



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CADA DIA UM NOVO DIA: UM DESAFIO NA BUSCA DA ADAPTAÇÃO DO
RECÉM-NASCIDO PORTADOR DE MALFORMAÇÃO E SUA FAMÍLIA**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0266

Autor: Minuzzi, Ana Paula

Título: Cada dia um novo dia : um desafio



972492433

Ac. 241440

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0266

Ex.1

ANA PAULA MINUZZI
ARACELLI GHEDIN DIAS

Florianópolis, dezembro de 2004.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CADA DIA UM NOVO DIA: UM DESAFIO NA BUSCA DA ADAPTAÇÃO DO
RECÉM-NASCIDO PORTADOR DE MALFORMAÇÃO E SUA FAMÍLIA**

Relatório de Prática Assistencial apresentado à
disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada
do Curso de Graduação em Enfermagem

ORIENTADORA:

Enf.^a Prof.^a Maria Emilia de Oliveira

SUPERVISORAS:

Enf.^a Joseila Cristina Franzon

Enf.^a Beatriz Inês Reckziegel

3º MEMBRO DE BANCA:

Enf.^a Prof.^a Ana Izabel Jatobá de Souza

Florianópolis, dezembro de 2004.



"DE TUDO, FICARAM TRÊS COISAS:

*A certeza de que estamos sempre começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que seremos interrompidos
antes de terminar...*

PORTANTO DEVEMOS:

*fazer da interrupção um caminho novo...
da queda um passo de dança...
do medo, uma escada...
do sonho, uma ponte...
da procura... um encontro"*

(Fernando Sabino)

Agradecimentos

Hoje sentimos que mais uma etapa de nossas vidas está sendo concluída. Sabemos que não foi por acaso que obtivemos esta vitória. Queríamos, portanto, deixar aqui o nosso sincero reconhecimento a todos que contribuíram de alguma forma no alcance deste sonho.

A Deus

“Nos momentos de incerteza, pedi que me mostrasse o caminho, que me guiasse na direção certa. Hoje entendi que se Tu permitisses que passássemos por nossas vidas sem quaisquer obstáculos nunca iríamos ser tão fortes como poderíamos ter sido. Muito obrigada por iluminar mais esta caminhada.”

Aos Recém-Nascidos e suas Famílias

Aos nossos pequenos anjos e suas famílias por permitirem que compartilhássemos esta vivência, possibilitando a efetivação deste trabalho, e nos tornando pessoas melhores e profissionais mais realizados.

A Prof.ª Mila

Querida Mila! Hoje queremos dizer o nosso muito obrigado por ter aceitado este desafio, e acima de tudo por ter lutado conosco na realização deste sonho. Obrigada por ter nos conduzido e dedicado seu tempo e sabedoria para que esta vivência fosse para nós um aprendizado de vida. Estamos certas de que seu incentivo e sua amizade foram fundamentais nesta jornada.

As Supervisoras

As supervisoras Jô e Bia, muito obrigada pelo acolhimento, disponibilidade, carinho e, sobretudo pela amizade que cultivamos.

A Prof.ª Ana Izabel

Que sempre nos recebeu com muita alegria, carinho e dedicação. Temos a certeza de que seu apoio e incentivo muito contribuíram na elaboração deste trabalho.

Aos Colegas de Turma

*Chegaria mesmo um dia em que seria preciso acabar. Em que cada um seguiria seu caminho. E estava que, neste dia, a separação nos faria sorrir e chorar. Os momentos compartilhados jamais serão esquecidos! Fica aqui, a promessa de reencontro. Fica o desejo de boa sorte. E a saudade de viver tudo isso de novo – Juntos.
Valeu por tudo!!*

As nossas amigas Elu e Ká...

Foram quatro anos, não alguns minutos. Uma parte de nossas vidas... talvez a melhor... Juntas nos momentos de alegria e de tristeza, de desafios e de conquistas... Juntas lutamos, juntas choramos, sorrimos. Fomos amigas, somos amigas, verdadeiras amigas. E por mais que cada uma trilhe um caminho diferente, temos a certeza que a nossa amizade será eterna!

Aracelli agradece...

Aos Meus Pais

Por estar sempre ao meu lado em minhas decisões, sendo com palavras de incentivo ou demonstração de carinho. Por estar sempre presentes e me acompanhando, mesmo à distância. Por muitas vezes em que abriram mão de seus sonhos a favor dos meus. Por aceitar a minha ausência e torcer pelo meu sucesso.

Sei que sem o empenho de vocês esta conquista não seria possível.

Obrigada simplesmente por existirem em minha vida!

Amo muito vocês!!

As Minhas Irmãs Aline, Alice e Anielle.

Pela ajuda que me deram em coisas que pareciam ser pequenas, mas no momento em que precisava eram importantes para mim. Obrigada por vocês fazerem parte de minha vida! Amo vocês!

Ao Meu Namorado Zé

Que soube compreender todo os momentos de minha ausência. Pelos momentos de carinho, ajuda e dedicação. Por ser exemplo constante de alegria, determinação e amizade. Por me fazer sorrir nos momentos de tristeza. Por fazer enxergar os erros. Por me fazer acreditar nos sonhos e por tornar meus dias, momentos intensos de felicidades.

É muito bom saber que nos momentos que mais precisei você esta ali, ao meu lado.

Obrigada por todo seu amor. Você é muito importante pra mim!. Te amo!

A Prof.^a Flávia.

Por compreender as minhas ausências. Por ter sido mais que uma professora, uma grande amiga. Sei que sem o seu apoio se tornaria mais difícil a concretização deste trabalho. Te admiro muito!

As minhas amigas Flávia, Helô, Mi e Lara.

Obrigada por cada dia, cada momento...momentos de alegrias...momentos de tristeza. Sei que sem a amizade de vocês essa caminhada seria mais difícil. Vocês moram no meu coração!

A minha amiga Dê

Sei que não nos vimos todos dias, nem todos os meses. Desculpe pela minha ausência... por não poder chorar contigo... por não poder sorrir contigo. Muitos foram os momentos em que não pudemos estar presente uma com a outra. Mas os momentos em que passamos juntas, são momentos que farão com que estejamos presentes uma para a outra, na memória e no coração. Obrigada por me fazer acreditar que os obstáculos da vida são pequenos diante de uma verdadeira amizade. Te adoro!

A Aninha

Por aceitar comigo este desafio no qual ultrapassamos muitos obstáculos. Obrigada pelo apoio, aprendizado, paciência, atenção e amizade. Por dividir comigo, nesses quatro anos, momentos de tristeza, desabafos e de bom humor. Obrigada amiga. Você é muito especial!

Ana agradece...

Aos meus Pais

Por todo o amor, toda compreensão e todo carinho. Obrigada pelas renúncias em meu favor e pelas preces para que eu sempre acertasse na escolha do meu caminho em busca da felicidade. Obrigada por toda dedicação, pelo exemplo de honestidade e por me ensinarem a levar a vida com muito amor! Vocês são meu porto seguro. Dedico a Vocês esta conquista, com a mais profunda admiração e gratidão. Valeu a pena tanta saudade!

Amo vocês! E mais uma vez, Muito Obrigada por tudo!

As minhas irmãs Jane e Jô...

Sei que esta vitória não é só minha... Foi um objetivo atingido, um sonho compartilhado... Que sem o apoio e o incentivo de vocês, talvez não seria possível! Obrigada por fazerem parte da minha vida! Amo vocês...

Ao meu namorado Kleber

Por todos os momentos especiais! Por fazer a diferença na minha vida! Por ter sido um pedacinho da minha família enquanto estive longe de casa... e simplesmente por me fazer muito feliz!! Mesmo que longe, você está sempre comigo!

Aos Amigos daqui...

Fica difícil nestas horas, expressar o que realmente quero dizer e o quanto quero dizer... Mas de uma forma bem simples quero que saibam o quanto vocês foram importantes para mim nestes quatro anos! Os momentos que juntos passamos, estarão sempre em minhas melhores lembranças! Ficarão muitas saudades! Obrigada por tudo.

As Amigas de República Lê, Marta, Nádia e Karlinha

Não poderia deixar de lembrar de vocês, que estiveram sempre presentes quando eu mais precisei! Vocês foram a minha família! Obrigada por todos os momentos inesquecíveis! Sentirei muito a falta de vocês!

As Amigas Lê, Si, Pri e Ké

Aonde quer que vocês estejam, quero agradecer pelo carinho e pela amizade de sempre! E ainda que seja apenas na saudade, nós sempre nos encontraremos! Amo vocês...

A minha sobrinha Isa

Por ser tão especial pra mim e me trazer tantas alegrias com seu jeitinho de criança. Por me provar que Deus pode tudo. Hoje você é pequena demais para entender, mas um dia compreenderá o quanto eu amo você.

E finalmente a minha grande amiga Ara

Por dividir comigo todas as dificuldades e alegrias deste TCC. E acima de tudo, por estes quatro anos de amizade, compartilhando comigo momentos especiais que jamais serão esquecidos. Valeu por tudo Ara!

RESUMO

Trata-se do relato de prática assistencial desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Berçário, do Hospital Infantil Joana de Gusmão em Florianópolis – SC. O presente estudo foi desenvolvido no período de 30 de agosto a 30 de outubro de 2004, tendo como objetivo principal prestar assistência de enfermagem a recém-nascidos portadores de malformação congênita e suas famílias, a partir da teoria de adaptação de Sister Callista Roy. A utilização da Teoria permitiu detectar os estímulos causadores de estresse, bem como, avaliar as respostas adaptativas e não adaptativas dos recém-nascidos e famílias diante das várias situações vivenciadas. Pudemos, no decorrer da prática, evidenciar situações de raiva, negação, negociação, depressão, afastamento, culpa e aceitação. Em todos os momentos procuramos ouvir o dito e o não dito dos recém-nascidos e familiares, proporcionando uma assistência voltada para suas necessidades. A vivência nos mostrou que o recém-nascido malformado e suas famílias são seres especiais, guerreiros, capazes de adaptar-se às situações mais inesperadas e dolorosas, e que a atuação dos profissionais de saúde podem favorecer ou prejudicar a adaptação dos mesmos. Enfim, podemos afirmar que prestar assistência a estes seres especiais e suas famílias nos impulsionou em busca de novas possibilidades e novas formas de encarar cada dia como um novo dia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO GERAL	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. SUPORTE TEÓRICO	17
3.1. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1.1. <i>Enfermagem em Neonatologia - UTI Neonatal</i>	17
3.1.2. <i>Assistência de Enfermagem em Cuidados Intensivos Neonatais</i>	21
3.1.3. <i>Adaptação do Neonato</i>	23
3.1.4. <i>Recém-nascido de Alto Risco</i>	23
3.1.5. <i>Apoio à família e promoção do vínculo entre pais e filhos</i>	24
3.1.6. <i>Assistência Pré-Natal</i>	24
3.1.7. <i>Exames Clínico e Obstétrico</i>	25
3.1.8. <i>Diagnóstico Pré-Natal</i>	25
3.1.9. <i>Malformações Congênicas</i>	26
3.1.10. <i>Fatores Pré-Natais x Anomalias Congênicas</i>	31
3.1.11. <i>Mielomeningocele</i>	32
3.1.12. <i>Hidrocefalia</i>	38
3.1.13. <i>Gastrosquise</i>	43
3.1.14. <i>Hérnia Diafragmática</i>	47
3.1.15. <i>Atresia de Esôfago</i>	50
3.1.16. <i>Síndrome de Edwards - (Trissomia do 18)</i>	56
3.1.17. <i>Assistência às Famílias de Recém-Nascidos Malformados</i>	58
3.1.18. <i>Malformações no Nascimento e o Vínculo</i>	61
3.1.19. <i>Reações das Famílias à Morte na Infância: O Processo de Luto</i>	64
3.1.20. <i>Anomalias Congênicas e Ética Médica</i>	67
3.2. A TEÓRICA	68
3.3. A TEORIA	69
4. MARCO CONCEITUAL	72
4.1. PRESSUPOSTOS DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY:.....	72
4.2. PRESSUPOSTOS PESSOAIS	73
4.3. CONCEITOS	73

