhas ($p=0,003$) não manifestaram o indicador em estudo (Tabela 9). Ainda para esta tabela, observou-se que *Aumento de Resíduo gástrico* esteve presente em crianças com perímetro torácico maior ($p=0,002$).

Tabela 10: Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Aumento Resíduo gástrico em crianças internadas em unidades neonatais. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	gl	Valor p	OR	IC 95%	
Refluxo Gastresofágico	-	-	0,005 ¹	-	-	-
Infecção congênita	5,657	1	0,017	5,35	1,16	24,70
Reanimação pulmonar	6,316	1	0,012	1,96	1,15	3,32
Reanimação cardiopulmonar	3,969	1	0,046	1,74	1,01	3,00
Uso de fármacos durante a internação	4,213	1	0,040	1,98	1,02	3,84
Antibiótico	7,796	1	0,005	2,14	1,25	3,66
Drogas cardiovasculares	-	-	0,020 ¹	8,68	1,08	69,65
Drogas do trato gastrointestinal	4,044	1	0,044	1,89	1,01	3,52
Polivitamínicos	8,983	1	0,003	0,45	0,26	0,76
Enterocolite	4,922	1	0,027	1,92	1,07	3,44
Intolerância alimentar	5,181	1	0,023	2,04	1,10	3,79
Atresia de esôfago	-	-	0,002 ¹	-	-	-
Tip de leite	12,889	4	0,012	-	-	-
Forma de administração	10,693	2	0,005	-	-	-
Via de administração	-	-	0,003 ²	-	-	-

X² = Teste Exato de Fisher; gl= Grau de liberdade; p= valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR= odds ratio (risco); IC 95%= intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 10, foram descritas as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência do indicador *Aumento de Resíduo gástrico*. Entre estas variáveis, destacam-se Drogas cardiovasculares e Infecção congênita. Crianças um uso de drogas cardiovasculares apresentaram cerca de oito vezes mais chance de desenvolver *Aumento de Resíduo gástrico* do que crianças que não faziam uso. De forma similar, crianças diagnosticadas com infecções congênitas apresentaram cerca de cinco vezes mais chance de manifestar *Aumento de Resíduo*

gástrico. Vale ainda ressaltar a variável Polivitamínicos que se apresentou como fator protetor na amostra.

Tabela 11 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre crianças com e sem o indicador clínico Resíduo Gástrico cor de bÍlis. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p*
Dias de internação	92,66	119,58	0,016
Dias de Vida	94,01	119,26	0,023
Índice de apgar no 1º minuto de vida	101,26	117,58	0,134
Índice de apgar no 5º minuto de vida	91,52	119,84	0,007
Peso ao nascer	94,15	119,23	0,025
Perímetro cefálico	89,40	120,34	0,005
Perímetro torácico	113,45	114,74	0,908
Estatura	110,71	115,38	0,675
Perda ponderal	108,48	115,90	0,369
Idade Gestacional	104,74	116,77	0,280

p= valor do Teste de Mann-Whitney.

Na comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre crianças com ou sem o indicador *Resíduo gástrico cor de bÍlis*, foram identificadas associação estatisticamente significativas entre o indicador com as seguintes variáveis: dias de internação (p=0,016), dias de vida (p=0,023), índice de Apgar no quinto minuto de vida (p=0,007), peso ao nascer (p=0,025) e perímetro cefálico (p=0,005). As crianças que manifestaram este indicador eram mais novas, com menor tempo de internamento, com menor índice de Apgar no quinto minuto de vida, menos pesadas e com menor perímetro cefálico.

Na tabela 12, foram descritas as associações estatisticamente significantes do indicador *Resíduo Gástrico cor de bÍlis* com as seguintes variáveis clínicas: Anóxia perinatal, uso de fármacos, uso de antibióticos, uso de drogas do trato gastrointestinal, polivitamínicos, Enterocolite, Intolerância alimentar, Obstrução intestinal, Atresia de esôfago e uso de leite de fórmula.

Tabela 12 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador Resíduo gástrico cor de bÍlis em crianças internadas em unidades neonatais. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	G1	Valor p	OR	IC 95%
Anóxia Perinatal	4,130	1	0,042	0,24	0,06 - 1,05
Uso de fármacos	7,930	1	0,005	6,40	1,49 - 27,52
Antibiótico	18,325	1	<0,001	4,55	2,19 - 9,45
Drogas do trato gastrointestinal	8,559	1	0,003	2,78	1,38 - 5,63
Polivitamínicos	8,939	1	0,003	0,33	0,16 - 0,70
Enterocolite	6,629	1	0,010	2,41	1,22 - 4,78
Intolerância alimentar	3,871	1	0,049	2,02	0,99 - 4,10
Obstrução intestinal	-	-	0,0481	6,85	1,11 - 41,67
Atresia de esôfago	6,628	1	0,010	4,74	1,31 - 17,24
Leite de fórmula	26,572	4	<0,001	-	-

X^2 = Teste Exato de Fisher; gl= Grau de liberdade; p= valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR= odds ratio (risco); IC 95%= intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 12, entre as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa, destacam-se: uso de fármacos, antibióticos, Obstrução intestinal e leite de fórmula. Crianças em uso de fármacos apresentaram cerca de seis vezes mais chance de manifestarem o indicador *Resíduo gástrico cor de bÍlis*. Risco similar foi apresentado por crianças com o diagnóstico médico de Obstrução intestinal. Crianças em uso de antibióticos ou com o diagnóstico de Atresia do esôfago apresentaram cerca de quatro vezes mais chance de manifestarem o mesmo indicador. Vale ressaltar a variável Polivitamínicos que se apresentou como fator protetor.

Tabela 13 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Vômito. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p*
Dias de internação	103,75	115,65	0,420
Dias de vida	103,34	115,69	0,403
Apgar no 1º minuto	99,82	116,07	0,260
Apgar no 5º minuto	98,77	116,18	0,212
Peso ao nascer	110,89	114,89	0,787
Perímetro cefálico	89,82	117,14	0,064
Perímetro torácico	114,45	114,50	0,997
Estatura	103,14	115,71	0,395
Perda ponderal	120,43	113,87	0,549
Idade gestacional	120,77	113,83	0,638

p= valor do Teste de Mann-Whitney.

Na tabela 13 estão listados os postos médios das variáveis clínicas das crianças com e sem o indicador *Vômito*. Não foram observadas diferenças das médias dos postos entre os grupos subamostrais.

Tabela 14- Variáveis associadas à ocorrência do indicador Vômito em crianças internadas em unidades neonatais. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	gl	Valor p	OR	IC 95%	
Reanimação pulmonar	4,839	1	0,028	2,88	1,08	7,63
Reanimação cardiopulmonar	4,954	1	0,026	2,69	1,10	6,58
Doenças do trato gastrointestinal	5,737	1	0,017	2,90	1,18	7,14

X^2 = Teste Exato de Fisher; gl= Grau de liberdade; p= valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR= odds ratio (risco); IC 95%= intervalo de confiança de 95%.

De acordo com a tabela 14, observou-se que crianças que foram submetidas à reanimação pulmonar ou reanimação cardiopulmonar ou que foram diagnosticadas por doenças do trato gastrointestinal apresentaram chance cerca de duas vezes maior de manifestar o indicador clínico *Vômito* do que crianças que não foram submetidas a estes procedimentos ou manifestaram estes diagnósticos médicos.

Tabela 15 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador Regurgitação. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p*
Dias de internação	99,45	124,32	0,005
Dias de vida	100,41	123,69	0,009
Apgar no 1º minuto	118,67	111,78	0,429
Apgar no 5º minuto	114,40	114,57	0,984
Peso ao nascer	119,41	111,30	0,364
Perímetro cefálico	131,69	103,29	0,001
Perímetro torácico	136,59	100,09	<0,001
Estatura	132,88	102,51	0,001
Perda ponderal	119,74	111,08	0,191
Idade gestacional	125,62	107,25	0,039

p= valor do Teste de Mann-Whitney.

Com base na tabela 15, observou-se que crianças que manifestaram o indicador clínico *Regurgitação* eram mais jovens ($p=0,009$), com menor tempo de internamento ($p=0,005$), com maior perímetro cefálico ($p=0,001$) e torácico ($p<0,001$), mais altas ($p=0,001$) e com maior idade gestacional ($p=0,039$) do que aquelas que não apresentaram o indicador clínico.

Tabela 16 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Regurgitação em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	Gl	Valor p	OR	IC 95%	
Icterícia	5,086	1	0,024	0,48	0,25	0,91
Anóxia perinatal	5,292	1	0,021	2,37	1,12	5,01
Sepse Neonatal	4,907	1	0,027	0,36	0,14	0,92
Hiperglicemia	8,004	1	0,005	11,55	1,40	95,58
Hipoglicemia	6,691	1	0,010	5,00	1,31	19,01
Drogas do sistema nervoso	4,901	1	0,027	2,64	1,09	6,39
Drogas diuréticas	7,705	1	0,006	4,66	1,44	15,14
Drogas do trato gastrointestinal	6,175	1	0,013	2,15	1,17	3,97
Polivitamínicos	5,273	1	0,022	0,53	0,31	0,91
Doenças do trato gastrintestinal	3,979	1	0,046	1,78	1,01	3,22
Atresia de esôfago	-	-	<0,001 ¹	-	-	-
Leite de Humano Pasteurizado	11,606	4	0,021	-	-	-
Forma de administração por Sonda orogastrica	22,515	2	<0,001	-	-	-

X² = Teste Exato de Fisher; gl = Grau de liberdade; p = valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR = odds ratio (risco); IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 16, entre as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa, destacaram-se: Icterícia, Sepse neonatal, Hiperglicemia, Hipoglicemia, drogas diuréticas e Polivitamínicos. Crianças com Hiperglicemia apresentaram cerca de 11 vezes mais chance de manifestar *Regurgitação*. De forma similar, crianças com Hipoglicemia tiveram cinco vezes mais chance de apresentar o

indicador em estudo, bem como crianças em uso de drogas diuréticas manifestaram cerca de quatro vezes mais chance de desenvolver *Regurgitação*.

As crianças com Icterícia, Sepsis neonatal e estavam em uso de Polivitamínicos tiveram redução na chance de manifestar Regurgitação em 52%, 64% e 47% respectivamente.

Tabela 17- Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Mudanças de sons intestinais. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p*
Dias de internação	110,62	117,87	0,407
Dias de vida	109,56	118,79	0,291
Apgar no 1º minuto	115,72	113,44	0,789
Apgar no 5º minuto	121,73	108,22	0,102
Peso ao nascer	119,15	110,46	0,321
Perímetro cefálico	127,09	103,56	0,007
Perímetro torácico	123,92	106,31	0,044
Estatura	122,69	107,39	0,080
Perda ponderal	119,42	110,23	0,156
Idade Gestacional	121,79	108,16	0,119

p= valor do Teste de Mann-Whitney.

Na tabela 17, foi observado que crianças que apresentaram o indicador *Mudanças de sons intestinais* tinham perímetro cefálico e perímetro torácico maior que aqueles que não manifestaram o indicador.

Tabela 18 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Mudanças de sons intestinais em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	gl	Valor p	OR	IC 95%	
Prematuridade	3,893	1	0,048	3,04	0,96	9,63
Anóxia perinatal	10,676	1	0,001	3,67	1,62	8,32
Sepse neonatal	8,892	1	0,003	0,26	0,10	0,66
Leite de fórmula	10,318	4	0,035	-	-	-
Forma de administração: Sonda orogastrica	15,846	2	0,000	-	-	-

X^2 = Teste Exato de Fisher; gl= Grau de liberdade; p= valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR= odds ratio (risco); IC 95%= intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 18, entre as associações estatisticamente significantes, destacaram-se Anóxia perinatal e Sepse neonatal. Crianças com Anóxia perinatal apresentaram cerca de três vezes mais chance de manifestar *Mudanças de sons intestinais*. Por outro lado, crianças com Sepse neonatal tiveram redução em 74% na chance de manifestar *Mudanças de sons intestinais*.