4.3.1 <i>Enfermagem</i>	73
4.3.2 <i>Ser Humano</i>	74
4.3.3 <i>Saúde/Doença</i>	75
4.3.4 <i>Ambiente</i>	75
4.3.5 <i>Adaptação</i>	76
5. METODOLOGIA	78
5.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PRÁTICA	78
5.2 POPULAÇÃO ALVO	80
5.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	80
5.4 PLANO DE AÇÃO	82
6. ASPECTOS ÉTICOS	87
7. DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	90
8. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PROPOSTAS	175
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	180
10. REFERÊNCIAS	183
APÊNDICES	186
ANEXOS	214

INTRODUÇÃO

“Eu desejo que o seu Anjo da Guarda esteja sempre ao seu lado esquerdo, te ajudando a superar todos os seus problemas!

Eu desejo que o seu Anjo da Guarda esteja sempre ao seu lado direito, para te mostrar o quanto você é importante, e a sua vida é valiosa!

Eu desejo que o seu Anjo da Guarda esteja sempre à sua frente, para te iluminar e te livrar de todos os perigos!

Eu desejo que o seu Anjo da Guarda esteja sempre atrás de você, para acalmar os teus passos.

Eu desejo que o seu Anjo da Guarda seja para você, não apenas aquele apoio, ou aquela força necessária, que ele não seja apenas o teu equilíbrio, ou a sombra que te guarda e te protege.

Mas que ele seja, além de tudo, a escada que te conduzirá a VITÓRIA”

(Lisiê Silva)



1. INTRODUÇÃO

A busca de uma temática específica para vivenciar uma prática assistencial que culminou na elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem foi uma das preocupações que se evidenciou principalmente nos últimos semestres do curso.

Desta forma, foi durante o estágio curricular de Enfermagem Obstétrica na 7ª unidade curricular, que despertamos nosso interesse para a área neonatal.

Na visita realizada à Unidade de Internação Neonatal (UIN) do Hospital Universitário (HU), nos sentimos comovidas e encantadas com aqueles bebês tão frágeis e tão necessitados de atenção, carinho e aconchego. Um forte sentimento de proximidade com a área nos invadiu, e então, decidimos que queríamos, no nosso trabalho de conclusão, prestar assistência aos recém-nascidos internados em UIN e suas famílias.

Sentindo a necessidade de ampliar nossa vivência e nossos conhecimentos a respeito da temática e do ambiente neonatal, optamos pela realização de um estágio extracurricular na UIN do HU - UFSC, que se deu no período matutino de 12 a 30 de julho de 2004, totalizando 72 horas. Durante o estágio, tivemos a oportunidade de realizar cuidados de enfermagem ao recém-nascido (RN) e sua família numa perspectiva humanizada, além de oferecer suporte emocional à família e promover interação com o RN.

O contato com os recém-nascidos (RNs) internados na UIN e suas famílias, nos fez vivenciar uma realidade desconhecida, diferente de tudo que havíamos visto até então. Passamos a conhecer melhor as necessidades dos recém-nascidos em relação à adaptação ao novo mundo, haja vista que a maioria deles, nascem antes do tempo previsto ou com intercorrências clínicas. Em relação aos familiares, sentimos que o nascimento de um bebê pré-termo ou com intercorrências, leva a uma série de sentimentos contraditórios e conflitantes, dificultando muitas vezes a interação e adaptação entre pais e recém-nascidos.

Neste mundo mítico e desconhecido da Unidade de Internação Neonatal (UTIN), optamos em trabalhar com recém-nascidos portadores de malformações congênitas e suas famílias, tendo em vista a realidade de saúde vivenciada por ambos, no sentido de promover uma assistência humanizada, favorecendo a adaptação destes.

O nascimento, por si só, gera expectativas e necessidades de mudanças. O nascimento de um bebê com malformação manifesta uma situação de tensão na família. As expectativas

sonhadas ao longo da gestação são desfeitas ao reconhecer que o bebê real possui características diferentes do bebê imaginado, pois nem sempre estas anormalidades são diagnosticadas no período do pré-natal. Além disto, a transição da vida intra para extra-uterina expõe o RN a um ambiente atípico e ao qual ele precisa buscar adaptação, em especial na presença de malformações.

Muitas vezes os recém-nascidos apresentam sinais de estresse que provavelmente estão relacionados a má adaptação ao ambiente da UTIN e as hiperestimulações sensoriais as quais o bebê é submetido, bem como, todas as intervenções consideradas necessárias para a manutenção da vida e restabelecimento de sua saúde.

Tornam-se fundamentais neste momento as estratégias de enfrentamento e adaptação, a partir da reflexão de valores culturais, orientações e apoio emocional para lidar com o recém-nascido malformado, bem como, uma reestruturação da família como um todo.

Neste sentido, a utilização de uma teoria que favorecesse a adaptação do ser humano mostrou-se essencial. Por esta razão, optamos pela Teoria de Sister Callista Roy, pois esta facilita compreender a situação em que se encontra o recém-nascido malformado e sua família frente à internação hospitalar e as necessidades apresentadas por estes, sem limitar a assistência aos aspectos técnicos relacionados a patologia. Acreditamos que ao prestar uma assistência de enfermagem adequada ao neonato com malformação e sua família, favorecemos a adaptação e o fortalecimento biopsicossocial dos mesmos e conseqüentemente o alcance de nossos objetivos.

Para desenvolver a prática assistencial, buscamos o campo de estágio da UTIN do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), que julgamos ser um ambiente rico para ampliar nossos conhecimentos e atingir nossos objetivos, pois este hospital é referência no Estado para recém-nascidos com estes agravos. No entanto ao visitarmos tal instituição, sentimos a necessidade de ir além, tendo em vista a pequena quantidade de leitos no ambiente da UTIN. Surgiu-nos então a possibilidade de estendermos nosso projeto de prática assistencial ao Berçário do HIJG, unidade de cuidados intermediários, na qual os RNs em geral, são encaminhados após alta da UTIN, visando assim, um acompanhamento mais aprofundado dos RNs portadores de malformação congênita.

Esta prática assistencial de enfermagem justificou-se pela sua relevância científica, por estar baseada em uma teoria reconhecida e conceituada no âmbito científico da enfermagem; pela nossa afinidade com o neonato; pelo desejo de ajudar o RN/família na adaptação frente a

malformação congênita; pela aceitação do desafio e do desejo de atuar numa área tão especial e tão pouco vista no período da graduação; enfim, pela busca de conhecimento teórico-prático e do aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Acreditamos que estes pequeninos e suas famílias, não passam por estas situações por acaso, talvez lhes tenha sido permitido vivenciá-la, talvez lhes tenha sido dado a chance de provar que são maiores e mais fortes do que julgam ser, e nós como profissionais da saúde, devemos oferecer a eles (RN/família) todo o amor, toda compreensão e todo o apoio para se adaptarem a nova situação e obterem sucesso. Não foi um trabalho fácil, mas certamente muito gratificante.

OBJETIVOS

*“Não há razão para termos medo das sombras.
Apenas indicam que em
algum lugar próximo
Brilha a luz.”
(Ruth Renkel)*



2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Prestar Assistência de Enfermagem Humanizada ao RN com Malformação Congênita e a sua Família baseados na Teoria de Adaptação de Sister Callista Roy.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer o funcionamento e a organização da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe multidisciplinar.
- Promover a integração da equipe de enfermagem da UTIN e do berçário à proposta da prática assistencial das acadêmicas.
- Realizar um levantamento das malformações congênitas de maior ocorrência na UTIN do HIJG e no berçário, no período do estágio, ampliando e atualizando nossos conhecimentos a respeito das malformações mais frequentes.
- Desenvolver processo de enfermagem com o RN e sua família com base na metodologia assistencial proposta por Roy.
- Realizar técnicas de enfermagem e procedimentos de cuidado ao RN em terapia intensiva neonatal e em cuidados intermediários.
- Estimular a participação dos pais no contato com o neonato, favorecendo a adaptação e compreensão da situação a ser enfrentada e a formação do vínculo.
- Investigar o momento em que os pais receberam o diagnóstico de malformação e seu entendimento a respeito do mesmo.
- Conhecer a realidade de outras UTINs, bem como, a assistência prestada nestas.

SUPORTE TEÓRICO

“Há momentos em nossa vida em que precisamos de alguma força superior que nos guie.

É então que os anjos chegam:

Eles vêm discretamente, silenciosamente.

E estendem suas asas para nos proteger.

E acendem uma chama para nos guiar.”

(Autor desconhecido)



3. SUPORTE TEÓRICO

3.1. REVISÃO DA LITERATURA

3.1.1. ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA - UTI NEONATAL

De acordo com Almeida (2004) uma das características do período neonatal são as altas taxas de morbi-mortalidade devido ser uma fase de grande fragilidade do ser humano e a alta propensão a ocorrência de seqüelas muitas vezes incapacitantes e de longa duração. Para que estas taxas diminuam e haja a recuperação de alguma patologia que venha a ocorrer neste período sem que haja seqüelas, é indicado o encaminhamento para Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN).

A UTIN segundo Almeida (2004) pode ser dividida nas seguintes áreas:

- Sala de Admissão do RN (primeiros atendimentos): local onde ocorre a recepção do RN de partos não contaminados e aonde permanecerão em observação nas primeiras 4 horas de vida. Cada sala deve ter, no máximo, seis leitos, com área mínima de 2,5m² por berço.
- Sala para RN em Observação (opcional): destinada aos RN com mais de quatro horas de nascimento que, embora não patológicos, estejam por algum motivo impedidos de fazerem uso do alojamento conjunto. Cada sala deverá contar com, no máximo, quatro leitos, com área mínima de 2m² por berço e distância de 60cm, no mínimo, por leito.
- Sala de Cuidados Intermediários: indicada para RN que precisarão de tratamento simples por problemas não infecciosos, ou para RN que saíram da fase aguda da doença, mas necessitam de cuidados específicos de enfermagem. Cada sala deve ter, no máximo, seis leitos, com área de dois a 2,5m² por berço e espaço de 60 cm entre os berços.
- Sala de Cuidados Especiais (incluindo Unidade de Tratamento Intensivo): destinado a RN de alto risco que necessitem de recursos físicos e humanos especializados para prestação de cuidados médicos hospitalares constantes. Cada sala deve ter, no máximo, quatro leitos, respeitando área mínima de 2,5m² à 5m², com espaço mínimo de 80cm entre os berços.
- Isolamento: destinado aos RN com diagnóstico confirmado de processo infeccioso, conforme as normas da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH). Cada sala deve conter seis leitos, no máximo, área mínima de 2,5m² por berço e distância mínima de

80cm. Deve ser considerada a proporção de berços para o total de RN, sendo adequado um berço de isolamento para cada 20 RN (5% do total de leitos).

Também de acordo com Almeida (2004) a UTIN deve contar ainda, para o seu funcionamento, com: posto de enfermagem; sala de serviço; rouparia; sala de amamentação; área de apoio; depósito de armazenamento de material; depósito de armazenamento de medicamento; depósito para equipamento; sala de ordenha/amamentação; central de enfermagem; chefia de enfermagem; expurgo; consultório/escritório médico; repouso médico e de enfermagem e serviço de apoio (laboratório).

Quanto aos Recursos Humanos, a assistência a um RN exige vigilância constante de pessoal competente e bem treinado, dadas as características de emergência, freqüentemente oligossintomática, da patologia neonatal.

A Equipe Médica deve ser composta por: um médico chefe; um médico plantonista/24h/ 100 nascimentos/mês e dois médicos diaristas/100 nascimentos/ mês.

A Equipe de Enfermagem da Unidade de Neonatologia deverá permanecer sob a supervisão constante de uma enfermeira com treinamento específico em neonatologia. Todo o pessoal auxiliar deve ser submetido a treinamento prévio e mantido em atualização constante e fixo no setor.

Outros profissionais que podem integrar a equipe da unidade neonatal seriam: assistente social; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; fisioterapeuta e outros.

Com relação as indicação para a UTIN Almeida (2004) recomenda:

- baixo peso, <1500g, grandes ou pequenos para idade gestacional;
- pré-termo ou pós-maturidade;
- filho de mãe diabética;
- malformação ou anomalias congênitas importantes;
- suspeita de infecção congênita;
- icterícia não-fisiológica;
- asfixia perinatal;
- anemia aguda;
- síndrome hemorrágica;
- convulsões;
- pré e pós-operatório;
- prolapso de cordão umbilical;

- sofrimento fetal crônico, subagudo, ou agudo;
- placenta prévia ou descolamento de placenta;
- oligo e polidrâmio;
- membrana hialina ou outra dificuldade respiratória;
- sepsis;
- doença hemolítica;
- RN sintomático.

Na sala de isolamento os RNs devem ser alojados conforme as medidas de precaução.

- Transmissão aérea: varicela, herpes zoster disseminado ou localizado em imunossuprimido; sarampo.
- Transmissão por gotícula: doença invasiva por meningococo.
- Transmissão por contato: herpes simples; rubéola congênita; colonizado por microrganismo multirresistente; processos infecciosos transferidos de outros setores.

Quanto aos Recursos Materiais todas as salas deverão ter número suficiente de pontos de vácuo, de oxigênio e de instalações elétricas.

A Sala de Admissão deverá ter: ante-sala com lavatório de água corrente e solução anti-séptica, de preferência acionada pelos pés ou cotovelos; berço aquecido (um para cada 35 nascimentos/mês); fonte de oxigênio canalizado (um para cada berço); fonte de aspiração (uma para cada dois berços); armário com roupas limpas; antropômetro e uma balança (de preferência, eletrônica).

A Sala de Cuidados Especiais (UTI e Semi - Intensivo) deverá ter: instalações elétricas (10 a 20 tomadas elétricas aterradas e ligadas aos circuitos de emergência do gerador); dois a quatro pontos de oxigênio por leito; dois pontos de ar comprimido por leito; dois a três pontos de vácuo por leito; iluminação suplementar através de aparelho de braço articulado; temperatura mantida entre 27 a 28°C; umidade relativa do ar em 50%; piso sem fresta e lavável; ante-sala com lavatório de água corrente e solução anti-séptica, de preferência acionada pelos pés ou cotovelos; teto rebaixado para facilitar a limpeza; portas e esquadrias pintadas com tinta lavável; itens de segurança anti-incêndio e saída de emergência; um monitor de frequência cardíaca por leito; um monitor de apnéia por leito; um respirador por leito; capacetes, um por leito; oxímetro, um para cada incubadora; nebulizadores e umidificadores, um por leito; um medidor de pressão não-invasivo, um por leito; material para reanimação do recém-nascido de tamanho adequado; uma bomba de infusão por leito;

aparelho de fototerapia, 1 por leito; um aparelho portátil de RX, um de ultrassonografia com transdutor neonatal; material descartável; um saturímetro por leito; incubadora de parede dupla, uma para cada 30 nascimentos/mês (ALMEIDA 2004).

O Isolamento deve ter: incubadora de parede dupla, 1% do número de nascimentos/mês; aparelho de fototerapia, 0,5% dos nascimentos/mês; ante-sala com lavatório de água corrente e solução anti-séptica, de preferência acionada pelos pés ou cotovelos e com pressão negativa; 10% dos leitos de isolamento deverão ser leitos de cuidados intensivos. Os leitos intensivos, sempre que possível, deverão estar em box próprio, isolado dos demais.

O trabalho do enfermeiro dentro de uma UTIN é um desafio constante, pois requer vigilância, habilidade, respeito e sensibilidade, porque o paciente que vai ser atendido não fala, é extremamente vulnerável e altamente dependente da equipe que lhe está prestando assistência.

O enfermeiro é responsável por promover a adaptação do RN ao meio externo (manutenção do equilíbrio térmico adequado, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo), observar o quadro clínico (monitorização de sinais vitais e emprego de procedimentos de assistência especial), fornecer alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento (se possível, aleitamento materno), realizar controle de infecção, estimular o RN, educar os pais, estimular visitas familiares, elaborar e manter um plano educacional, organizar, administrar e coordenar a assistência de enfermagem ao RN e a mãe, desenvolver atividades multidisciplinares, orientar o ensino e supervisionar os cuidados de enfermagem prestados, entre outras atividades (VIEGAS, 1986; FONTES 1984 apud ALMEIDA, 2004).

Em neonatologia é necessária a conscientização de que quanto mais cedo forem identificados os fatores de risco para o RN, melhores as condições para serem ajudados. Este é um dos papéis da enfermagem neonatal para promover segurança ao RN.

Além da assistência ao RN, caberá a enfermagem o controle do uso e conservação dos materiais e instrumental, registro de todas as ocorrências importantes referentes ao RN, bem como, ao pessoal, mudanças de procedimento, entre outras.

Um aspecto importante para assistência de enfermagem neonatal é a criação de um ambiente propício para o tratamento do RN, livre de estímulos nocivos, que promova o desenvolvimento positivo do RN e minimize os efeitos negativos da doença e da separação dos pais.

O papel da enfermagem envolve o relacionamento com os familiares do RN. No período neonatal estaria fortalecendo-se o vínculo afetivo entre mãe e filho, mas quando a criança precisa ser encaminhada para uma UTIN, logo após o parto, esta ligação fica prejudicada. A enfermeira deve ajudar os pais a começarem a estabelecer o vínculo com seu filho durante a internação na UTIN. É necessário explicar os procedimentos realizados, o tratamento e reforçar continuamente as informações passadas pelo médico do RN em relação à sua condição e prognóstico. A enfermeira constitui, portanto, a fonte de apoio para os pais (ALMEIDA, 2004).

3.1.2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Segundo Juchem (1991) assistir o recém-nascido em uma unidade de tratamento intensivo neonatal exige dos profissionais da saúde, o estabelecimento de um plano de ação para que o resultado dos esforços seja sempre o mais satisfatório possível. A equipe de trabalho deve interagir de tal forma que cada elemento, nas suas atribuições, possa se sentir valorizado e participante tendo centralizado todos os esforços no bem-estar do recém-nascido.

A vivência diária das situações emergenciais induz na equipe uma postura de constante aperfeiçoamento e humanização, imposta pela fragilidade e pelo grau de dependência do recém-nascido. Em neonatologia necessitamos de sensibilidade, respeito e habilidade em reconhecer no nosso paciente, quase sempre um recém-nascido pré-termo ou com intercorrências, suas necessidades imediatas e suas limitações.

Adotando esta filosofia de trabalho, torna-se importante a conscientização de que quanto mais precocemente forem identificados os fatores de risco para o feto e para o recém-nascido, melhores condições teremos para ajudá-los. Manter um relacionamento direto com a equipe de obstetria constitui um recurso para facilitar o planejamento da assistência e precocemente então, estaremos preparados para desempenhar nosso papel.

O recém-nascido, desde a concepção, já faz parte de um contexto familiar. Quando ele é afastado do convívio materno para ser reanimado e atendido, interrompemos o início da efetiva relação familiar, pelas necessidades do momento. A equipe deve estar atenta para o mais precocemente possível refazer, estimular e manter o vínculo mãe x filho x pai, facilitando o acesso dos pais às informações e ao contato direto com o filho. Principalmente estar disposta a ouvir, orientar: compreender e aceitar dificuldades que se apresentem (JUCHEM, 1991).

O autor refere ainda que temos a responsabilidade de, frente às nossas limitações, criarmos condições e nos empenharmos para que este ser tão especial e frágil receba condições favoráveis em relação à qualidade de vida e tenha a oportunidade de se desenvolver harmoniosamente.

O atendimento ao recém-nascido de alto risco deve ser de tal forma que suas funções vitais sejam preservadas. Especial atenção deve ser dispensada à manutenção da temperatura corporal e à manutenção das condições de ventilação logo que se iniciam os procedimentos de admissão. Sabe-se que o resfriamento e o superaquecimento (a instabilidade térmica) associados à hipoventilação (como consequência desta) são eventos agravantes e interferem na dinâmica funcional do recém-nascido como um todo.