Tabela 19 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Distensão abdominal. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p*
Dias de internação	98,96	121,11	0,020
Dias de vida	99,61	120,83	0,026
Apgar no 1º minuto	130,53	107,69	0,014
Apgar no 5º minuto	116,64	113,59	0,735
Peso ao nascer	114,94	114,31	0,948
Perímetro cefálico	138,37	104,36	0,000
Perímetro torácico	131,61	107,23	0,010
Estatura	130,55	107,68	0,016
Perda ponderal	125,94	109,64	0,021
Idade gestacional	125,73	109,73	0,093

p=valor do Teste de Mann-Whitney.

Na comparação dos postos médios das variáveis clínicas das crianças pertencentes à amostra, foi identificado que o indicador *Distensão abdominal* manteve associação com dias de vida, Apgar no primeiro minuto de vida, perímetro cefálico, perímetro torácico, estatura e perda ponderal. Crianças que manifestaram *Distensão abdominal* tinham mais tempo de internamento ($p=0,020$), eram mais novas ($p=0,026$), com maior Apgar no primeiro minuto de vida ($p=0,014$) e com maior perímetro cefálico ($p=0,000$), maior perímetro torácico ($p=0,010$), maiores ($p=0,016$) e com maior perda ponderal ($p=0,021$).

Tabela 20 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Distensão abdominal em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	gl	Valor p	OR	IC 95%	
Anóxia perinatal	17,468	1	<0,001	4,71	2,18	10,18
Infecção Materna Neonatal	-	-	0,001 ¹	7,98	2,09	30,50
Uso de fármacos	14,951	1	<0,001	7,96	2,38	26,68
Antibioticoterapia	9,922	1	0,002	2,51	1,41	4,49
Drogas do trato gastrointestinal	14,437	1	<0,001	3,30	1,75	6,21
Enterocolite	23,613	1	<0,001	4,33	2,35	8,00
Gastrosquise	-	-	0,026 ¹	-	-	-
Intolerância alimentar	23,880	1	<0,001	4,59	2,43	8,62
Obstrução intestinal	-	-	0,029 ¹	9,90	1,09	90,90
Atresia de esôfago	-	-	<0,001 ¹	24,39	3,00	200,00
Forma de administração: Sonda orogástrica	23,985	2	<0,001	-	-	-

X^2 = Teste Exato de Fisher; gl= Grau de liberdade; p= valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR= odds ratio (risco); IC 95%= intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 20, destacaram-se as variáveis Infecção materna neonatal, uso de fármacos, Obstrução intestinal e Atresia de esôfago. Crianças com Infecção materna neonatal ou faziam uso de fármacos apresentaram cerca de sete vezes mais chance de desenvolver *Distensão abdominal*. Já aquelas crianças com Obstrução intestinal apresentaram cerca de nove vezes mais chance de manifestar o indicador, bem como crianças com Atresia de esôfago tiveram cerca de 24 vezes mais chance de desenvolver *Distensão abdominal*.

Tabela 21 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre crianças com e sem o indicador clínico Dor Abdominal. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p*
Dias de internação	135,54	110,02	0,026
Dias de vida	135,54	110,02	0,026
Apgar no 1º minuto	104,13	116,71	0,261
Apgar no 5º minuto	105,04	116,51	0,289
Peso ao nascer	114,34	114,53	0,986
Perímetro cefálico	105,60	116,39	0,346
Perímetro torácico	102,66	117,02	0,210
Estatura	98,40	117,93	0,089
Perda ponderal	112,51	114,92	0,777
Idade Gestacional	110,94	115,26	0,706

p= valor do Teste de Mann-Whitney

Na tabela 21, foram apresentadas as comparações de postos médios das variáveis clínicas com o indicador *Dor abdominal*. crianças com este indicador apresentaram maior número de dias de internação e dias de vida.

Tabela 22 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador Dor abdominal em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	Gl	Valor p	OR	IC 95%	
Anóxia Perinatal	4,342	1	0,037	2,39	1,03	5,53
Reanimação pulmonar	9,445	1	0,002	3,12	1,47	6,62
Antibioticoterapia	7,540	1	0,006	2,63	1,30	5,31
Drogas diuréticas	-	-	0,030 ¹	3,51	1,17	10,50
Drogas do trato gastrintestinal	10,937	1	0,001	3,23	1,58	6,62
Doenças do trato gastrintestinal	20,326	1	<0,001	4,76	2,33	9,71
Intolerância Alimentar	9,787	1	0,002	3,03	1,48	6,17
Refluxo gastresofágico	-	-	0,003 ¹	4,15	1,69	10,20

X² = Teste Exato de Fisher; gl = Grau de liberdade; p = valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR = odds ratio (risco); IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 22, entre as associações estatisticamente significantes, destacaram-se Doenças do trato gastrintestinal e Refluxo gastresofágico. Crianças com Doenças do trato gastrintestinal e Refluxo gastresofágico apresentaram cerca de quatro vezes mais chance de desenvolver Dor abdominal.

Tabela 23 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem Ausência de flatos. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p [*]
Dias de internação	137,52	108,84	0,009
Dias de vida	137,72	108,79	0,008
Apgar no 1º minuto	98,53	118,43	0,063
Apgar no 5º minuto	93,41	119,69	0,011
Peso ao nascer	100,47	117,95	0,111
Perímetro Cefálico	95,27	119,23	0,029
Perímetro torácico	94,60	119,39	0,024
Estatuta	94,68	119,37	0,024
Perda ponderal	104,49	116,96	0,125
Idade gestacional	96,42	118,95	0,040

p=valor do Teste de Mann-Whitney.

Na comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre crianças que apresentaram ou não o indicador *Ausência de flatos* identificou-se que crianças com este indicador tinham mais dias de internamento e dias de vida, apresentavam menores índices de Apgar no quinto minuto de vida, além de manifestarem menores perímetros cefálicos, perímetros torácicos, estatura e idade gestacional.

Tabela 24 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Ausência de Flatos em crianças. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	gl	Valor p	OR	IC 95%	
Síndrome do desconforto respiratório	4,889	1	0,027	2,58	1,09	6,13
Reanimação pulmonar	16,763	1	<0,001	4,50	2,10	9,61
Reanimação cardiopulmonar	4,586	1	0,032	2,04	1,05	3,95
Antibioticoterapia	10,537	1	0,001	2,99	1,52	5,91
Drogas cardiovasculares	-	-	0,028 ¹	4,45	1,23	16,10
Drogas do sistema nervoso	-	-	0,024 ¹	3,02	1,21	7,51
Drogas do trato gastrointestinal	5,285	1	0,022	2,24	1,11	4,51
Doença do trato gastrointestinal	-	-	<0,001 ¹	27,78	3,29	250,00

X² = Teste Exato de Fisher; gl= Grau de liberdade; p= valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR= odds ratio (risco); IC 95%= intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 24, destacaram-se as associações do indicador *Ausência de Flatos* com as variáveis clínicas: reanimação pulmonar, drogas cardiovasculares e doenças do trato gastrointestinal. Crianças com doenças do trato gastrointestinal apresentaram cerca de 27 vezes mais chance de manifestar *Ausência de flatos*. Já aquelas crianças que foram submetidas à reanimação pulmonar ou fizeram uso de drogas cardiovasculares tiveram cerca de quatro vezes mais chance de manifestar o indicador em estudo.

Tabela 25 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Diarreia. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p*
Dias de internação	126,31	110,38	0,109
Dias de vida	125,72	110,58	0,128
Apgar no 1º minuto	107,73	116,86	0,347
Apgar no 5º minuto	118,60	113,07	0,556
Peso ao nascer	121,51	112,05	0,343
Perímetro cefálico	120,31	112,47	0,431
Perímetro torácico	108,96	116,43	0,452
Estatura	117,40	113,49	0,695
Perda ponderal	118,91	112,96	0,421
Idade gestacional	98,67	120,03	0,032

p=valor do Teste de Mann-Whitney.

Na tabela 25, observou-se que crianças com o indicador clínico *Diarreia* apresentaram menor idade gestacional em comparação com crianças sem o indicador clínico.

Tabela 26 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Diarreia em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	G1	Valor p	OR	IC 95%	
Sepse Neonatal	4,179	1	0,041	0,29	0,09	1,01
Choque Hipovolêmico	-	-	0,014 ¹	7,73	1,46	41,00
Doenças do trato gastrointestinal	5,200	1	0,023	0,39	0,17	0,89
Leite de Formula	14,818	4	0,005	-	-	-
Administração por sonda orogástrica	6,476	2	0,039	-	-	-

X² = Teste Exato de Fisher; gl = Grau de liberdade; p = valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR = odds ratio (risco); IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 26, entre as associações estatisticamente significantes, destacaram-se Choque hipovolêmico e doenças do trato gastrointestinal. Crianças com Choque hipovolêmico apresentaram cerca de sete vezes mais chance de manifestar *Diarreia*. Por outro lado, crianças com doença do trato gastrointestinal tiveram redução em 61% na chance de manifestar *Diarreia*.

Tabela 27 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem o indicador clínico Fezes Endurecidas. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p*
Dias de internação	131,00	110,77	0,072
Dias de vida	129,69	111,07	0,098
Apgar no 1º minuto	97,98	118,23	0,065
Apgar no 5º minuto	96,75	118,51	0,040
Peso ao nascer	105,95	116,43	0,352
Perímetro cefálico	96,35	118,60	0,048
Perímetro torácico	93,89	119,15	0,025
Estatura	98,98	118,01	0,091
Perda ponderal	124,10	112,33	0,158
Idade gestacional	102,05	117,31	0,174

p= valor do Teste de Mann-Whitney.

Na comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre crianças com e sem o indicador *Fezes Endurecidas*, foi identificado que crianças com este indicador apresentaram menores índices de Apgar no quinto minuto de vida e tiveram menores valores de perímetro cefálico e perímetro torácico.

Tabela 28 - Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Fezes Endurecidas em crianças internadas nas unidades neonatais. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	gl	Valor p	OR	IC 95%	
Reanimação pulmonar	13,658	1	<0,001	3,97	1,84	8,55
Reanimação cardiopulmonar	5,021	1	0,025	2,15	1,09	4,22
Drogas do sistema nervoso	-	-	0,003 ¹	4,16	1,68	10,30

X² = Teste Exato de Fisher; gl = Grau de liberdade; p = valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR = odds ratio (risco); IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 29, foi apresentada associação entre as variáveis clínicas reanimação pulmonar, reanimação cardiopulmonar e uso de drogas do sistema nervoso com o indicador clínico *Fezes endurecidas*. Crianças submetidas a reanimação pulmonar apresentaram cerca de três vezes mais chance de manifestar Fezes endurecidas, bem como crianças submetidas a reanimação cardiopulmonar tiveram duas vezes mais chance de desenvolver este indicador. Aquelas crianças que utilizaram drogas do sistema nervoso central no período de internação apresentaram cerca de quatro vezes mais chance de manifestação de *Fezes endurecidas*.

Tabela 29 - Comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre indivíduos com e sem Dificuldade de eliminar fezes. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Presente	Ausente	Valor p [*]
Dias de internação	106,42	117,72	0,241
Dias de vida	103,83	118,75	0,122
Apgar no 1º minuto	111,78	115,59	0,686
Apgar no 5º minuto	100,42	120,12	0,031
Peso ao nascer	122,02	111,50	0,277
Perímetro cefálico	117,98	113,11	0,615
Perímetro Torácico	121,78	111,60	0,292
Estatura	128,73	108,83	0,039
Perda ponderal	121,32	111,78	0,183
Idade gestacional	126,76	109,61	0,075

p=valor do Teste de Mann-Whitney.

De acordo com a comparação dos postos médios das variáveis clínicas entre crianças com ou sem o indicador clínico *Dificuldade de eliminar fezes*. Crianças com Dificuldade de eliminar fezes apresentaram menores valores do índice de Apgar e maiores estaturas.

Tabela 30 -Variáveis associadas à ocorrência do indicador clínico Dificuldade de eliminar fezes em crianças. Fortaleza, 2016.