Os procedimentos rotineiros de admissão serão executados de acordo com as condições do recém-nascido. Executados os procedimentos prioritários à situação de urgência, o enfermeiro poderá então, dar continuidade à avaliação. Seu objetivo será o de planejar e prescrever os cuidados de enfermagem relacionados às necessidades identificadas (JUCHEM, 1991).

A avaliação do recém-nascido será executada pelo enfermeiro logo após a admissão, ou durante a mesma. Poderá ser executada, de acordo com Juchem (1991) seguindo-se os seguintes passos:

- análise dos antecedentes maternos, da gestação e do parto;
- cálculo da idade gestacional ao nascer pelo método de Capurro;
- relação do peso ao nascer com a idade gestacional calculada;
- exame físico;
- identificação de problemas;
- plano assistencial;
- prescrição de enfermagem.

O enfermeiro deverá executar diariamente o exame físico com o objetivo de manter atualizadas a lista de problemas e a prescrição de enfermagem.

3.1.3. ADAPTAÇÃO DO NEONATO

Conforme Kenner (2001) imediatamente após o nascimento, o neonato precisa assumir as funções vitais realizadas pela placenta intra-útero. O nascimento dá início então a um período crítico de 24 horas, chamado de *período de transição*, que engloba a adaptação do neonato da vida intra-uterina para a vida extra-uterina.

Para sobreviver fora do útero, o neonato precisa atravessar com sucesso o período de transição. As estatísticas refletem a dificuldade dessa tarefa: a mortalidade é maior durante esse período do que em qualquer outra época; 67% de todas as mortes infantis (aquelas que ocorrem no primeiro ano de vida) acontecem durante o período neonatal (os primeiros 28 dias de vida).

O período de transição impõe alterações em todos os sistemas corporais e expõe o recém-nascido a uma ampla variedade de estímulos externos. As condições que impedem uma adaptação bem-sucedida à vida extra-uterina impõem uma séria ameaça. Ao se tornar familiarizada com os eventos de transição normais, a enfermeira pode reconhecer sinais de uma adaptação deficiente e intervir prontamente quando eles ocorrem (KENNER, 2001).

3.1.4. RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO

O recém-nascido de alto risco é aquele que tem maior chance de morrer durante ou logo após o parto ou que tem um problema congênito ou perinatal que necessita intervenção imediata. À medida que a medicina continua a desenvolver mais tratamentos para problemas perinatais, muitos recém-nascidos de alto risco, que no passado teriam morrido algumas horas ou dias após o nascimento, hoje sobrevivem; muitos, têm pouco ou nenhum efeito residual da crise que marcou as primeiras horas após o nascimento.

Para Kenner (2001) os objetivos dos cuidados neonatais intensivos incluem evitar ou minimizar complicações, submeter o recém-nascido a um estresse menor possível e intensificar a ligação entre pais e bebê. Para atingir esses objetivos, a equipe de saúde da UTI neonatal deve: antecipar, prevenir e detectar problemas perinatais potenciais ou reais; intervir precocemente em problemas identificados; executar os procedimentos necessários de modo a minimizar os distúrbios ao neonato; usar uma abordagem familiar e planejar e coordenar cuidados de acompanhamento domiciliar.

3.1.5. APOIO À FAMÍLIA E PROMOÇÃO DO VÍNCULO ENTRE PAIS E FILHOS

O nascimento de um neonato criticamente enfermo desencadeia uma crise na família. É necessário fornecer suporte à família durante toda a permanência do neonato, mas especialmente durante a primeira visita de cada um dos pais à UTI neonatal - uma experiência quase sempre traumatizante. Deve-se explicar o uso de monitores e outros equipamentos de suporte para reduzir o efeito de intimidação que essas máquinas podem oferecer. Para ajudar os pais a se ajustarem ao aspecto do seu bebê, é necessário enfatizar o aspecto normal do neonato.

Os pais podem se mostrar especialmente ansiosos se seus filhos estiverem sendo tratados em um centro regional localizado longe de casa. Para a família com um diagnóstico de enfermagem de risco de paternidade alterada relacionada com as condições do neonato, dificuldade de lidar com um recém-nascido não-perfeito e separação forçada, é necessário manter comunicações abertas e prestar especial atenção às necessidades da família. Os pais devem ser estimulados a visitar com frequência o recém-nascido; se isso não for possível, promover o contato destes com o pessoal da UTI neonatal por telefone.

Sempre que possível, deve-se permitir que os pais toquem e segurem seu bebê e se apropriem de algumas tarefas de cuidados simples como trocar fraldas, alimentar, dar banho, entre outros. É importante ainda, mostrar como a criança responde à presença, à voz e ao toque dos pais, bem como, oferecer estímulo sensorial de modo que eles participem ativamente no desenvolvimento da criança (KENNER, 2001).

3.1.6. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

De acordo com Kleiman (1996) em obstetrícia, talvez mais do que em outros ramos da Medicina, prevenir é de grande importância. O objetivo dessa assistência é a observação e o acompanhamento do estado da gestante, de modo que ela seja capaz de enfrentar a gravidez e o parto sem danos para si própria ou para seu filho.

O grande valor dessa conduta está bem demonstrado na significativa redução da mortalidade e morbidade materno-fetal, baseada segundo Kleiman (1996) principalmente nos seguintes fatores:

- orientação dos hábitos de vida (dietas, atividades físicas, vestuário, esportes, etc.);

- preparação para a maternidade, tanto no sentido do preparo para o parto (métodos psicossomáticos de preparação), como ensinando noções de Puericultura à futura mãe;
- diagnóstico e tratamento de doenças pré-existentes e que complicam ou agravam a gravidez e o parto;
- profilaxia, diagnóstico e tratamento de patologias próprias da gravidez;
- esclarecimento das manifestações que ocorrem no organismo materno, em relação a todos os seus sistemas;
- assistência emocional, ajudando a resolver conflitos e problemas comuns nesse período;
- orientação em relação ao uso de drogas;
- estímulo ao aleitamento materno.

3.1.7. EXAMES CLÍNICO E OBSTÉTRICO

De acordo com Kleiman (1996) devem ser realizados na primeira consulta (primeiro trimestre da gravidez). O exame clínico deve ser o mais completo possível, segundo os moldes convencionais: identificação, anamnese fetal e exame físico detalhado. O exame obstétrico propriamente dito, compreende: a anamnese obstétrica (pregressa e atual); inspeção; palpação; ausculta e exame dos genitais.

Com relação aos exames periódicos, até a 32ª semana de gestação, as consultas devem ser mensais; daí para diante, quinzenais e, no último mês, semanais. O número de consultas poderá ser aumentado, de acordo com as necessidades de avaliação do binômio materno-fetal.

3.1.8. DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

A amniocentese realizada entre a 14ª e 20ª semanas da gestação, permite o diagnóstico de uma grande variedade de moléstias genéticas presentes no feto. A própria ultra-sonografia, que deve ser realizada previamente à amniocentese, para verificar a idade gestacional, a situação fetal, a localização da placenta e determinar o melhor ponto de punção para obtenção do líquido amniótico, é um excelente meio propedêutico. A ultra-sonografia permite obter informações importantes relativas à morfologia e possíveis alterações do desenvolvimento de vários órgãos. São referidos na literatura, diagnósticos ultra-sonográficos seguros no início do segundo trimestre da gestação das seguintes patologias: anencefalia, hidrocefalia, espinha bífida, síndrome de Potter, síndrome de Edwards, síndrome de Meckel, onfalocele,

meningocele, eventração completa, nanismo tanatofórico e rins policísticos (KLEIMAN, 1996).

Ainda em relação ao diagnóstico pré-natal, de acordo com Amorim (1998), atualmente para as gestações de alto risco (idade materna avançada, ocorrência anterior de feto ou criança malformada), pode-se recorrer aos métodos de diagnóstico pré-natal.

- Ecografia: osteogênese imperfeita congênita, malformações cardíacas, defeitos de fechamento do tubo neural, malformações renais;
- Dosagem de alfafetoproteína no soro materno: defeitos de fechamento do tubo neural e parede abdominal anterior (onfalocele e gastroquises), fetos trissômicos;
- Avaliação de risco fetal pelas dosagens no soro materno da alfafetoproteína, do estriol não conjugado e da gonadotrofina coriônica humana (RCG), combinadas a cálculos estatísticos considerando-se a idade materna: síndrome de Down;
- Punção de cordão para obtenção de sangue fetal: detecção de erros inatos do metabolismo e realização de cariótipo;
- Amniocentese: dosagem de alfafetoproteína e acetilcolinesterase no líquido amniótico (defeitos de fechamento de tubo neural) e cultura de fibroblastos para cariótipo (fetos com aberrações cromossômicas) e para detecção de defeitos enzimáticos celulares (doenças de armazenamento de lisossomas);
- Biópsia de vilosidade coriônica e de trofoblasto: detecção em estágio precoce da gravidez (usualmente em torno da oitava a décima semana) de fetos com aberrações cromossômicas e defeitos enzimáticos celulares.

3.1.9. MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

Segundo Kelnar et al (1995) as malformações congênitas são freqüentes e constituem uma das principais causas de óbito no período perinatal. Alguns sobreviventes apresentam deficiência apenas leve porque sua anomalia é passível de correção, porém muitas dessas crianças apresentam problemas permanentes. Em épocas passadas, as anomalias congênitas representaram um problema especial como causa de óbitos perinatais nas Ilhas Britânicas, em virtude da elevada incidência das falhas do tubo neural. Essa porcentagem diminuiu nos últimos anos graças à triagem pré-natal e ao aborto terapêutico (seletivo).

A incidência global das malformações congênitas é da ordem de 2%. De um modo geral, as falhas do tubo neural, com inclusão da anencefalia e da mielomeningocele, são de

observação mais freqüente na Europa Ocidental; na Grã-Bretanha, ocorrem com maior freqüência nas regiões norte e oeste.

Para Ziegel e Cranley (1985) uma condição anormal pode estar presente ao nascimento em qualquer parte do corpo. Pode ser de origem estrutural ou fisiológica. O bebê pode apresentar malformações únicas ou múltiplas. As anormalidades variam de médias a graves. O desvio da normalidade pode ser tão pequeno que a função se mostre normal, ou somente discretamente prejudicada. Outros resultam em incapacidade de graus variados. Ainda outros são tão severos que se mostram gravemente incapacitantes, a menos que sejam corrigidos. Algumas malformações são incompatíveis com a vida.

Já Amorim (1998) considera as malformações congênitas como um defeito total ou parcial de um órgão ou região do corpo resultante de um erro primário de morfogênese.

O infortúnio dos pais causado pelo nascimento de uma criança malformada pode ser exacerbado por uma abordagem intempestiva de um profissional da saúde. Ao deparar-se com uma criança ou feto malformado, o profissional deve com responsabilidade ver e ajudar. Ver, empregado no sentido clínico de observar os sinais e sintomas e a conseqüente reflexão para o diagnóstico. Ajudar, como conseqüência do escopo humanitário da prática médica. O problema deve ser revelado aos pais, o mais cedo possível. Com realismo, sem rudez. Com carinho e tato, sem ansiedade (AMORIM, 1998).

De acordo com Kelnar et al (1995), muitos inquéritos são de interpretação difícil porque não se consegue determinar a verdadeira incidência das anomalias congênitas na época do nascimento. Algumas malformações saltam imediatamente aos olhos, como é o caso da anencefalia ou do lábio leporino, enquanto outras não se manifestam senão mais tarde: é o caso, por exemplo, da comunicação interventricular, a qual pode ou não se acompanhar de sopro durante o período neonatal, manifestando-se apenas algumas semanas depois. A prevalência das malformações congênitas varia de acordo com a idade em que a avaliação for realizada. Por exemplo: a luxação do quadril é relativamente freqüente logo após o nascimento, tornando-se menos comum à medida que as crianças afetadas crescem, particularmente depois de terem sido tratadas. Algumas malformações congênitas se corrigem por si mesmas; é o caso, por exemplo, do fechamento espontâneo da comunicação interauricular.

Etiologia

Algumas poucas malformações congênitas são devidas a fatores etiológicos perfeitamente conhecidos:

A *rubéola* costuma provocar malformações, sobretudo durante o primeiro trimestre da gravidez. O recém-nascido apresenta microcefalia, pigmentação da retina, persistência do canal arterial ou outras malformações cardíacas, deficiência mental e surdez, além de ser pequeno em relação à idade gestacional (PIG). É interessante notar que a incidência de malformações congênitas é mais baixa quando o vírus invade o feto em fase gestacional mais avançada.

É sabido que as altas doses de *Raios-X* provocam grave lesão cerebral durante o segundo trimestre. A microcefalia foi observada em fetos de gestantes que sobreviveram aos ataques com bombas atômicas no Japão, em 1945.

Alguns medicamentos provocam malformações congênitas, porém seu número é relativamente pequeno. O exemplo mais famoso e mais desastroso é o da talidomida, a qual foi responsabilizada pelas malformações de membros nos fetos de gestantes que tomavam este soporífero por volta de 1960. A talidomida provocou malformações óbvias e pouco freqüentes, mas torna-se às vezes muito difícil saber se determinado medicamento produz malformações porque o número destas, é por vezes muito pequeno. Por isso, exigem-se pesquisas minuciosas antes que determinado medicamento possa ser liberado para uso na gestante (KELNAR et al, 1995).

O *diabetes mellitus* materno acompanha-se de maior incidência de malformações congênitas, quando mal controlado. Diversas pesquisas revelaram que o índice é de 6%, em lugar dos 2% registrados na população geral. Está comprovado que o controle rigoroso da diabete no início da gravidez diminui a incidência das malformações congênitas (FUHRMAN e cols, 1983 apud KELNAR et al, 1995).

Algumas malformações ocorrem com maior freqüência em determinadas classes sociais. O exemplo mais conhecido é o da anencefalia, esta é mais freqüente na classe social baixa, em comparação com a classe social alta.

Às vezes, um único gene mutante é responsável pela malformação congênita, é o caso da acondroplasia, da polidactilia e de alguns tipos de hidrocefalia. É provável contudo, que muitas outras anomalias congênitas tais como as falhas do tubo neural, sejam devidas à ação conjunta de vários genes: transmissão hereditária poligênica.

Em muitos casos, a etiologia está em dúvida. Diz-se que as mulheres anestesistas apresentam maior tendência para ter filhos portadores de malformações congênitas, fato que talvez possa ser atribuído à inalação acidental de gases anestésicos durante a indução da anestesia. É possível que alguns fatores ambientais, tais como certos ingredientes do regime alimentar, atuem em conjunto com os fatores genéticos. Ficou demonstrado que os suplementos de vitaminas, em especial do ácido fólico quando administrados antes da concepção, são capazes de reduzir a incidência dos defeitos do tubo neural e de algumas outras anomalias congênitas não hereditárias (KELNAR et al, 1995).

Segundo Amorim (1998), estima-se que aproximadamente 20% das malformações são causadas por genes anormais, 20% por fatores ambientais, 10% por anomalias cromossômicas e as 50% restantes resultam de fatores desconhecidos ou da interação entre fatores ambientais e genéticos.

Afecções Condicionadas Geneticamente.

- Anomalias cromossômicas: síndrome de Down, síndrome de Edwards.
- Mutações gênicas mendelianas: síndrome da aplasia do rádio-trombocitopenia, síndrome de Crouzon, acondroplasia.
- Multifatoriais: anencefalia, lábio leporino com ou sem fenda palatina quando não associado a síndromes, luxação congênita do quadril, espinha bífida, estenose hipertrófica do piloro.

Afecções Provocadas por Fatores Ambientais.

- Vírus: síndrome da rubéola congênita.
- Radiações: micromelia, microcefalia, microftalmia, palato fendido.
- Drogas: síndrome da trimetadiona fetal, síndrome de hidantoínica fetal, embriopatia por warfarina.
- Condições maternas: diabetes mellitus (aumenta significativamente a ocorrência de defeitos cardíacos e renais, espinha bífida, imperfuração anal e aplasia radial).
- Alcoolismo materno: síndrome do alcoolismo fetal.

Afecções Causadas por Fatores Uterinos.

- Oligodrâmnio: artrogriposes, pés tortos.
- Bandas amnióticas: deformações amnióticas (amputações, anéis constrictivos, encefalocelos assimétricas).
- Miomas: displasias caudais.

Afecções de Etiologia Desconhecida

- Algumas síndromes, entre as quais Comélia de Lange, Rubinstein- Taybi e anomalias como holoprosencefalia e onfalocele, não têm base etiológica definida.

Para facilitar o diagnóstico é fundamental pesquisar dados relacionados com exposição a agentes potencialmente teratogênicos durante a gestação tais como: radiações, medicamentos, viroses, bebidas alcoólicas etc; investigar perdas sangüíneas na gestação; averiguar consangüinidade, heredopatias e malformações entre os familiares, alcançando parentesco até terceiro grau, se possível, interrogando-se avós e tios; obter registros sobre posição intra-útero, ocorrência de miomas, condições de parto e exame de cordão e placenta.

No exame físico, é necessário avaliar o peso e comprimento, forma de crânio, linha de implantação do couro cabeludo, forma e implantação dos pavilhões auriculares, peculiaridades da face, fendas palpebrais, nariz, filtro, gengivas, palato e mandíbula, distância entre os globos oculares, simetria de *rima oris*, conformação de pescoço e tórax, comprimento, forma e posição de punhos, mãos e dedos, mobilidade de articulações, tonicidade muscular, proporção tronco-membros. E a partir disso, descrever a malformação ou o conjunto de malformações e obter registro fotográfico (AMORIM, 1998).

Classificação das Malformações

Para Kelnar et al (1995) as malformações congênicas podem ser classificadas de várias maneiras, a mais usada baseia-se na parte do corpo que é sede da malformação. Um esquema útil para quem lida com recém-nascidos consiste em dividir as lesões de acordo com o seu caráter emergencial, em malformações que requerem tratamento imediato (o que geralmente significa encaminhamento urgente para o serviço de cirurgia neonatal), casos que exigem tratamento na primeira semana de vida e casos cujo tratamento pode ser postergado por algum tempo ou que dispensam qualquer tratamento.

Algumas malformações que exigem tratamento imediato seriam a fistula traqueoesofágica, com ou sem atresia do esôfago; hérnia diafragmática congênita; anomalia de Pierre-Robin; atresia de coanas; gastrosquise; onfalocele; espinha bífida e pé torto equino-varo.

Quanto as lesões que exigem tratamento precoce (durante a primeira semana) pode-se citar: imperfuração anal; malformações dos órgãos genitais externos; fissura labial e palatina; dentes serotinos; hipertrofia congênita das supra-renais e oclusão intestinal.

São numerosas as malformações congênitas que não exigem muita atenção; algumas precisam de tratamento, porém somente depois da primeira semana de vida. Por exemplo: lábio leporino; hidrocefalia; hipospádia; válvulas uretrais e nevos congênitos.

De acordo com Ziegel e Cranley (1985), algumas anormalidades congênitas não podem ser prevenidas, porém o reconhecimento crescente de sua causa também aumenta o conhecimento sobre as precauções que podem ser tomadas. Uma assistência pré-natal adequada para assegurar boa saúde, a dieta condizente com o estado de gestação e a proteção na medida do possível contra doenças virais, especialmente contra a rubéola nos primeiros meses de gravidez, são de valor na prevenção de ambiente adverso para o embrião. Evitar a exposição intensa à radiação durante a gravidez é muito importante. Todas as medicações tomadas pela mãe devem ser prescritas pelo médico.

Alguns bebês com malformações não conseguem se ajustar às necessidades fisiológicas da vida extra-uterina. Outros defeitos menos importantes não interferem na função inicial, porém tornam impossível o preenchimento das demandas orgânicas para o desenvolvimento futuro. Algumas mortes não podem ser evitadas face à extensão das malformações. Outras podem ser prevenidas por tratamento imediato.

3.1.10. FATORES PRÉ-NATAIS X ANOMALIAS CONGÊNITAS

Fatores pré-natais que sugerem anormalidades congênitas incluem aumento ou diminuição do volume do líquido amniótico. Por exemplo, hidrâmnio (excesso de líquido amniótico) pode acompanhar anomalias traqueoesofágicas; oligodrâmnio (insuficiência de líquido amniótico) pode significar uma anomalia do trato geniturinário. Se uma anomalia congênita é descoberta em um dos sistemas do corpo, outros sistemas devem ser investigados, porque as anomalias congênitas geralmente ocorrem em conjunto (associadas). A maioria das anomalias do SNC são aparentes mesmo à inspeção rápida (KENNER, 2001).

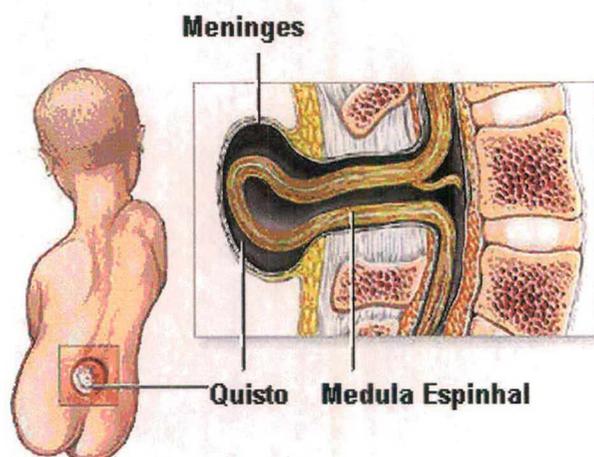
3.1.11. MIELOMENINGOCELE

Conceito

Segundo Furtado et al (2004) a mielomeningocele caracteriza-se por uma falha no fechamento do tubo neural que compromete a medula, os arcos vertebrais e o manto cutâneo. Apresenta-se na forma de tumoração com volume e extensão variáveis, localizando-se na linha média, em qualquer nível da coluna vertebral, sendo mais freqüente na região lombossacra (75% dos casos). A lesão pode encontrar-se totalmente coberta por pele ou apresentando uma área de tecido róseo, ricamente vascularizado, chamado de placa neural. Pode ainda haver extravasamento de líquido cefalorraquidiano.