Variáveis	χ^2	Gl	Valor p	OR	IC 95%	
Síndrome do Desconforto Respiratório	10,852	1	0,001	0,36	0,20	0,67
Infecção Materna Neonatal	-	-	0,042 ¹	3,81	1,16	12,49
Antibioticoterapia	8,889	1	0,003	2,42	1,34	4,35
Polivitamínicos	5,453	1	0,020	0,49	0,27	0,90
Doenças do trato gastrintestinal	7,074	1	0,008	2,25	1,23	4,13
Gastrosquise	-	-	0,022 ¹	-	-	-
Intolerância Alimentar	6,322	1	0,012	2,22	1,18	4,17
Obstrução Intestinal	-	-	0,024	10,64	1,16	100,00
Atrêsia de esôfago	-	-	<0,001 ¹	-	-	-
Leite de Fórmula	11,633	4	0,020	-	-	-
Forma de administração da dieta	10,105	2	0,006	-	-	-
Via de administração	-	-	0,015 ²	-	-	-

X^2 = Teste Exato de Fisher; gl= Grau de liberdade; p= valor do Teste de Fisher-Freeman-Halton; OR= odds ratio (risco); IC 95%= intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 30, entre as associações apresentadas, destacaram-se: Síndrome do desconforto respiratório, Polivitamínicos e Obstrução intestinal. Crianças com Obstrução intestinal apresentaram 10 vezes mais chance de desenvolver Dificuldade de eliminar fezes. Já Síndrome do desconforto respiratório e Polivitamínicos apresentaram-se como fatores de proteção.

6 DISCUSSÃO

Os distúrbios gastrintestinais podem ser comumente identificados em crianças internadas em unidades neonatais por causas múltiplas, gerando alterações nos padrões nutricionais e de crescimento e desenvolvimento.

Entre esses agravos, destacam-se os distúrbios de motilidade gastrintestinal, especialmente em recém-nascidos prematuros. As alterações na motilidade gastrintestinal podem estar relacionadas a diversas etiologias que vão desde condições clínicas identificadas após o parto como também condições clínicas adquiridas durante o período de internação (MACDONALD; SESHIA; MULLETT, 2007).

Dentre as condições clínicas associadas aos distúrbios de motilidade, podem ser destacadas doenças como as malformações congênicas (onfalocele, gastrosquise, imperfuração anal e obstrução intestinal), prematuridade, anóxia perinatal, infecções maternas, infecções neonatais, distúrbios hidroeletrólíticos, doenças respiratórias e sepse (PENNA; F.NETO; WEHBA, 1991).

Não se objetivou nesta investigação verificar relações causais entre essas condições clínicas com a presença do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrintestinal disfuncional nos indivíduos estudados. Entretanto, observou-se frequência elevada de crianças que apresentaram diagnósticos médicos relacionados direta ou indiretamente à presença de alterações de motilidade: Prematuridade, Síndrome do desconforto respiratório, Infecção neonatal materna, Icterícia, Anóxia perinatal e Sepsis.

Vale destacar que o diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrintestinal disfuncional constitui uma tecnologia importante para direcionar as intervenções de enfermagem às crianças internadas em unidades neonatais. Este diagnóstico é definido como atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente do sistema gastrintestinal. Possui como indicadores clínicos: *Aumento de resíduo gástrico, Ausência de faltos, Cólica abdominal, Dor abdominal, Esvaziamento gástrico acelerado, Fezes endurecidas, Mudanças nos sons intestinais, Náusea, Regurgitação, Resíduo gástrico de cor de bÍlis e Vômito* (HERDMAN, 2015). Nesta investigação, não foram mensuradas três destes indicadores: *Cólica abdominal, Náusea e Esvaziamento gástrico acelerado* devido a problemas em sua avaliação que depende da capacidade que indivíduos têm de verbalizar sua presença.

Nesse estudo, o diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional esteve presente em 52,3% das crianças. Uma alta prevalência desse diagnóstico de enfermagem foi identificada também em estudo realizado por Santos et al. (2014). Motilidade gastrointestinal disfuncional apresentou-se como o terceiro diagnóstico mais frequente entre crianças internadas em unidades neonatais acometidos por sepse.

Entre os indicadores clínicos avaliados, seis se destacaram por apresentarem valores válidos de sensibilidade e/ou especificidade: *Aumento de resíduo gástrico, Mudanças nos sons intestinais, Regurgitação, Resíduo gástrico cor de bÍlis, Ausência de flatos e Fezes endurecidas.*

O indicador *Aumento de resíduo gástrico* mostrou-se importante tanto para confirmar como para descartar o diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional. *Aumento de Resíduo gástrico* se refere ao volume observado no estômago após 60 minutos da administração de alimentos, tempo médio e fisiológico para o início do esvaziamento do estômago. Esse conteúdo pode ser decorrente do processo de digestão, saliva e enzimas digestivas. Considera-se resíduo gástrico aumentado o volume igual ou superior a 30% do total de dieta administrada anteriormente (GOMELLA, 2011).

O *Aumento de resíduo gástrico* está relacionado a alterações no esvaziamento gástrico, que pode ser causado por diversos fatores, dividido em: fatores mecânicos (temperatura do alimento, posição do corpo e intervenções cirúrgicas) e fatores bioquímicos (composição do alimento, idade, estado nutricional e uso de fármacos) (COLLARES; SILVA, 1996).

Entre os fatores mecânicos, ressalta-se a temperatura do leite a ser administrado como um fator importante para o tempo de esvaziamento gástrico. Em estudo experimental, verificou-se que crianças que ingeriram alimentos líquidos com temperatura baixa apresentaram retardo no esvaziamento gástrico, ocasionado pelo relaxamento da musculatura gástrica induzida pela baixa temperatura do líquido (COLLARES; SILVA, 1996).

Outra condição importante para o esvaziamento do conteúdo gástrico é o posicionamento da criança após a alimentação. O decúbito lateral direito pode ser uma posição facilitadora do esvaziamento gástrico. Isso se deve ao efeito adicional da pressão hidrostática sobre o conteúdo gástrico, entretanto, isso só ocorre quando o

alimento não contém inibidores para o esvaziamento, como é o caso de soluções com osmolaridade baixa (COLLARES, 1996).

A composição do alimento pertence ao grupo de fatores bioquímicos que influenciam no esvaziamento gástrico. Para recém-nascidos e lactentes, é indicado o uso do leite materno por representar maior especificidade e semelhança com organismo humano. Já o leite artificialmente produzido, como o leite de fórmula, por apresentar composição química distinta da origem humana pode ser causa recorrente de alterações no esvaziamento gástrico ((MACDONALD; SESHIA; MULLETT, 2007).

Entre o grupo de crianças avaliadas neste estudo, foi observada uma predominância do tipo de leite materno ordenhado e leite materno pasteurizado. Entretanto, o leite de fórmula esteve associado à presença do indicador *Aumento de resíduo gástrico*.

A idade é também fator condicionante, no período neonatal para o retardo do esvaziamento gástrico, em condições clínicas como período após um parto traumático. Sabe-se que, neste período a criança é exposta a estresse, além de manifestar modificações circulatórias na área mesenterial e imaturidade dos mecanismos que controlam o esvaziamento. Por motivos ainda não elucidados, ainda nesse período, ocorrem alterações em hormônios como a gastrina e o glucagon, hormônios que em adultos, inibem o esvaziamento gástrico (GUYTON, 2011; COLLARES, 1996; SHERWOOD, 2011). Esta população poderá ainda apresentar limitações na capacidade digestivo-absortiva relacionadas às alterações de motilidade e esvaziamento gástrico (MALLY; BAILEY; HENDRICKS-MUNOZ, 2011).

Sabe-se que o esvaziamento gástrico sofre influência do efeito de alguns tipos de fármacos. A utilização de fármacos e as interações medicamentosas com os nutrientes podem alterar a musculatura e a velocidade do esvaziamento gástrico, diminuindo assim a motilidade gastrintestinal. Drogas com efeitos na musculatura lisa do trato gastrintestinal podem afetar a liberação hormonal de moduladores da motilidade gástrica. A exemplo disso, pode-se citar a atropina e os analgésicos opiáceos, que embora atuem no espasmo pilórico, por sua ação anticolinérgica, provocam o bloqueio de forma competitiva da acetilcolina nos locais onde existem receptores muscarínicos, que são encontrados na musculatura lisa gastrointestinal (RANG; DALE, 2011).

Como exposto, a presença do indicador *Aumento do resíduo gástrico* permite que o enfermeiro reconheça rapidamente alterações na motilidade

gastrintestinal e ajuda a confirmar o diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrintestinal disfuncional em crianças internadas em unidades neonatais.

Aumento do resíduo gástrico esteve associado a condições clínicas como: Refluxo gastresofágico, uso de drogas cardiovasculares e Atresia de esôfago.

O refluxo gastresofágico é uma condição clínica presente em recém-nascidos prematuros e a termo, caracterizado pela deficiência ou inadequação dos esfíncteres esofagianos, mais precisamente no esfíncter inferior. O refluxo gastresofágico poderá ainda estar relacionado ao aumento de resíduo gástrico devido ao mecanismo de esvaziamento gástrico tardio. Ou seja, quanto maior o tempo de esvaziamento gástrico, maior a probabilidade da ocorrência do aumento de resíduo gástrico e conseqüentemente, maior chances do refluxo está presente (VANDEHOOF et al., 2007; MAGALHÃES et al., 2009).

O tempo de administração da dieta constitui uma variável importante para esse indicador. Em um estudo realizado por Schanler (2001), evidenciou-se que um grupo de recém-nascidos que receberam a dieta de forma mais rápida, denominada “bólus” apresentou menor motilidade gastrintestinal, diferindo de um grupo de recém-nascido que recebeu administração da dieta de forma lenta, gravitacional, por gavagem.

O indicador clínico *Mudanças nos sons intestinais*, nesta amostra, mostrou-se frequente e específico. As mudanças de sons referem-se a alterações nas características dos ruídos hidroaéreos intestinais. Os sons intestinais originam-se com a movimentação de ar e líquidos por meio do intestino delgado. Estes sons podem se apresentar alterados quando existem mudanças no tempo de alimentação e ou diante de distúrbios gastrintestinais. As alterações podem ser identificadas por meio da irregularidade, do tipo, do tempo de apresentação ou ainda pela ausência do som. Quando alterados, os sons intestinais podem estar relacionados à Peritonite, Íleo paralítico, Obstrução intestinal, Diarreia ou Infecções do trato intestinal (WEBER, 2007).

Os sons intestinais são produzidos em resposta à contração da musculatura do intestino para a atividade de deslocamento do alimento no intestino delgado e grosso. Estes se assemelham ao som de água em movimento dentro de tubos. Podem ainda ocorrer, antes das refeições, por meio da contração muscular iniciado por comandos cerebrais para ativar a necessidade de ingestão de alimentos. Ruídos alterados podem ser classificados em hipoativos, hiperativos, irregulares e ausentes. Essas alterações podem indicar distúrbios de motilidade gastrintestinal (WEBER,2007; JARVIS,2012).

Os ruídos intestinais hipoativos e/ou ausentes podem estar relacionados a uma redução da motilidade por inflamação, como na Peritonite, no Íleo paralítico que acompanha cirurgias abdominais e na Obstrução intestinal. Enquanto os ruídos intestinais hiperativos, caracterizados por gorgolejos e borborigmos, indicam o aumento da motilidade gastrointestinal, podendo ocorrer na fase inicial da Obstrução intestinal mecânica associada à Gastreenterite, em Diarreias agudas por uso de laxantes e nas reversões de Íleo paralítico (JARVIS, 2012).

Nesse estudo, a *Mudança nos sons intestinais* esteve associada à ocorrência de Prematuridade, Anóxia perinatal, Sepsis neonatal, uso de leite de fórmula para a alimentação das crianças internadas e o uso de sonda orogástrica.

Outro indicador encontrado com elevado valor de especificidade foi *Regurgitação*. Esta se refere ao retorno sem esforço de pequenos volumes de conteúdo gástrico para a cavidade oral do neonato, decorrente da diminuição da função ou imaturidade do esfíncter esofágico. Ocorre no período após a alimentação e constitui um indicador clínico comum para a Doença de refluxo gastroesofágico. O conteúdo da *Regurgitação* é formado por alimentos que já foram emulsificados pelas enzimas digestivas, tendo em vista que o fenômeno da digestão se inicia após 3 minutos da presença de conteúdo alimentar no estômago (ROCHA et al., 2011).

Esse indicador possui etiologia multifatorial, envolvendo frequência aumentada dos relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior, esvaziamento gástrico retardado, deficiente, alterações na barreira anti-refluxo e diminuição do tônus do esfíncter esofágico inferior (MAGALHÃES, 2009).

A *Regurgitação* também pode ser desencadeada por lentidão no esvaziamento gástrico e distensão gástrica. Na distensão, há o estímulo dos mecanorreceptores na cárdia, levando, por um mecanismo vago-vagal, à alteração na pressão do esfíncter esofágico inferior, com consequente hipotonia do mesmo e aumento do número de relaxamentos transitórios. Neste caso, a *Regurgitação* pode se caracterizar por ejeção de pouco conteúdo gástrico para a cavidade oral, não apresentando consequências nutricionais diretas (LARANJEIRA, 2010).

Esse quadro clínico melhora a partir do crescimento da criança, com o posicionamento postural em leito e também com o auxílio de medicamentos que contribuem para o aumento da motilidade gastrointestinal e o esvaziamento rápido do estômago.

Neste estudo, a presença desse indicador esteve associada a condições clínicas como: Icterícia, Anóxia perinatal, Sepsis neonatal, Distúrbios metabólicos (Hiperglicemia e Hipoglicemia), uso de fármacos relacionados ao sistema nervoso (anticonvulsivantes e sedativos), uso de fármacos relacionados ao trato gastrointestinal, Atresia de esôfago e uso de sonda orogástrica. A *Regurgitação* foi mais observada em crianças que apresentaram menor tempo de internação, menor tempo de vida e com maior idade gestacional, estatura e perímetros torácico e cefálico.

Os estudos realizados por Magalhaes et al. (2009) e Lopes e Figueiredo (2015) contrapõem a investigação ao indicar a relação da presença de *Regurgitação* com menor idade gestacional, o que é esperado, visto que crianças com menor idade gestacional apresentam desenvolvimento incompleto do sistema gastrointestinal, mas especificamente dos esfíncteres esofágicos.

O *Resíduo gástrico com cor de bÍlis* apresentou elevado valor de especificidade, ressaltando a importância do indicador para a inferência de Motilidade gastrointestinal disfuncional. Observou-se ainda que crianças com este indicador apresentavam menor tempo de internação e de vida, além de menores valores de peso ao nascer e perímetro cefálico.

Resíduo gástrico com cor de bÍlis refere-se ao conteúdo observado no estômago de cor esverdeada, decorrido do produto da somatória do conteúdo estomacal e secreção produzida pela bÍlis. A bile é um líquido esverdeado produzido pelo fÍgado, rica em água e sais minerais de natureza alcalina. É armazenada na vesÍcula biliar, de onde é liberada para ação no intestino delgado. Sua ação provoca emulsificação das gorduras ao reduzir a tensão superficial existente entre moléculas lipídicas, favorecendo a ação da enzima lipase. Quando a bile está associada ao resÍduo gástrico pode indicar um aumento na produção de bile ocasionada pelo aumento no conteúdo gástrico, pela composição do alimento presente na cavidade do estômago ou ineficiência na passagem desse líquido para porções inferiores do intestino. Essa ineficiência de passagem da bile pode estar associada à diminuição da motilidade gastrointestinal e obstrução da porção alta do intestino (GOMELLA, 2012; CARROLI, 2007).

Neste estudo, o indicador *Resíduo gástrico com cor de bÍlis* esteve associado a condições tais como: Anóxia perinatal, Infecção gastrointestinal (Enterocolite), Intolerância alimentar, Obstrução intestinal, uso do leite de fórmula e uso de antibiótico, polivitamínicos e fármacos relacionados ao trato gastrointestinal.

Outro indicador clínico com elevado valor de especificidade foi *Ausência de flatos*. Este indicador refere-se à insuficiência na eliminação do produto composto por gases produzidos e eliminados pelo sistema digestivo. Os flatos são resultantes do processo de decomposição dos resíduos orgânicos dentro do intestino, realizado pela fermentação por bactérias da flora intestinal (FREITAS; TACLA, 2006).

Observou-se que crianças com *Ausência de flatos* tinham mais dias de internamento e de vida, apresentavam menores índices de Apgar no quinto minuto de vida, além de manifestarem menores perímetros cefálicos, perímetros torácicos, estatura e idade gestacional.

Os baixos valores do índice de apgar estão relacionados com a necessidade de realização da reanimação pulmonar o cardiopulmonar.

Vale destacar que a indicação para a reanimação pulmonar ocorre quando o recém-nascido apresenta, logo após o parto, ausência ou diminuição do ritmo respiratório, e reanimação cardiopulmonar está relacionada à ventilação pulmonar, massagem cardíaca e reanimação metabólica, caracterizada pela diminuição da frequência respiratória e frequência cardíaca (SBP,2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) um em cada dez recém-nascidos necessitam de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter os movimentos respiratórios efetivos e um em cada cem necessitam de manobras de massagem cardíaca e infusão de fármacos para administração metabólica (SBP, 2013).

Verificou-se ainda associação da *Ausência de flatos* com variáveis clínicas como: Síndrome do desconforto respiratório, submissão à reanimação pulmonar e à cardiopulmonar, uso de fármacos (cardiovasculares, antibióticos, anticonvulsivantes, sedativos e antieméticos) e doenças do trato gastrintestinal.

Embora não tenha sido verificada neste estudo, a *Ausência de flatos* pode desencadear a presença de mais dois indicadores clínicos que são: *Distensão abdominal e Dor abdominal*.

A *Distensão abdominal* se refere ao aumento do contorno abdominal ocorrido pelos acúmulos de ar ou gás ou por outras condições clínicas como: acúmulo de fezes, processo inflamatórios ou infecciosos intestinais (JARVIS, 2012). Este indicador apresentou a quarta maior frequência de ocorrência entre crianças pertencentes à amostra.

Já *Dor abdominal* é descrita como experiência sensorial desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termo de tal lesão com início

súbito ou lento, de intensidade leve a intensa na região do abdome (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Fezes endurecidas que, também pode levar ao surgimento de *Distensão abdominal e Dor abdominal*, mostrou-se como um indicador específico ao diagnóstico de Motilidade gastrointestinal disfuncional. Este indicador pode ser definido como resíduo sólido oriundo do processo digestivo e proveniente do intestino com formato curvo ou arredondado e firme (SMELTZER; BARE, 2011). *Fezes endurecidas* podem ser resultantes de um processo de formação lento, associado à diminuição do trânsito intestinal, motilidade gastrointestinal, diminuição de ingestão de líquidos, distúrbios hidroeletrólíticos que causam a diminuição de absorção de líquidos e nutrientes no intestino e ainda por drogas que afetam a motilidade gastrointestinal (PENNA; TORRES, 1996).

Entre as drogas que podem reduzir a motilidade gastrointestinal e contribuir para a formação de *Fezes endurecidas* estão: agentes anticolinérgicos, analgésicos opiáceos, antiácidos (compostos por cálcio e alumínio), anticonvulsivantes, bloqueadores ganglionais, drogas anti-hipertensivas, ferro, inibidores de monoamino oxidase e laxativos (PENNA; TORRES, 1996).

Outro fator importante que contribui para lentidão do trânsito intestinal é a diminuição do fluxo sanguíneo intestinal, que pode levar a alteração na oferta de oxigênio e nutrientes para as células da parede intestinal, gerando assim edema e hemorragia na mucosa (FOCHESATTO FILHO, 2013). Essa baixa circulação pode acontecer em condições clínicas como Anóxia perinatal ou parada cardiorrespiratória.

A Anóxia perinatal pode ser diagnosticada conforme o índice de Apgar. Neste estudo, crianças com *Fezes endurecidas* apresentaram menores índices de Apgar no quinto minuto de vida. A mediana identificada do índice de Apgar foi de 7 para o primeiro minuto e 8 no quinto minuto de vida. Esse índice é considerado um indicador clínico utilizado para avaliação da condição de vitalidade do recém-nascido ao nascer. Segundo Gomella et al. (2012), este índice pode variar de 0-10 conforme os escores registrados nas seguintes categorias: aparência (cor), pulso (FC), careta (irritabilidade reflexa), atividade (tônus muscular) e respiração (FR). Um escore entre 7 e 10 é considerado normal, o escore de 4-7 geralmente pode indicar a necessidade de alguma manobra de reanimação pulmonar e/ou cardiopulmonar, e o escore expresso por menor de 3 representa a necessidade de reanimação imediata.

Entretanto os resultados dessa variável devem ser observados com cautela, tendo em vista que as escassezes de estudos que relacionem essa variável com condições clínicas apresentadas por crianças internadas em unidades neonatais.

Tendo em vista a importância desse diagnóstico para a população em questão estima-se que o conhecimento dos indicadores clínicos mais frequentes e suas associações com variáveis clínicas possam auxiliar ao enfermeiro uma inferência diagnóstica mais acurada do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional.

7 CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa permitiu o alcance dos objetivos propostos, indicando a alta prevalência do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal entre a população estudada, caracterizado pela identificação do mesmo na maioria de crianças que pertenceram à amostra. Possibilitou ainda identificação das medidas de acurácia de seus indicadores clínicos.

Sobre as medidas de acurácia, os indicadores clínicos: *Aumento de resíduos gástrico, mudanças de sons intestinais, regurgitação resíduo gástrico cor de bÍlis, ausência de flatos e Fezes endurecidas* foram os mais importantes para o diagnóstico Motilidade gastrointestinal disfuncional.

O estudo proporcionou a identificação da ligação dos indicadores clínicos com as variáveis clínicas relacionadas às condições de nascimento, doenças registradas desde o momento do parto até o período de avaliação dessa criança, bem como o tratamento realizado por essa criança durante a internação.

Tendo em vista a especificidade identificada na população do estudo foi realizada a captação de alguns indicadores por meio de registros de profissionais, isso possui como consequência a subjetividade de informações relevantes para a mensuração dos indicadores clínicos do estudo.

Sendo estudo a primeira experiência desse tipo de investigação, como essa população e este diagnóstico, observou a necessidade de elaboração de novas pesquisas, no intuito de realizar novas comparações.

Identifico- se como limitação do estudo a escassez de estudos com métodos de mensuração e análise semelhantes a este estudo o que pode limitar a comparação dos resultados, como também divergência apresenta na literatura sobre o conceito de alguns indicadores clínicos, destacando assim a importância do protocolo de pesquisa elaborada nesse estudo.

Entretanto pode-se afirmar que apesar das limitações identificadas no estudo, à contribuição para prática clínica do enfermeiro sobressai nesse cenário, permitindo assim que o enfermeiro possa realizar a inferência desse diagnóstico de forma mais acurada.