Etiologia e incidência

A causa é desconhecida, entretanto, estudos realizados demonstraram que mulheres com alto risco de ter uma criança com defeitos do tubo neural (DTN) por causa de parto anterior de lactente ou feto com espinha bífida, anencefalia ou encefalocele apresentaram redução significativa da taxa de recidiva quando suplementadas com ácido fólico. Este ácido administrado antes da concepção e durante



Fonte: Adam.

o início da gravidez pode reduzir o risco de defeitos do tubo neural, como espinha bífida, em pelo menos 50% (KNOWLEDGE, 1995 apud WONG, 1999).

Já para Kelnar et al (1995) a etiologia é atribuída a uma combinação de fatores genéticos e ambientais. O risco é maior nas famílias com outros filhos apresentando defeitos do tubo neural.

De acordo com Furtado et al (2004) há evidências de que fatores como a radiação, drogas, como o ácido valpróico, a desnutrição e o uso de substâncias químicas podem estar associadas. Diz ainda que existe uma predisposição genética que, em conjunto com fatores nutricionais e ambientais, desempenha importante papel na etiologia.

Fisiopatologia

Acredita-se que o defeito primário nos DTNs consista em não-fechamento do tubo neural durante o desenvolvimento inicial do embrião. Entretanto, há evidências indicando que os defeitos resultam da divisão do tubo neural já fechado em decorrência de aumento anormal da pressão do líquido cefalorraquidiano durante o primeiro trimestre de gravidez. O grau de disfunção neurológica está diretamente relacionado com o nível anatômico do defeito e, portanto, com os nervos afetados. A maioria das mielomeningoceles envolve a área lombar ou lombos sacra, e a hidrocefalia constitui uma anomalia freqüentemente associada (90% dos pacientes) (WONG, 1999, p. 1042).

Segundo Budag et al (2004) a paralisia da bexiga urinária pode aparecer na maioria dos casos, é o que chamamos de bexiga neurogênica. A urina que fica acumulada dentro da bexiga após a criança ter tentado urinar é muito concentrada e, freqüentemente contém germes e bactérias que podem levar a infecções urinárias e conseqüentemente prejuízos ao rim. Para evitar esta complicação está indicado o cateterismo vesical, que deve ser realizado várias vezes por dia, de acordo com as necessidades de cada criança.

Manifestações Clínicas

Em relação aos distúrbios sensoriais geralmente paralelos à disfunção motora, as manifestações clínicas dependerão da área afetada:

- Quando o defeito estiver localizado abaixo da segunda vértebra lombar:
 - paralisia parcial flácida arreflexica dos membros inferiores;
 - graus variáveis de déficit sensorial;
 - incontinência paradoxal com gotejamento constante de urina;
 - ausência do controle intestinal;
 - prolapso retal.

- Quando o defeito estiver localizado abaixo da terceira vértebra sacra:
 - ausência de comprometimento motor;
 - pode haver anestesia em sela com paralisia dos esfínteres vesical e anal.

Avaliação Diagnóstica

Segundo Wong (1999) o diagnóstico é estabelecido com base no exame do saco meníngeo e nas manifestações clínicas. São medidas de diagnósticos para avaliar o cérebro e

a medula espinhal: ressonância magnética nuclear (RMN), ultra-sonografia, tomografia computadorizada e mielografia. Os exames laboratoriais são utilizados primariamente para determinar a ocorrência de meningite e infecções das vias urinárias.

Furtado et al (2004) refere que em muitos casos a mielomeningocele já é observada intra-útero, por meio da ultra-sonografia. A falha do fechamento do tubo neural permite a excreção de substâncias fetais no líquido amniótico como a α -fetoproteína, a qual serve como triagem pré-natal quando dosada no soro materno das gestantes de risco. Logo após o nascimento torna-se ainda mais fácil identificar esta anomalia, porém uma acurada avaliação das conseqüências neurológicas da lesão e da presença de outras malformações associadas não deve ser descartada.

Ainda de acordo com Furtado et al (2004) o distúrbio produz disfunção de muitos órgãos e estruturas: nos membros inferiores com hipotrofia, pés tortos e subluxação dos quadris, no trato geniturinário com gotejamento urinário contínuo e no trato gastrointestinal com incontinência fecal.



Fonte: Kelnar et al (1995).

Deve-se avaliar o grau de comprometimento motor, dos reflexos profundos, o nível de sensibilidade, uma vez que a extensão e o grau do déficit neurológico dependem da localização da mielomeningocele.

Assim como na hidrocefalia, o perímetro cefálico nos casos de mielomeningocele deve ser sempre aferido e também realizada a investigação dos sinais de hipertensão intracraniana, como fontanela tensa, abaulada, opistótono e olhar-do-sol poente. Deve ser dada especial atenção às alterações nos ritmos cardíaco e respiratório. A presença de estridor, apnéia, paralisia das cordas vocais, acúmulo de secreções e problemas de deglutição, como engasgos, podem ser decorrentes da herniação do bulbo e amígdalas cerebelares pelo forame magno, denominada malformação II de Chiari (FURTADO et al, 2004).

Tratamento

Uma atuação multidisciplinar mostra-se fundamental no tratamento de crianças com mielomeningocele e suas famílias. Os cuidados iniciais são fundamentais para a obtenção de um prognóstico favorável. A cirurgia por sua vez visa preservar e proteger o tecido nervoso através da sutura da deformidade.

De acordo com Wong (1999) a assistência inicial do recém-nascido envolve prevenção da infecção; avaliação neurológica, incluindo observação de possíveis anomalias associadas; e controle do impacto da anomalia sobre a família. A maioria dos especialistas acreditam que o fechamento precoce, realizado nas primeiras 24 a 72 horas, oferece o resultado mais favorável. O método cirúrgico mais sugerido é o fechamento em Z dos retalhos cutâneos, uma vez que experiências com câmaras de oxigênio sobre a lesão, aceleraram a cicatrização e preveniram a disseminação da infecção.

Os problemas músculo-esqueléticos que poderão mais tarde prejudicar a locomoção devem ser avaliados precocemente. O tratamento ortopédico inclui prevenção das contraturas articulares, correção da deformidade, prevenção da degeneração da pele e obtenção da melhor junção locomotora possível. Já o tratamento dos problemas renais inclui a assistência urológica regular com tratamento imediato e vigoroso das infecções, cateterização intermitente asséptica, medicação para melhorar o armazenamento e a continência, vesicostomia e enterocitoplastia. E o tratamento para a incontinência fecal pode ser feito através da modificação dos hábitos alimentares, hábitos regulares de defecação e prevenção de constipação. (WONG, 1999).

Prognóstico

As crianças adequadamente tratadas, para Furtado et al (2004), têm sobrevida de 85 a 90 %. Cerca de 70 % tem inteligência normal, episódios prévios de meningite e ventriculite podem alterar esses dados.

Segundo Wong (1999) para crianças com mielomeningocele o prognóstico inicial depende do déficit neurológico existente ao nascimento, incluindo capacidade motora e inervação vesical e a presença de anormalidades cerebrais associadas. O uso de ácido fólico nos anos de reprodução, a incidência de espinha bífida deve declinar acentuadamente. Entretanto, não se sabe se ele irá reduzir a gravidade do defeito em lactentes nascidos com espinha bífida apesar da suplementação.

Cuidados de Enfermagem de acordo com Wong (1999).

Pré-operatório

- aplicar curativo estéril úmido e não-aderente sobre a lesão para evitar o ressecamento da mielomeningocele. Geralmente soro fisiológico;
- trocar os curativos em intervalos freqüentes (a cada 2 a 4 horas);
- inspecionar cuidadosamente o saco meníngeo à procura de sinais de extravasamento, abrasões, irritação ou quaisquer sinais de infecção;
- limpar o saco meníngeo se estiver sujo ou contaminado;
- manter o RN em posição prona para minimizar a tensão no saco e o risco de traumatismo;
 - posicionar o lactente com os quadris apenas levemente fletidos para reduzir a tensão sobre o defeito;
 - as pernas devem ser mantidas em abdução com um travesseiro entre os joelhos para anular a subluxação do quadril, e deve-se colocar um pequeno rolo sob os tornozelos para manter uma posição neutra dos pés.
- manter a cabeça do lactente para o lado, facilitando assim, a administração da alimentação;
- colocar o RN sobre uma almofada macia de espuma ou de lã a fim de reduzir a pressão sobre os joelhos e tornozelos;
- efetuar exercícios leves de amplitude de movimento quando indicado, para prevenir contraturas;
- suprir as necessidades táteis do RNs através de carinhos, afagos ou outras medidas de conforto, uma vez que RNs sem reparo não podem ser embalados e segurados nos braços como lactentes não afetado;
- oferecer apoio emocional aos pais.

Pós-operatórios

Os cuidados pós-operatórios do lactente com mielomeningocele envolvem os mesmos cuidados básicos de qualquer lactente pós-operatório:

- monitorizar os sinais vitais;
- monitorizar as taxas de ingestão e excreção;
- observar sinais de infecção;

- observar quanto a presença de dor;
- estar atento a ferida cirúrgica quanto a sinais de extravasamento de líquido cefalorraquidiano;
- manter o RN em posição prona após o fechamento cirúrgico, pois esta posição oferece a oportunidade de mudança de decúbito, o que reduz o risco de lesões por pressão e facilita a alimentação;
- preparar os pais para a alta hospitalar através de informações a respeito dos cuidados que os mesmos devem ter em seus domicílios.

Apoio à Família e Educação sobre Cuidados Pós-Alta e Seguimento Ambulatorial

A participação dos pais nos cuidados deve ser estimulada assim que estes tiverem capacidade de lidar com a condição do lactente. Cuidados como, posicionamento, alimentação, cuidados com a pele e a realização de exercícios, quando apropriados, devem ser ensinados para que seja dada continuidade em casa.

Wong (1999) referem que os pais devem ser instruídos sobre a técnica de cateterização intermitente, devem conhecer os sinais de complicação e como obter assistência sempre que houver necessidade. A habilitação envolve não apenas a solução de problemas relativos à auto-ajuda e à locomoção como também a resolução do problema mais desagradável da incontinência, que ameaça a aceitação social da criança. A assistência na preparação da criança e da escola quanto às necessidades especiais da criança ajuda a permitir melhor adaptação inicial a esta experiência social mais ampla.