É imprescindível que enfermeiro obtenha o conhecimento desse estudo para a identificação dos indicadores clínicos do diagnóstico Motilidade gastrintestinal disfuncional para garantir a qualidade da assistência prestada a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

- BARIERI, D; KODA, Y.K.L. **Doenças gastroenterológicas em pediatria**. São Paulo. Editora: Atheneu,p.1-15,1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde;2012.
- CERULLO,J.A.SB; DA CRUZ,D.A.LM. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v.18,n.1,2010.
- COLLARES, E,F. Esvaziamento gástrico. **Doenças gastrerológicas em Pediatria**. In: BARBIEIRI,D. KODA,K,L. Editora Atheneu, 1996.
- COLLINS,L.M;LANZA,S.T. **Latent class and latente transition analysis for the social, behaviorla, and health sciences**. New York: Wiley, 2010.
- DINIZ, E.M.A. Asfixia neonatal e função tireoidiana **J. Pediatr. (Rio J.)** vol.77 n.3. Porto Alegre. 2001.
- FAGUNDES NETO, U; WEHBA, J. PENNA, F.F. **Gastroenterologia pediátrica**. Rio de Janeiro; Medsi,1999.
- FALCÃO,M.C. Suporte nutricional no recém- nascido doente ou prematuro. **Rev Med.** São Paulo. Jan-dez. n.82.vol(1-4). p11-21,2003.
- FIGUEREDO, L.P. **Complicações da terapia nutricional enteral (TNE) e fatores associados em pacientes hospitalizados**. 2011. 124f. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- GAIVA,M.A.M;SCOCHI,C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em uti neonatal. **Rev.Latino-am.Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12,n.3,p.469-76,2004.
- GOMELLA, T.L **Neonatologia: tratamento, procedimentos, problemas no plantão, doenças e drogas**. Editora: Revinter. 6ª edição. Rio de Janeiro,2012.
- GUYTON,A.C; HALL,J,E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro. Editora: Elsevier, 2011.
- HERDMAN,T.H. Uma revisão da literature neonatal para identificar atributos críticos para diagnósticos de enfermagem de hipotermia. **Rev.Rene**.v.14,n.6,p.124-51,2013.
- HERDMAN,T.H;KAMITSURU,S. **NANDA Internacional Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2015-2017**, Oxford: wiley- Blackwell,2015.

HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed,2008.

JARVIS C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

LEITE,H.P. Nutrição enteral em Pediatria. **Pediatria Moderna**. São Paulo,v.35,n.7,1999.

LOPES,M.V.O; SILVA,V.M; ARAÚJOP,T.L. Methods for establishing the accuray of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **Int. J. Nurs. Knowledge**, v.23,n.3,p.134-139,2012.

MACDONALD,M.G;SESHIA, M.M.K; MULLETT,M.D. **Fisiopatologia e tratamento do recém – nascido**. 6ª edição. Rio de Janeiro. 2007.

MAGALHÃES, P.V.S. et al. Revisão sistemática e metanálise do uso de procinéticosno refluxo gastroesofágico e na doença do refluxogastroesofágico em Pediatria. **Rev Paul Pediatr**. 27(3):236-42. 2009.

MALLY,P.V;BAILEY,S;HENDRICKS-MUNOZ,K.D. Clinical issues in the management of late preterm infants. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**,n.40,p.218-33,2010.

MARTINEZ, F.E;CAMLEO Jr.,J.S. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v.77,n.1,p.32-40, 2001.

MATOS, F,G,O,A; CRUZ, D,A,L,M. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. **Rev. Esc. Enferm. USP**. N.43. p.1088-97,2009.

OLIVA, A.P.V. **Banco de itens para Avaliação de Raciocinio Diagnóstico(BIARD)**.2008. Tese(doutorado)- Curso de Enfermagem: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PROCIANOY, R.S; SILVEIRA,R.C. Síndrome hipóxico-isquêmico. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. N.77.vol(11).p-63-70.2011.

QU, Y.; TAN, M.; KUTNER, M.H. Random Effects Models in Latent Class Analysis for Evaluating Accuracy of Diagnostic Tests. **Biometrics**, v. 52, n. 3, p. 797-810 , set. 1996.

RANG, H.P., DALE, M.M., RITTER, J.M., FLOWER, R.J., HENDERSON , G. **Farmacologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RIEGLER G; ESPOSITO I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research. **Tech Coloproctol**. 2001;5(3):163-4.

ROUQUAYROL,M.Z; GURGEL,M. **Epidemiologia e Saúde**. 7ª edição,2013.

SANTOS, A.P.S.;SILVA,M.L.C;SOUZA,N.M.;FRANÇA,D.F. Diagnósticos de enfermagem de recém –nascidos com sepse em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev.Latino-Am. Enfermagem.** n.22,v.2,p.255-61,2014.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Reanimação do recém - nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.** 2016.

SCHANLER,R. **Novos conceitos na nutrição de recém-nascidos pré-termos.** XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PERINATOLOGIA,2001.Florianopolis.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth, **Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica.** Tradução José Eduardo Ferreira de Figueredo. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SWANSON, S.A. *et al.* A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: An application to eating disorder research.**International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 5, p. 677-684, 2012.

WEBER, J. Semiologia: **Guia Prático para a Enfermagem;** Rio de Janeiro. Editora: Guanabara Koogan, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Procedimento para Coleta de Dados**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA A COLETA DE DADOS****1- DEFINIÇÃO**

- Refere-se ao procedimento para a coleta de dados: coleta de registros no prontuário e exame físico.

2- MATERIAL NECESSÁRIO

- Caneta esferográfica
- Impresso do instrumento de coleta de dados
- Estetoscópio
- Luvas de procedimento
- Álcool a 70%
- Água
- Sabão
- Papel Toalha

3- PROCEDIMENTO

- Identificar- se para o profissional Enfermeiro de plantão responsável pela unidade no período;
- Identificar indivíduos que poderão participar da amostra;
- Realizar explicação para os responsáveis pelo recém – nascido acerca dos objetivos do estudo e procedimentos realizados para obtenção dos dados;
- Solicitar aos pais ou responsáveis a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.
- Lavar as mãos;
- Iniciar a coleta de dados em prontuário, investigando registros conforme a sequência estabelecida pelo instrumento de coleta de dados;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar abertura das portinholas da incubadora;
- Iniciar o exame físico conforme a sequência estabelecida pelo instrumento de coleta de dados;
- Fechar as portinholas da incubadora;
- Retirar e descartar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Realizar registros no instrumento;

Recomendações:

- 1- Realizar comunicação com a equipe de saúde acerca do estado atual de saúde do recém- nascido, para possível identificação se sinais clínicos que possa impossibilitar a coleta de dados.
- 2- Após a coleta dos dados verificar o posicionamento do recém - nascido para que este permaneça organizado em seu leito conforme observado anteriormente ao início da coleta de dados.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido – MEAC.

Prezado (a) pai/mãe,

Eu, Larissa Gabrielle Dias Vieira, sou enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e estou sob orientação da professora Dr^a Viviane Martins da Silva. Estou realizando uma pesquisa sobre a presença de problemas gastrintestinais (estômago e intestino) em recém-nascidos e como o enfermeiro pode identificar esses problemas. Nessa pesquisa chamamos esses problemas de diagnóstico de enfermagem de Motilidade gastrintestinal disfuncional, que pode ocorrer com frequência em recém-nascidos que nasceram prematuros ou naqueles recém-nascidos que necessitaram de internamento logo após o parto. Nesse intuito o estudo pode ajudar o enfermeiro identificar esses problemas gastrintestinais e assim melhorar a saúde da sua criança.

Para realizar esta pesquisa, é necessário avaliar sua criança. Assim, necessito da sua colaboração participando e permitindo que seu filho possa participar. Esta participação envolve permitir que o pesquisador possa consultar o prontuário e realizar uma avaliação do abdome (barriga) da criança. Nesta avaliação, o pesquisador irá: observar, tocar, palpar e escutar o abdome (barriga). Na consulta ao prontuário, o pesquisador irá buscar informações sobre como seu filho nasceu, internação e tratamento.

Durante essa avaliação a sua criança pode sentir um desconforto a ser tocado, poderá apresentar choro ou irritabilidade. Entretanto ressalto que essa avaliação acontecerá na sua presença ou na presença de um profissional que trabalha na unidade em que sua criança esteja internada.

Como benefício para o seu filho essa pesquisa irá contribuir para que o enfermeiro possa identificar problemas relacionados ao trato gastrintestinal de recém – nascidos, permitindo assim que, os problemas de saúde de seu filho sejam tratados de uma forma mais específica para ele.

Informo-lhe que a coleta dessas informações dura em média 30 minutos. Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você terá a liberdade de retirar seu consentimento

a qualquer momento, assim como não aceitar participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência do recém-nascido. E, finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o nome de sua criança e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la e nem a você.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão usadas somente para a realização do meu trabalho e para compor um banco de informações sobre diagnósticos de enfermagem. Portanto, peço autorização também para que os dados da sua criança possam fazer parte deste banco. Este banco servirá para estudar e comparar estes problemas em diferentes grupos, podendo colaborar para melhoria do cuidado ao recém-nascido.

Deixarei com você uma via deste termo de esclarecimento que comprova a participação de sua criança na pesquisa. Ressalto que as informações do estudo serão colhidas pela pesquisadora do estudo e por alunas de enfermagem. Estamos à disposição para quaisquer dúvidas que possam ocorrer.

Se desejar, faça contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Enfermeira: Larissa Gabrielle Dias Vieira

Rua Dom Xisto Albano, 254,

Fone: 99842092 Email: larissagabrielle@hotmail.com

Pesquisadora: Dra. Viviane Martins da Silva

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115.

Fone: 3366.8460 Email: viviane.silva@ufc.br

Gostaria imensamente de ter a sua valorosa cooperação no desenvolvimento deste estudo, pelo que, de antemão, muito lhe agradeço.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Pesquisador

Pai/Mãe



APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido – HIAS.

Prezado(a) Participante da pesquisa

Você está sendo convidado(a) a autorizar a participação de seu filho(a) na pesquisa “Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em recém nascidos”. Que tem como objetivo estudar os sinais de doenças relacionados ao trato gastrointestinal (estômago e intestino).

Para realizar esta pesquisa, é necessário avaliar sua criança. Assim, necessito de sua colaboração permitindo que seu filho possa participar. Esta participação envolve permitir que o pesquisador possa consultar o prontuário e realizar uma avaliação do abdome (barriga) da criança. Nesta avaliação, o pesquisador irá: observar, tocar, palpar e escutar o abdome (barriga). Na consulta ao prontuário, o pesquisador irá buscar informações sobre como seu filho nasceu, internação e tratamento.

Esta pesquisa não apresenta risco previsto para você e nem para o corpo e mente do seu filho(a), podendo causar portanto ao máximo um desconforto a ser tocado, poderá apresentar choro ou irritabilidade. Entretanto ressalto que essa avaliação acontecerá na sua presença ou na presença de um profissional que trabalha na unidade em que sua criança esteja internada.

O pesquisador nesse caso, terá o cuidado de cumprir as questões éticas, especificadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde(CNS) que trata de pesquisa em seres humanos: Não revelar o nome, a imagem e informações dos participantes e/ou de seu representante legal que possam trazer prejuízo para você e sua família. Como benefício para o seu filho essa pesquisa irá contribuir para que o enfermeiro possa identificar problemas relacionados ao trato gastrointestinal de recém – nascidos, permitindo assim que, os problemas de saúde de seu filho sejam tratados de uma forma mais específica para ele.

E ainda, proporcionara equipe de saúde a prestar um atendimento melhor e mais rápido, respeitando as diferenças de cada participante.

O seu nome e do seu ou sua filho(a) não aparecerá em nenhum lugar quando os resultados forem apresentados. Todas as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer através de entrevista, questionário ou formulário; e as que a pesquisadora conseguir no

prontuário (dados pessoais e avaliações físicas) ficarão em segredo e serão utilizadas somente para esta pesquisa.

Se tiver mais alguma dúvida de como será realizada essa pesquisa, você pode procurar a qualquer momento os pesquisadores responsáveis.

Enfermeira: Larissa Gabrielle Dias Vieira

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115.

Fone: 99842092 Email: larissagabrielle@hotmail.com

Pesquisadora: Dra. Viviane Martins da Silva

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115.

Fone: 3366.8460 Email: viviane.silva@ufc.br

Se você desejar obter outras informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de ética do Hospital Infantil Albert Sabin pelo telefone 31014212 no horário de 8 às 12h e 13 às 16h. Rua Tertuliano Sales 544. Bairro Vila União.