Não podemos deixar de lembrar que crianças portadoras de mielomenigocele devem fazer um acompanhamento ambulatorial periódico com atenção multidisciplinar, urologista, pediatra, ortopedista, neuropediatra, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, entre outros, que trabalham em conjunto para suprir todas as necessidades das crianças portadoras de mielodisplasias.

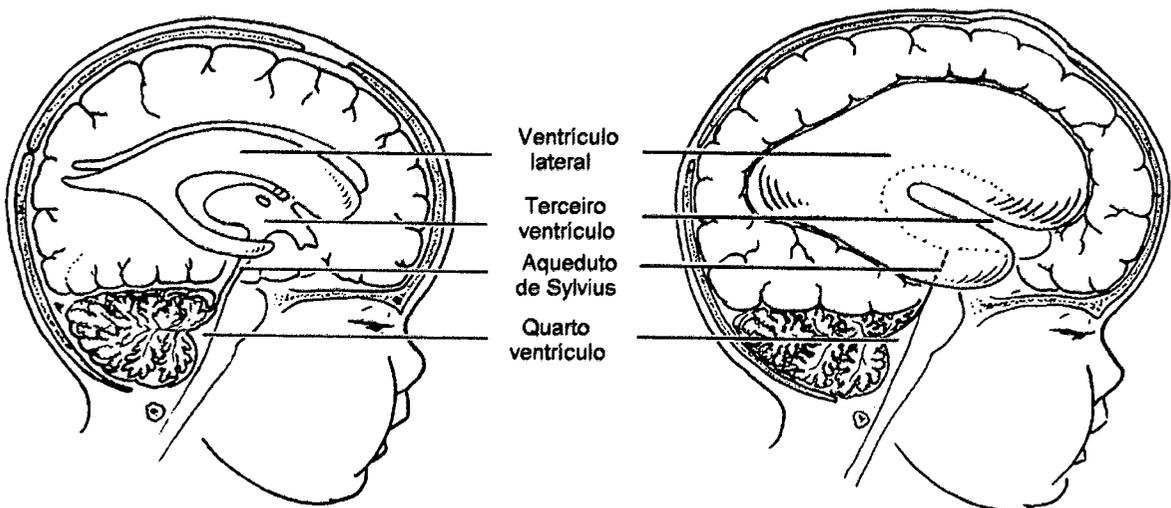
3.1.12. HIDROCEFALIA

Conceito

Segundo Wong (1999) a hidrocefalia é uma condição causada por um desequilíbrio na produção e absorção de líquido cefalorraquidiano (LCR) no sistema ventricular. Quando a produção é maior do que a absorção, há acúmulo de LCR no sistema ventricular, geralmente sob pressão aumentada, produzindo dilatação passiva dos ventrículos.

Fisiopatologia

A formação do LCR se dá através de dois mecanismos, incluem secreção pelos plexos coróides e drenagem tipo linfática pelo líquido extracelular do encéfalo. As causas são diversas; ou elas são congênicas (mau desenvolvimento ou infecção intra-uterina) ou adquiridas (neoplasia, hemorragia ou infecção). A hidrocefalia é um sintoma de uma patologia cerebral subjacente que resulta em comprometimento da absorção de LCR no espaço subaracnóide (os ventrículos comunicam-se; hidrocefalia comunicante) ou obstrução ao fluxo de LCR nos ventrículos (os ventrículos não se comunicam; hidrocefalia não-comunicante). Qualquer desequilíbrio da secreção e absorção causa um aumento do acúmulo de LCR nos ventrículos, os quais se tomam dilatados e comprimem a substância encefálica contra o crânio ósseo rígido circundante. Quando isso ocorre antes da fusão das suturas cranianas, produz aumento do crânio e também dilatação dos ventrículos. (WONG, 1999)



Fonte: Wong (1999).

De acordo com Kelnar et al (1995) o aumento rápido da circunferência craniana resulta do acúmulo de líquido cefalorraquidiano (LCR) sob pressão exagerada. Os dados encontrados compreendem a disjunção palpável das suturas cranianas, o abaulamento da fontanela anterior e a dilatação da rede venosa do couro cabeludo.

A hidrocefalia acompanha muitas vezes a mielomeningocele, portanto todos estes lactentes devem ser observados quanto ao seu desenvolvimento. No restante dos casos há uma história de infecção intra-uterina, hemorragia perinatal e meningoencefalite neonatal. (WONG, 1999)

Às vezes somente se consegue descobrir a hidrocefalia graças à medição regular da circunferência craniana, porém hoje em dia ela é mais freqüentemente descoberta pela ultrasonografia do cérebro no feto ou no recém-nascido, tornando-se então necessário o tratamento paliativo (CLEWELL e COLS, 1982 apud KELNAR et al, 1995).

Conduta Terapêutica

Segundo Wong (1999) o tratamento é direcionado para alívio da hidrocefalia, tratamento das complicações e tratamento de problemas relacionados ao efeito do distúrbio sobre o desenvolvimento psicomotor. O tratamento é, com algumas exceções, cirúrgico. Este é realizado por retirada direta de uma obstrução ou um procedimento de shunt que proporciona drenagem primária do LCR dos ventrículos para um compartimento extracraniano, geralmente o peritônio (shunt ventriculoperitoneal). A maioria dos sistemas de shunt consiste em um cateter ventricular, uma bomba de irrigação, uma válvula de fluxo unidirecional



Fonte: Wong (1999).

e um cateter distal. As válvulas são projetadas para se abrirem em uma pressão intraventricular predeterminada e fecharem quando a pressão cair abaixo daquele nível, podendo evitar assim o refluxo de secreções. O shunt inicial é colocado, quando necessário, para aliviar a obstrução ao LCR, e são necessárias revisões quando há sinais de disfunção. Em todos os mecanismos, a taxa de sucesso inicial é relativamente alta; entretanto, os shunts estão

associados a complicações que interferem com a função contínua do shunt ou que ameaçam a vida da criança.

Infelizmente, o shunt exige revisão, à medida que a criança cresce ou quando ocorre infecção ou bloqueio. É freqüente a infecção branda, devida a bactérias tais como o Staphylococcus epidermidis. Por isso, não se deve recorrer à operação de shunt, a não ser em caso de absoluta necessidade. Em alguns casos, o aumento da hidrocefalia detém-se espontaneamente, de modo a dispensar a cirurgia (KELNAR ET AL, 1995, p. 320.).

Prognóstico

O prognóstico de crianças com hidrocefalia tratada, segundo Wong (1999) depende da velocidade com que a hidrocefalia se desenvolve, da elevação da pressão intra-craniana (PIC), da freqüência de complicações e da causa da hidrocefalia. A hidrocefalia tratada cirurgicamente tem uma taxa de sobrevida de aproximadamente 80%, com a maior incidência de mortalidade ocorrendo no primeiro ano de tratamento. Dessas crianças que sobrevivem, aproximadamente um terço é normal sob os pontos de vista intelectual e neurológico, e metade apresenta incapacidades neurológicas.

Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas de acordo com Wong (1999) são:

- *Lactância, precoce*: cabeça cresce em velocidade anormal; as fontanelas são abauladas (muitas vezes sem aumentar a cabeça), tensa e não-pulsátil; as veias do couro cabeludo se encontram dilatadas; as suturas estão separadas; os ossos do crânio tornam-se finos.

- *Lactância, posterior*: aumento frontal; os olhos encontram-se deprimidos e a esclerótica visível acima da íris (sinal de “sol poente”); pupilas lentas e com resposta desigual à luz.

- *Lactância, Geral*: irritabilidade; letargia; preferência do lactente em ficar deitado imóvel; respostas do RN normalmente esperadas não aparecem; alteração no nível de consciência; opistótono; espasticidade dos membros inferiores; nos casos mais avançados o RN pode apresentar dificuldade em se alimentar, sugar; choro agudo, breve e estridente; dificuldade cardiopulmonar.

Avaliação Diagnóstica

- Cabeça do bebê transluminada – indicativo de acúmulo de líquido.
- Sinal de Macewen à percussão.
- Papiledema ao realizar oftalmoscopia.
- Instrumento diagnóstico de escolha: tomografia axial computadorizada.
- Ventriculografia – visualização de anormalidades no sistema ventricular ou espaço subaracnóide.
- Radiografias de crânio – alargamento fontanela e sutura, erosão do osso intracraniano (WHALEY & WONG, 1989 e NETTINA, 1998 apud PFÜTZENREUTER, 1999).

Cuidados de Enfermagem de acordo com Wong (1999).

Pré-operatório

- observar cuidadosamente quanto a sinais de aumento da PIC;
- medir a cabeça diariamente no ponto de maior medida - o perímetro occipitofrontal;
- palpar delicadamente as fontanelas e as linhas de sutura em relação ao tamanho, sinais de saliência, tensão e separação;
- observar comportamento associado em lactente com PIC normal - apresentará saliência em determinadas circunstâncias, como esforço ou choro;
- avaliar nível de consciência (irritabilidade, letargia ou atividade convulsiva)
- avaliar alteração dos sinais vitais;
- observar e avaliar comportamento alimentar - podem indicar um avanço da condição patológica.
 - Não é fácil alimentar estes lactentes, o que exige tempo adicional e inovação.
 - Manter horários de alimentação flexíveis para acomodar procedimentos de diagnóstico, pois a alimentação antes ou após o manuseio pode precipitar um episódio de vômito.
 - Administrar a dieta em quantidades pequenas a intervalos mais frequentes são mais bem toleradas do que as maiores a intervalos mais amplos

- quando o lactente é alimentado ou movimentado, deve-se verificar se a cabeça do RN está bem apoiada para evitar tensão adicional sobre o seu pescoço, e também fazer medidas a fim de evitar o desenvolvimento de áreas de pressão;
- minimizar ansiedade dos pais.

Ainda de acordo com Wong (1999) quase todas as crianças afetadas são reconhecidas, iniciando-se cedo o tratamento. À medida que a hidrocefalia progride, as crianças que não receberam tratamento tomam-se cada vez mais incapazes e propensas aos múltiplos problemas de imobilidade, como úlceras de decúbito e deformidades em contratura.