O Comitê de Ética em Pesquisa(CEP) é informado por um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função é avaliar as pesquisas com seres humano, elaborar um documento de aprovação, liberando o início da pesquisa e também, dos pesquisadores. Caso você necessite tirar dúvidas sobre a pesquisa, você poderá falar com um dos profissionais que fazem parte do CEP, pois eles lhe ajudarão a decidir o que é melhor para você e seu filho(a).

Lembramos que a sua participação e a de seu filho(a) nessa pesquisa, será plenamente voluntária e consciente, não havendo qualquer forma de pagamento ou compensação material. E ainda, que vocês terão a liberdade de participar ou não participar, e de desistir, em qualquer momento, mesmo após ter assinado esse termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sem nenhum prejuízo para o tratamento de sua criança.

Se o (a) Sr.(a) estiver realmente de acordo em participar dessa pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós- Esclarecido que se segue, e ao final, receber uma via desde Termo, porque a outra ficará com o pesquisador.

OBS:

- 1) O participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE- apondo sua assinatura na última página do referido Termo, no espaço reservado para assinatura do participante e/ou representante legal.
- 2) O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE- apondo sua assinatura na última página do referido Termo, no espaço reservado para assinatura do pesquisador responsável.

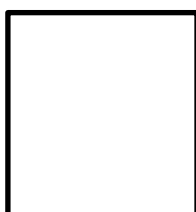
CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais da resolução 466/12 CNS, eu, _____(nome completo ou iniciais do nome), telefone _____, declara que, após ter lido minuciosamente este documento dúvidas de como será feita a pesquisa e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do que foi lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Fortaleza, Ce, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante Legal.

Assinatura do Pesquisador



Impressão dactiloscópica

APÊNDICE D - Definições operacionais e procedimento de coleta de dados das características definidoras do Diagnóstico Motilidade Gastrointestinal Disfuncional.

1) DISTENSÃO ABDOMINAL

Definição conceitual: Termo que se refere ao aumento do contorno abdominal ocorrido pelos acúmulos ar ou gás ou por outras condições clínicas como: acúmulo de fezes, processo inflamatórios ou infecciosos intestinais (JARVIS, 2012).

Definição operacional: Essa característica será avaliada por meio dos seguintes métodos propedêuticos: inspeção para caracterizar a forma do abdome, percussão para evidenciar sons típicos e a palpação para identificar características da musculatura abdominal ou presença de massas. O examinador investigará por meio da inspeção a presença da forma abdominal curva ou arredonda e/ou massa fecal localizada. Na percussão buscará sons timpânicos na grande área abdominal ou maciços em região localizada. A palpação evidenciará um espasmo ou tensão na musculatura da parede abdominal e ainda a presença de massa fecal.

No caso da distensão abdominal ocasionada por ar ou gases, o examinador identificará por meio da inspeção o abdome curvo, a percussão indicará som timpânico sobre a grande área abdominal e a palpação evidenciará um espasmo ou tensão na musculatura da parede abdominal.

No caso de distensão abdominal ocasionada pelo acúmulo de fezes o examinador identificará por meio da inspeção a distensão localizada na região onde houver presença de fezes retidas, a percussão indicará predomínio de timpanismo e macicez disseminada sobre a massa fecal e a palpação evidenciará massa semelhante à corda, caracterizando a massa fecal no intestino (WEBER, 2007; JARVIS,2012).

A característica será classificada presente quando o examinador evidenciar: forma abdominal curva ou distensão localizada, sons timpânicos ou maciços, tensão ou espasmo na musculatura abdominal e massa fecal na região do intestino.

2) DOR ABDOMINAL

Definição conceitual: Termo que se refere à experiência sensorial desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termo de tal lesão com início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa na região do abdome. (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Definição operacional: Esta característica será avaliada por meio da palpação superficial na região abdominal na busca de dor. No caso em que o examinador realizar a busca pela característica, este deverá realizar a palpação superficial acompanhando o movimento inspiratório, associada à aplicação da escala de Dor no Recém – Nascido (NIPS-Brasil).

Essa característica será classificada como presente quando o neonato apresentar dor aguda evidenciada pela pontuação igual ou superior a quatro pela escala de NIPS-Brasil associada a realização da palpação abdominal.

3) AUSÊNCIA DE FLATOS

Definição conceitual: Termo que se refere à insuficiência na eliminação do produto composto por gases produzidos e eliminados pelo sistema digestivo. Os flatos são resultantes do processo de decomposição dos resíduos orgânicos dentro do intestino, realizado pela fermentação por bactérias da flora intestinal (FREITAS e TACLA, 2006).

Definição operacional: Esta característica será avaliada por meio dos métodos propedêuticos: inspeção, percussão e palpação. Estes métodos poderão evidenciar a distensão abdominal por acúmulo de ar ou gás no intestino. Entende-se que, nesse tipo de distensão abdominal haja uma ausência na eliminação de flatos.

Essa característica será classificada como presente quando o examinador identificar a distensão abdominal ocasionada por acúmulo de ar ou gás, onde a inspeção, percussão e palpação irão sinalizar os seguintes indicadores: abdome curvo, som timpânico sobre a grande área abdominal e espasmo e/ou tensão na musculatura da parede abdominal.

No caso em que o examinador evidenciar o abdome distendido pelo acúmulo de gás ou ar, este realizará a manobra de flexão de membros inferiores, aproximando-os do abdome. Acredita-se que, a realização da manobra possa favorecer a eliminação de flatos. Quando o examinador não evidenciar a eliminação de flatos por meio dessa manobra será considerada a característica presente, ou seja, a presença de ineficiência na eliminação de flatos contidos no intestino do recém-nascido.

Essa característica será classificada como não se aplica em recém-nascido com ausência de distensão abdominal e uso de dieta parenteral exclusiva.

4) ESVAZIAMENTO GÁSTRICO ACELERADO

Definição conceitual: Termo que se refere ao fenômeno mecânico de passagem do produto alimentar contido no estômago de forma rápida para a primeira porção do intestino denominada duodeno. Deve-se considerar como tempo médio esvaziamento gástrico rápido um período menor do que 60 minutos após de administração de alimentação (COLARES, 1996; DANI, 2006).

Essa característica não será avaliada devido à particularidade apresentada pela população neonatal, onde o procedimento para verificação de conteúdo gástrico após 60 minutos da administração da dieta não é uma prática rotineira dos serviços de saúde onde serão coletados os dados do referido estudo.

5) RESÍDUO GÁSTRICO COR DE BÍLIS

Definição conceitual: Termo que se refere ao volume observado no estômago de cor esverdeada, decorrido do produto da somatória do conteúdo estomacal e secreção produzida pela bÍlis. Este aspecto pode determinar a tolerância alimentar e a capacidade de ingeri-los. Costuma indicar uma lesão obstrutiva distal à ampola(GOMELLA,2012;CARROLI,2007).

Definição operacional: Esta característica será avaliada por meio da consulta aos registros de enfermagem contidas no prontuário e/ou por meio da observação direta do examinador. No caso em que o examinador estiver presente no momento em que o profissional estiver mensurando a aspiração do conteúdo gástrico, ou quando o recém – nascido estiver com sonda em aspiração.

A característica será classificada como presente quando o houver a evidência de aspirado gástrico de cor esverdeado.

6) MUDANÇAS DOS SONS INTESTINAIS

Definição conceitual: Termo que se refere a alterações nas características dos ruídos hidroaéreos intestinais. Os sons intestinais originam-se com a movimentação de ar e líquidos por meio do intestino delgado. Dependendo do intervalo decorrido após a última alimentação, pode ocorrer uma ampla variação dos ruídos normais.

Definição operacional: Esta característica deverá ser avaliada por meio da ausculta abdominal. O examinador pressionará o estetoscópio levemente durante cinco minutos na parede abdominal, em busca de ruídos caracterizados como gorgolejos irregulares, de timbre elevado, com frequência de 5 a 30 vezes/minuto, presentes igualmente nos quatro quadrantes. A ausculta deverá ser realizada no seguinte percurso abdominal: quadrante inferior direito na região ileocecal, quadrante superior direito, quadrante superior esquerdo e por fim quadrante inferior esquerdo (JARVIS, 2012; WEBER, 2007; SMELTZER; BARE, 2011).

Essa característica será classificada como presente quando o examinador não auscultar ruídos durante 3 a 5 minutos de execução da técnica (sons ausentes) e/ou quando auscultar cerca de 5 a 6 sons de alto timbre, agudos, céleres, com um som de tilintar que assinala um aumento da motilidade, no período de 30 segundos (sons hiperativos) e/ou quando auscultar 1 a 2 ruídos em 2 minutos de técnica(JARVIS,2012; SMELTZER; BARE, 2011).

7) DIARRÉIA

Definição conceitual: Termo que se refere à mudança no hábito intestinal resultante dos distúrbios envolvendo as funções digestivas, absorptivas e secretórias. Caracterizada pelo aumento do número de evacuações e/ou diminuição da consistência das fezes ocasionadas pela presença de água e eletrólitos. Não se deve conceituar a diarreia somente pela frequência de evacuação, mas sim pelas características das fezes como pastosa ou líquidas, podendo ainda conter muco, pus, sangue, resto alimentares mal digeridos, com teor de gordura (ORNELLAS, et al., 2006; BARBIERI, 1996; GRISI e ESCOBAR, 2007).

Definição operacional: Esta característica será avaliada por meio da consulta aos registros de enfermagem contidos no prontuário e/ou pela observação direta do examinador no ato de troca de fraldas associada ao relato do profissional.

A característica será classificada como presente quando o examinador evidenciar a mudança no padrão de evacuação do neonato indicada pelo aumento na frequência de evacuação e pela mudança na caracterização das fezes (líquidas ou sem conteúdos sólidos).

8) DIFICULDADE DE ELIMINAR FEZES

Definição conceitual: Termo que se refere ao esforço não fisiológico na eliminação do produto fecal por alteração do mecanismo de defecação (reflexo e ato evacuatório). O esforço para evacuar pode ser evidenciado por tensão da musculatura abdominal, flexão de membros, choro, face com coloração avermelhada, além de diminuição da frequência de evacuar (GOMELLA, 2012).

Definição operacional: Esta característica será avaliada pela observação direta do examinador durante o ato de evacuar. Quando o examinador não estiver presente, este buscará os registros de enfermagem contidos no prontuário ou relato profissional.

No caso em que o examinador estiver presente no ato de evacuar a característica será classificada como presente quando este evidenciar o esforço para evacuar por meio das seguintes características: flexão de membros, choro, face com coloração avermelhada associada a diminuição da frequência de evacuar.

No caso em que o examinador não estiver presente durante o ato de evacuar, a característica será considerada presente quando houver registro ou relato do profissional indicando que o recém-nascido apresentou as seguintes características durante o ato de evacuar: flexão de membros, choro, face com coloração avermelhada associada à diminuição da frequência de evacuar.

9) FEZES ENDURECIDAS

Definição conceitual: Termo que se refere ao resíduo sólido oriundo do processo digestivo e proveniente do intestino com formato curvo ou arredondado e firme (SMELTZER; BARE, 2011).

Definição operacional: Esta característica será avaliada por meio da consulta aos registros de enfermagem contidos em prontuário e/ou pela observação direta do examinador no ato de troca de fraldas, comparando as fezes do neonato com a escala de Bristol que classifica o conteúdo fecal em sete tipos (MARTINEZ E AZEVEDO, 2012).

A característica será classificada como presente quando o examinador evidenciar o conteúdo fecal com formato de pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (tipo 1), ou formato de linguiça encaroçada com pequenas bolinhas grudadas (tipo 2) ou formato de linguiça com rachaduras na superfície (tipo 3).

10) AUMENTO DE RESÍDUO GÁSTRICO

Definição conceitual: Termo que se refere ao volume observado no estômago após 60 minutos da administração de alimentos, tempo médio e fisiológico para o início do esvaziamento do estômago. Esse conteúdo pode ser decorrente do processo de digestão, saliva e enzimas digestivas. Considera-se resíduo gástrico aumentado o volume igual ou superior a 30% do total de dieta administrada anteriormente. Para os casos em que não haja administração previamente de dieta considera 10-15 mL em 12 horas (GOMELLA, 2012; STAPE, MARINO E DEUTSH, 2005).

Definição operacional: Esta característica será avaliada por meio da consulta aos registros de enfermagem contidos em prontuário e/ou por meio da observação direta do examinador. A característica deverá ser classificada como presente, quando houver registro do volume de aspirado gástrico for igual ou superior 30% do total de volume administrado anteriormente. E para os casos de não alimentação previamente, a característica será classificada como presente quando o registro do volume de aspirado gástrico apresentar acima de 10-15mL (GOMELLA, 2012; STAPE, MARINO E DEUTSH, 2005).

Essa característica será classificada como não se aplica em recém-nascido que estiverem com dieta enteral ou com ausência de sonda orogástrica ou nasogástrica.

11) NÁUSEA

Definição conceitual: Termo que se refere à sensação desagradável que pode ser procedida de vômito. Está associada à vontade de vomitar acompanhada de: palidez, rubor, taquicardia, impulso de vômito, salivação e transpiração (POMPEO, 2012).

Esta característica não será avaliada devido à particularidade apresentada pela população neonatal, que não apresenta comunicação verbal efetiva para referir sensação de náusea.

12) REGURGITAÇÃO

Definição conceitual: Termo que se refere ao retorno sem esforço de pequenos volumes de conteúdo gástrico para a cavidade oral do neonato, decorrente da diminuição da função ou imaturidade do esfíncter esofágico ocorrendo no período após a alimentação. Seu conteúdo é formado por alimentos que já foram emulsificados pelas enzimas digestivas, tendo em vista que o fenômeno de digestão se inicia após 3 minutos da presença de conteúdo alimentar no estômago (ROCHA et al.,2011).

Definição operacional: Esta característica será avaliada por meio de consulta aos registros de enfermagem contidas no prontuário ou da observação direta do examinador. Quando presente ao ato alimentar, o examinador observará o neonato após administração da alimentação por via oral, sonda nasogástrica ou sonda orogástrica. O examinador ainda consultará o prontuário do neonato para a identificação dos registros de enfermagem com descrição de episódios de regurgitação. A característica será classificada como presente quando o neonato apresentar retorno de pequenos volumes , sendo este caracterizado pelo volume menor do que 2 ml, de aspecto leitoso e claro, proveniente do estômago para cavidade oral, no período estimado nas últimas 24 horas.

13) VÔMITO

Definição conceitual: Termo que se refere à expulsão do conteúdo gastrointestinal alto resultante da contração do intestino e da musculatura da parede tóraco-abdominal. Difere-se da regurgitação, que é caracterizada pela passagem de conteúdo gástrico sem esforço para a boca. O reflexo do vômito é mediado pelo centro medular da êmese, por estímulos gastrointestinais(visceral aferente) e não gastrointestinais (zona de gatilho quimiorreceptor). O vômito poderá ainda ser deflagrado com variações de coloração e volume. Ele poderá ser denominado como hematêmese quando apresentar conteúdo de sangue. Ao apresentar sangue vivo pode ser indicativo de hemorragia e quando apresentar aspecto marrom assume característica do processo causado por enzimas digestivas (POMPEO, 2012).

Definição operacional: Esta característica será avaliada por meio da consulta os registros de enfermagem contidos no prontuário e/ou por meio da observação direta do examinador. A característica será classificada como presente quando o neonato apresentar episódios de ejeção do conteúdo das porções mais altas do tubo digestivo por meio da cavidade oral.

14) CÓLICA ABDOMINAL

Definição conceitual: Termo que se refere a um fenômeno e sensação dolorosa ocasionada pelo um espasmo da musculatura do intestino (MURAHOUSCHI, 2003).

Esta característica não será avaliada devido à particularidade apresentada pela população neonatal, que não apresenta comunicação verbal efetiva para referir sensação dolorosa.

REFERÊNCIAS DO PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO

BARIERI, D; KODA, Y.K.L. **Doenças gastroenterológicas em pediatria**. São Paulo. Editora: Atheneu,1996.

BRAUN, C.A.; CINDY M.A. **Fisiopatologia: alterações funcionais na saúde humana**. Porto Alegre: Artmed,2009.

DANI.R. **Gastroenterologia essencial**. 3ª edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan,2006.

FAGUNDES NETO.U; WEHBA,J;PENNA,F.J. **Gastroenterologia Pediátrica**. Rio de Janeiro. Editora: Medsi.1991.

GOMELLA, T.L Neonatologia: **tratamento, procedimentos, problemas no plantão, doenças e drogas**. Editora: Revinter. 6ª edição. Rio de Janeiro,2012.

GUYTON,A.C; HALL,J,E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro. Editora: Elsevier, 2011.

HERDMAN, T.H, KAMITSURU S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed;2015.

HOCKENBERRY M.J, WONG W.D.: **fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2011.

MACDONALD,M.G;SESHIA, M.M.K; MULLETT,M.D. **Fisiopatologia e tratamento do recém – nascido**. 6ª edição. Rio de Janeiro. 2007.

MARTINEZ, A.P; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Forn Scale para a população brasileira. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**. n.20, vol.3. maio-jun,2012.

POMPEO,D.A. **Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato**. Ribeirão Preto, 2012. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

APÊNDICE E- Instrumento de coleta de dados- ICD**1. DADOS SÓCIO-DEMOGRAFICOS**

- 1.1.Nome:_____
- 1.2 Data da avaliação: _____
- 1.3 Data de nascimento:_____
- 1.4 N° do prontuário: _____
- 1.5 Dias de vida: _____
- 1.6 Sexo () Masculino () Feminino
- 1.7 Diagnóstico médico: _____
- 1.8 Tempo de internação: _____
- 1.9 Unidade de internação_____

2. DADOS DO NASCIMENTO

- 2.1 Tipo de parto () normal () Cesário () Fórceps
- 2.2 Índice de Apgar: 1°_____/ 5°_____ IG:_____
- 2.3 Generalidade () sim () não
- 2.4 Peso ao nascer: _____g
- 2.5 Perímetro cefálico:_____cm
- 2.6 Perímetro torácico: _____cm
- 2.7 Estatura: _____cm
- 2.8 Precisou de reanimação pulmonar(no caso de rn que nasceu em apneia) ? 1 Sim 2 Não
()
- 2.9 Precisou de reanimado cardiopulmonar na SP? 1 Sim 2 Não ()
- (No caso de rn que utilizou massagem cardíaca, administração de fármacos, soro fisiológico, VPP, TOT)

3. DADOS CLÍNICOS

3.1 Tipo de alimentação 1 LHP 2 LF 3 LMO 4 LHP+ LF 5Dieta zero ()

3.2 .1 Forma de administração de dieta 0 Não se aplica 1VO 2 SNE 3 SOG 4 SNG
5GTM

3.2.2 0 Não se aplica 1 Gravitacional 2 Bólus 3 Bomba de infusão ()

3.4 Fármacos utilizados 1 sim 2 não ()

ANTIBIOTICO	
1 Acyclovir 2Amicacina 3 anfotericina 4ampicilina 5 azitromicina 6cefazolina 7 cefepime 8cefalozolina 9 ceftriaxona 10 clindamicina 11eritomicina 12fluconazol 13 ganciclovir 14 gentamicina 15 meropenen 16 metronidazol 17 oxacilina 18 penicilina 19 tazocin 20 piperaciclina 21 rifamicina 22 clavanulato 23to bramycina 24 vancomicina 25zidovudine	
DROGAS CARDIOVASCULARES	
1aloprostadil 2amiodarona 3 atropina 4 captopril 5 digoxina 6 dobutamina 7 dopamina 8 enalapril 9 epinefrina 10adrenalina 11 heparina 12 hifralazina 13 ibuprofeno 14 indometacina 15 milriona 16 propanolol 17sildenafil	
DROGAS DO SNC	
1 fentanil 2 flumazil 3 lidocaina 4 lorazepam 5 midazolan 6 morfina 7 naxolona 8pancurônico 9fenobarbital	
DIURETICOS	
1hidroclorotiazina 2 furosemida 3 espirolactona	
DROGAS GI	
1lanzoprazol 2 metroclopamida 3 omeprazol 4ranitidina 5 domperidona	
DROGAS RESPIRATÓRIAS	
1 aminofilina 2 cafeína 3 dexametasona 4 surfactante (curosurf) 5 oxidonitrico	

3.5

outros _____

3.6 Apresenta/ apresentou doenças relacionadas ao TGI? 1 Sim 2 Não ()

3.7 1 Enterocolite 2 Gastrosquise 3 Onfalocele 4 Intolerância alimentar

5 Hérnia diafragmática 6 Obstrução Intestinal 7 Ânus imperfurado 8 Megacolon

9 Atresia esofágica 10 Refluxo gastroesofagico 11 Perfuração intestinal

12 Síndrome do intestino curto 13 outros _____

AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

AVALIAÇÃO: resíduo gástrico e resíduo gástrico esverdeado

4.1 Presença de RG: 1 Sim 2 Não ()

4.1.2. Característica do RG 1 esverdeado 2 leitoso 3 claro 3 grumos ()

4.1.3 Volume observado _____ml (6 horas)

4.1.3 Volume observado _____ml (12 horas)

AVALIAÇÃO VÔMITOS

5. Apresenta vômito 1 Sim 2 Não ()

5.1 características 1 mecônio 2 sangue vivo 3 sangue emulsificado 4 bilioso ()

AVALIAÇÃO DE REGURGITAÇÃO

6. Regurgitação 1 Sim 2 Não ()

6.1 Frequência de regurgitação _____ (dia)

1 uma vez 2 duas vezes 3 três vezes 4 quatro vezes 5 mais de cinco vezes ()

AVALIAÇÃO ABDOMINAL: mudanças de sons abdominais, distensão abdominal e dor abdominal.

7. Caracterização dos ruídos intestinais

Ponto de ausculta	Tipo de som			
	AUSENTE	HIPOATIVO	HIPERATIVO	NORMAL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

8 Distensão abdominal: 1 Sim 2 Não ()

8.1 Abdome 1 curvo 2 arredondado ()

8.2 Sons abdominais 1 timpânicos 2 Maciços 3 ausentes ()

9. Dor abdominal 1 Sim 2 Não ()

Evidência de escala: _____

AVALIAÇÃO DAS ELIMINAÇÕES: diarreia, fezes endurecidas, dificuldade de eliminar fezes e fezes ressecadas.

10. nº de evacuações _____ (últimas 12 horas)

10.1 Características da forma das fezes ()

1 tipo 1

2 tipo 2

3 tipo 3

4 tipo 4

5 tipo 5

6 tipo 6

7 tipo 7

8 NA



10.2 coloração das fezes 1 amarelada 2 esverdeada 3 marrom 4 preta 5 acólicas (descoradas)

10.3 Sente dor ao evacuar? 1 Sim 2 Não ()

Se sim, quais características apresentadas: ()

Caso não haja descrição de algumas dessas características, aplica-se NA

10.3.1 tensão musculatura 1 Sim 2 Não

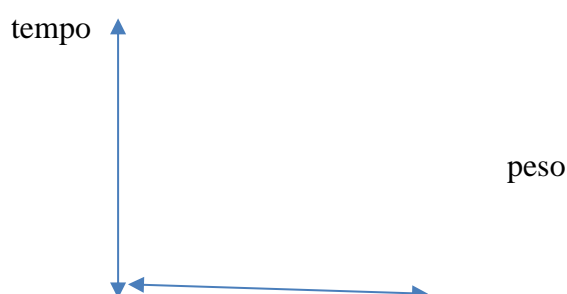
10.3.2 flexão de membros 1 Sim 2 Não

10.3.3 choro 1 Sim 2 Não

10.3.4 face com coloração avermelhada 1 Sim 2 Não

10.3.5 diminuição da frequência de evacuar 1 Sim 2 Não

11. Avaliação do peso



ANEXOS





ANEXO A- Escala De Dor em Recém – Nascido (NIPS- Brasil)

Escala de Dor no Recém-Nascido (NIPS - Brasil)
<p>Expressão facial</p> <p>0 = Músculos relaxados – Face descansada, expressão neutra</p> <p>1 = Careta – Músculos faciais contraídos; testa, queixo e maxilar franzidos (expressões faciais – do nariz, da boca e da testa)</p>
<p>Choro</p> <p>0 = Sem choro – Tranquilo, não está chorando</p> <p>1 = Choro fraco – Gemido fraco, intermitente</p> <p>2 = Choro vigoroso – Choro alto, crescente, estridente, contínuo</p> <p>(Observação: Se o bebê estiver entubado, o choro silencioso é considerado quando evidenciado por movimentos óbvios da boca e da face)</p>
<p>Padrão Respiratório</p> <p>0 = Relaxado – Padrão usual para este bebê</p> <p>1 = Alteração da respiração – Retrações, irregular, mais rápida do que o usual, engasgo, pausa respiratória</p>
<p>Braços</p> <p>0 = Relaxados/Contidos – Sem rigidez muscular, movimentos ocasionais dos braços</p> <p>1 = Flexionados/Estendidos – Braços tensos, esticados, rígidos e/ou rápida extensão e flexão</p>
<p>Pernas</p> <p>0 = Relaxadas/Contidas – Sem rigidez muscular, movimentos ocasionais das pernas</p> <p>1 = Flexionadas/Estendidas – Pernas tensas, esticadas, rígidas e/ou rápida extensão e flexão</p>
<p>Estado de consciência</p> <p>0 = Dormindo/Acordado – Tranquilo, quieto, dormindo ou alerta e calmo</p> <p>1 = Agitado – Alerta, inquieto e se debatendo</p>
<p>A pontuação total varia de 0 a 7. Uma pontuação superior a 3 indica dor (dor: ≥ 4 pontos)</p>

Fonte: Motta, 2013.

ANEXO B- Bristol Stool Form Scale- Escala de Bristol

Escala de Bristol de Consistência de Fezes

<i>Tipo 1</i>		Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair).
<i>Tipo 2</i>		Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
<i>Tipo 3</i>		Formato de linguiça com rachaduras na superfície.
<i>Tipo 4</i>		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
<i>Tipo 5</i>		Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
<i>Tipo 6</i>		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
<i>Tipo 7</i>		Totalmente líquida, sem pedaços sólidos.

Testado e validado com a gente! permission da empresa Nogueira Ltda

Fonte: Martinez e Azevedo,2012.

ANEXO C- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROFESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL EM RECIEM-NASCIDOS

Pesquisador: LARISSA GABRIELLE DIAS VIEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49985515.4.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.292.620

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, que visa analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em um grupo de recém-nascidos hospitalizados em unidades de cuidados neonatais. O estudo será realizado em duas unidades hospitalares, caracterizadas por assistência, ensino e pesquisa. A amostra do estudo será constituída por 330 recém-nascidos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a acurácia dos indicadores clínicos de Motilidade gastrointestinal disfuncional em um grupo de recém-nascidos hospitalizados em unidades de cuidados neonatais.

Objetivos Secundários:

- Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em recém-nascidos;
- Determinar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico Motilidade gastrointestinal disfuncional;

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3323-2903

E-mail: comape@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.292.620

- Verificar a associação entre os indicadores clínicos e idade gestacional;
- Verificar diferenças nas medidas de acurácia dos indicadores clínicos relacionados às doenças manifestadas pelos recém-nascidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos:

De acordo com os pesquisadores, durante a avaliação, a criança pode sentir um desconforto ao ser tocada, podendo apresentar choro ou irritabilidade.

- Benefícios:

Segundo os autores, como benefício a pesquisa irá contribuir para que o enfermeiro possa identificar problemas relacionados ao trato gastrointestinal de recém-nascidos, permitindo assim que os problemas de saúde desses pacientes sejam tratados de forma mais específica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo pertinente, considerando os cuidados em saúde necessários aos recém-nascidos com Motilidade gastrointestinal disfuncional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543643.pdf	09/10/2015 16:02:07		Aceito
Outros	termodefidedepositarlo.pdf	09/10/2015 16:01:25	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	cartadeanuenciainhc.pdf	09/10/2015 16:00:18	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	cartadeanuenciameac.pdf	09/10/2015 15:59:14	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-6344

Fax: (85)3323-2903

E-mail: comape@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ**



Continuação do Parecer: 1.292.000

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado.pdf	09/10/2015 15:57:29	LARISSA GABRIELLE DIAS VIEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/10/2015 11:51:13	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de consentimento livre e esclarecido .pdf	06/10/2015 11:49:55	LARISSA GABRIELLE DIAS VIEIRA	Aceito
Outros	autorizacao chefe de servico hias.pdf	06/10/2015 11:42:06	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	termo de compromisso do pesquisador hias .pdf	06/10/2015 11:40:30	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	carta de pre-avenciado hias.pdf	06/10/2015 11:37:40	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	Carta de encaminhamento ao comite orient ador pesquisador.pdf	24/08/2015 18:16:57	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	24/08/2015 18:14:25	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	Termo de Ciência Unidade Neonatal/MEAC .pdf	24/08/2015 18:12:35	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo de concordancia orientador.pdf	24/08/2015 18:00:58	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	24/08/2015 17:53:59	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 22 de Outubro de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-6344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comape@ufc.br

ANEXO D- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL EM RECÉM-NASCIDOS

Pesquisador: LARISSA GABRIELLE DIAS VIEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49985515.4.3002.5050

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.311.771

Apresentação do Projeto:

ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL EM RECÉM-NASCIDO. Projeto submetido ao Curso de PósGraduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional, com delineamento transversal, exploratório e descritivo.

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem como objetivo analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em um grupo de recém-nascidos hospitalizados em uma unidade de cuidados neonatais.

Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em recém-nascidos.

Determinar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico da Motilidade gastrointestinal disfuncional.

Verificar a associação entre os indicadores clínicos e Idade gestacional.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: PORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meioventura@uec.com.br

**MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC**



Continuação do Parecer: 1.311.771

Verificar diferenças nas medidas de acurácia dos indicadores clínicos relacionados às doenças manifestadas pelos recém-nascidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não consideramos haver riscos que mereçam observação e certamente será de grande utilidade para a prática da enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consideramos um estudo importante, relevante e que trará conhecimento organizado para elaboração diagnóstica de enfermagem, possibilitando melhorar atendimento aos recém-nascidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados ao proposto no estudo, segundo normas vigentes.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluímos pela aprovação do projeto

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543649.pdf	09/10/2015 16:02:07		Aceito
Outros	termodeffidepositario.pdf	09/10/2015 16:01:25	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	cartadeanuenciabc.pdf	09/10/2015 16:00:18	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	cartadeanuenciameac.pdf	09/10/2015 15:59:14	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado.pdf	09/10/2015 15:57:29	LARISSA GABRIELLE DIAS VIEIRA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543649.pdf	06/10/2015 12:21:43		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/10/2015 11:51:13	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Termodeconsentimento/ivreesclarecido .pdf	06/10/2015 11:49:55	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: PORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 1.311.771

Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentolivreeesclarecido.pdf	05/10/2015 11:49:55	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	autorizacaochefedeservicoilhas.pdf	05/10/2015 11:42:06	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	termodecompromissodopesquisadorilhas.pdf	05/10/2015 11:40:30	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	cartadepreanuenciadoilhas.pdf	05/10/2015 11:37:40	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543649.pdf	08/09/2015 09:39:46		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543649.pdf	24/08/2015 18:29:04		Aceito
Outros	Cartadeencaminhamentoaocomiteorient adorepesquisador.pdf	24/08/2015 18:16:57	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	24/08/2015 18:14:25	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	TermodeCienciaUnidadeNeonatalMEAC. .pdf	24/08/2015 18:12:36	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodeconcordanciaorientador.pdf	24/08/2015 18:00:58	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosito.pdf	24/08/2015 17:53:59	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 05 de Novembro de 2015

Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3360-8500 Fax: (85)3360-8520 E-mail: meloventura@ufc.br

ANEXO E- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HIAS.

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 1.587.882

grupo de recém-nascidos hospitalizados em unidades de cuidados neonatais.

Objetivo Secundário:

• Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional em recém-nascidos. • Determinar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico Motilidade gastrointestinal disfuncional. • Verificar a associação entre os indicadores clínicos e idade gestacional. • Verificar diferenças nas medidas de acurácia dos indicadores clínicos relacionados às doenças manifestadas pelos recém-nascidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante essa avaliação a criança pode sentir um desconforto a ser tocado, poderá apresentar choro ou irritabilidade.

Benefícios:

Como benefício a pesquisa irá contribuir para que o enfermeiro possa identificar problemas relacionados ao trato gastrointestinal de recém – nascidos, permitindo assim que, os problemas de saúde desses pacientes sejam tratados de uma forma mais específica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Motilidade gastrointestinal disfuncional. A acurácia de indicadores clínicos constitui a medida aproximada do verdadeiro valor da variável, sendo observada pelas inferências desses fenômenos na amostra. Na enfermagem, a acurácia de um indicador clínico apresenta a sua capacidade em discriminar entre estados alternativos de saúde, ou seja, de diferenciar corretamente indivíduos com e sem um diagnóstico de enfermagem. Este estudo poderá contribuir para que enfermeiros possam realizar o diagnóstico de Motilidade gastrointestinal disfuncional em recém – nascidos, de forma acurada, direcionando assim intervenções eficazes e subjetivas para cada paciente. Ademais, o referido estudo poderá ainda reforçar a importância do julgamento clínico do enfermeiro, na prática assistencial junto ao recém-nascido, na perspectiva de ampliar a qualidade da sistematização da assistência na área neonatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Este projeto de pesquisa apresenta uma introdução bem fundamentada e objetivos compatíveis com a realização da mesma. A metodologia está delimitada de acordo com o que se propõe realizar. Apresenta também TCLE, autorização dos chefes de serviços, orçamento e cronograma.

Endereço: Rua Tertuliano Salas, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cap@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 1.367.862

Recomendações:

Não existe mais recomendações, pois a pesquisadora apresentou o TCLE corrigido e Cronograma atualizado, os quais não puderam ser anexado na Plataforma Brasil por falta de opção. No entanto, os mesmos encontram-se arquivados no CEP HIAS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações sugeridas por este CEP foram atendidas pelo pesquisador responsável.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa encontra-se aprovado por este CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543649.pdf	09/10/2015 16:02:07		Aceito
Outros	termodefeidepositario.pdf	09/10/2015 16:01:25	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	cartadeanuenciahlc.pdf	09/10/2015 16:00:18	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	cartadeanuenciameac.pdf	09/10/2015 15:59:14	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado.pdf	09/10/2015 15:57:29	LARISSA GABRIELLE DIAS VIEIRA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543649.pdf	09/10/2015 12:21:43		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/10/2015 11:51:13	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentolivre esclarecido .pdf	09/10/2015 11:49:55	LARISSA GABRIELLE DIAS VIEIRA	Aceito
Outros	autorizacaoche fedeservico hias.pdf	09/10/2015 11:42:05	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	termodecompromissodopesquisadorhias .pdf	09/10/2015 11:40:30	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	cartadepresnuenciadohias.pdf	09/10/2015 11:37:40	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543649.pdf	08/09/2015 09:39:46		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543649.pdf	24/08/2015 18:29:04		Aceito

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 1.367.882

Outros	Cartadeencaminhamentoaocomiteorientadorpesquisador.pdf	24/08/2015 18:16:57	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	24/08/2015 18:14:25	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Outros	TermodeCienciaUnidadeNeonatalMEAC.pdf	24/08/2015 18:12:36	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodeconcordanciaorientador.pdf	24/08/2015 18:00:58	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/08/2015 17:53:59	LARISSA GABRIELLE DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 15 de Dezembro de 2015

Assinado por:

Regina Lúcia Ribeiro Moreno
(Coordenador)

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-760

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hisa.ce.gov.br