Pós-Operatório:

- posicionar o RN sobre o lado não-operado para evitar pressão sobre a válvula de shunt e áreas de pressão.
- a criança é mantida em posição plana para ajudar a evitar complicações resultantes da redução muito rápida do líquido intracraniano. Quando o tamanho do ventrículo é reduzido muito rapidamente, o córtex cerebral pode afastar-se da dura e romper as pequenas veias entrelaçadas, produzindo um hematoma subdural.
- manter a cabeceira elevada, de acordo com a prescrição médica, se caso haja o aumento da PIC para aumentar o fluxo gravitacional através do shunt.
- observar sinais de aumento da PIC;
- avaliar nível de consciência:
 - dilatação pupilar (a pressão causa compressão ou estiramento do nervo oculomotor, produzindo dilatação do mesmo lado da pressão).
- avaliar pressão arterial (a hipoxia do tronco cerebral provoca variações nestes sinais vitais).
- estar alertar para manifestações habituais de infecção do LCR, o que pode incluir alimentação deficitária, vômito, sinais vitais elevados, atividade convulsiva e diminuição da responsividade.
- atentar para sinais de inflamação em locais operatórios e ao longo do trajeto do shunt.
- manter a fralda fora do local do curativo peritoneal ou da linha de sutura.
- inspecionar o local da incisão quanto ao extravasamento, e qualquer drenagem suspeita é submetida a teste para glicose, uma indicação de líquido cefalorraquidiano.

- inspecionar a pele regularmente a fim de detectar sinais de pressão, irritação ou infecção.

Apoio à Família

Necessidades e preocupações específicas dos pais durante períodos de hospitalização estão relacionadas à razão da hospitalização da criança (revisão do shunt, infecção, diagnóstico) e aos procedimentos diagnósticos e/ou cirúrgicos aos quais a criança pode ser submetida. Frequentemente os pais têm conhecimento muito pequeno acerca da anatomia; portanto, necessitam de exploração adicional e reforço das informações fornecidas a eles pelo médico e neurocirurgião, e também de informações sobre o que podem esperar. Eles temem particularmente qualquer procedimento que envolva o encéfalo, e o medo de retardo ou lesão encefálica é muito real e difuso (WONG, 1999, p. 919).

Segundo Wong (1999) a enfermagem pode estar fazendo muito para aliviar a ansiedade da família mediante explicação da razão das várias atividades médicas e de enfermagem, e pelo simples fato de estarem disponíveis e dispostas a ouvir suas preocupações. É importante estar enfatizando que a hidrocefalia é um problema permanente e que a criança necessitará de avaliação regular. O objetivo geral é estabelecer metas realistas e um programa educacional apropriado que ajudará a criança a atingir seu potencial ótimo.

É sabido que os pais necessitam de apoio e incentivo para adaptar-se à criança e aos problemas que ela pode encontrar em relacionamentos com colegas e outras pessoas. As reações de outras crianças quando uma delas tem uma cabeça notavelmente aumentada ou requer raspagem do cabelo nos momentos de revisão são situações de estresse tanto para a criança quanto para os pais. Nós como profissionais de saúde podemos e devemos ajudar a família a adaptar-se à criança.

3.1.13. GASTROSQUISE

Conceito

De acordo com Júnior et al (1999) trata-se de uma afecção congênita onde ocorre a exteriorização das vísceras através de um defeito na parede abdominal, à direita do cordão umbilical e não estão envoltas pelo saco herniário. Eis o que a diferencia da onfalocele, onde o cordão umbilical insere-se no próprio defeito, em continuidade com a membrana amniótica

que encontra-se envolvendo as vísceras. Um fato bastante característico deste defeito refere-se ao fígado, que não se exterioriza e permanece em sua posição normal, diferentemente das onfaloceles. É importante lembrar há alta incidência de prematuridade nos recém-nascidos com gastrosquise. O conteúdo eviscerado na gastrosquise habitualmente inclui intestino primariamente delgado, com uma porção de estômago e cólon proximal (POLIN, 1996).

Manifestações Clínicas

Caso a evisceração se dê no início da vida fetal, a cavidade abdominal é pequena, e o intestino saliente apresenta-se espessado, em decorrência do suprimento sanguíneo precário e da irritação. Quando a evisceração ocorre logo antes do nascimento, o intestino é quase normal e a cavidade abdominal, de tamanho adequado para acomodar as vísceras. (WHALEY & WONG, 1989).



Fonte: Adam.

Avaliação Diagnóstica

Segundo Júnior et al (1999) o diagnóstico da onfalocele e gastrosquise é feito pelo pediatra, à primeira inspeção da criança, ao nascimento. No entanto, a ecografia pré-natal permite o diagnóstico antes do nascimento do bebê.

Tratamento

Nos casos de diagnóstico durante o pré-natal, não é recomendado a antecipação do parto. Sabe-se ainda que o parto cesárea não traz qualquer vantagem em relação ao parto vaginal.

O manejo do feto com gastrosquise, segundo Polin (1996) é controverso. Embora a cesariana seja defendida por alguns autores, não há evidências de que isto tenha um resultado melhor. As atresias intestinais e a má rotação correspondem aos defeitos mais comumente associados.

Os cuidados imediatos de um recém-nascido com gastrosquise consistem em colocação

de sonda nasogástrica de alívio, e a proteção da membrana amniótica ou das alças intestinais deve ser feita com compressas estéreis embebidas em solução fisiológica morna. O tratamento cirúrgico, uma vez indicado, deve ser precocemente instituído, pois, além de eliminar o risco de ruptura da membrana, torna-se tecnicamente mais fácil, já que, com o decorrer do tempo, o estômago e as alças intestinais se distendem devido ao ar deglutido. Nas gastrosquises de grandes proporções ou em que há intenso edema das alças intestinais, realiza-se ainda enteroclistma, com o objetivo de esvaziar o conteúdo do colo e facilitar a redução das alças intestinais para dentro da cavidade peritoneal (JÚNIOR et al, 1999).

No momento da cirurgia a parede abdominal é manualmente distendida para aumentar a cavidade abdominal. No entanto, em algumas crianças, as vísceras abdominais não caberão dentro da cavidade abdominal. Neste caso, opta-se pelo uso temporário de uma tela de Silastic, a fim de evitar o sofrimento respiratório, devido a compressão excessiva exercida pelas vísceras. Além disso, Polin (1996) cita que esta pressão abdominal elevada pode influenciar negativamente na perfusão renal e intestinal.

A partir da colocação do Silastic, Júnior et al (1999) referem que diariamente, é realizada uma ordenha das vísceras, no sentido de forçar a entrada de vísceras para dentro da cavidade e, ao fim de cinco dias a tela é retirada, seguida do fechamento da parede abdominal. Cabe ainda destacar, que no período pós-operatório, faz-se necessária assistência ventilatória, especialmente nos defeitos de grandes proporções, devido a compressão das cúpulas diafragmáticas. Durante este período, a criança deve receber antibioticoterapia de largo espectro e nutrição parenteral.

Cuidados de Enfermagem de acordo com Wong (1999) e Vilela (2004).

Pré-Operatório:

- Manter RN em uso de sonda naso ou orogástrica, com cateter de calibre adequado para drenagem de secreções espessas, aspiração freqüente.
- Manter cuidados rigorosos em relação ao risco de infecção (lavar bem as mãos antes e após a realização dos procedimentos, utilizar técnica asséptica sempre que executar procedimentos invasivos entre outros cuidados de acordo com a CCIH).
- Controle rigoroso da temperatura (risco para hipotermia).
- Manter o saco ou a víscera úmidos com compressas de soro fisiológico
- Manter decúbito lateral direito com cabeceira elevada.

- Administrar antibioticoterapia rigorosamente.
- Utilizar uma unidade de aquecimento.
- Monitorizar ventilação mecânica se for o caso.
- Proceder aos cuidados rotineiros do acesso intravenoso.
- Manter dieta zero
- Utilizar medidas de conforto ao RN.
- Oferecer apoio emocional aos pais.

Cuidados de Enfermagem de acordo com Vilela (2004)

Pós-Operatório:

- Manter RN em uso de sonda naso ou orogástrica, com cateter de calibre adequado para drenagem de secreções espessas, aspiração freqüente.
- Manter cuidados rigorosos em relação ao risco de infecção (lavar bem as mãos antes e após a realização dos procedimentos, utilizar técnica asséptica sempre que executar procedimentos invasivos entre outros cuidados de acordo com a CCIH).
- Realizar troca de curativo sempre que necessário.
- Monitorizar ventilação mecânica.
- Atentar e registrar presença ou não de diurese e evacuações.
- Administrar analgesia de acordo com a prescrição médica e com as manifestações do bebê.
- Administrar nutrição parenteral até o restabelecimento do trânsito intestinal.
- Administrar antibioticoterapia seguindo rigorosamente os horários prescritos.
- Proporcionar conforto ao RN sempre após os procedimentos agressivos.
- Favorecer e estimular o contato mãe/RN/pai.
- Orientar e oferecer apoio aos pais sempre que necessário.

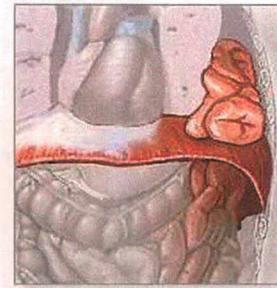
Por vezes, uma criança com gastrosquise, pode permanecer por um longo tempo em internação hospitalar, elas podem necessitar de diversos procedimentos cirúrgicos, fato que conseqüentemente pode gerar uma desestruturação na família, a nível psicossocial, de modo especial se eles encontrarem-se em UTIN. Por isso, cabe lembrar que o auxílio multiprofissional precoce através da atuação do enfermeiro, do psicólogo, do assistente social, entre outros é verdadeiramente válido ante este período de hospitalização prolongado.

3.1.14. HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

Conceito

Para Vilela (2004) trata-se de uma falha congênita no diafragma que resulta em herniação das vísceras abdominais para o tórax, sendo mais freqüente à esquerda.

Segundo Kelnar et al (1995) o diafragma deriva embriologicamente de vários tecidos diferentes, podendo ocorrer falhas quando não houver fusão completa destes tecidos. A anomalia mais freqüente é a persistência do canal pleuroperitoneal esquerdo, permitindo a herniação do intestino, o que leva ao impedimento da expansão do pulmão.



Intestino aparecendo através de um orifício no diafragma

Fonte: Adam.

Manifestações clínicas e Avaliação Diagnóstica

O ar que penetra no intestino após o nascimento provoca dispnéia e cianose crescentes, é possível auscultar ruídos intestinais ao nível do tórax e visualizar a retração da parede abdominal devido a ausência do intestino (KELNAR et al, 1995).

Segundo Vilela (2004) a presença de hipertensão arterial pulmonar para reversão para o padrão de circulação fetal também pode estar presentes. A radiografia de tórax com cateter naso ou orogástrico instalado demonstra estômago e alças intestinais ocupando um dos hemitórax.

Com freqüência, o diagnóstico é realizado no período pré-natal por estudos ultrasonográficos, os quais podem ser precipitados pela ocorrência de poliidrânio. Os neonatos com grandes hérnias diafragmáticas podem apresentar cianose, angústia respiratória, abdome escafoide, murmúrio vesicular diminuído ou ausente no lado da hérnia e batimentos cardíacos deslocados para o lado oposto a hérnia. Já no caso de hérnias pequenas, hérnias do lado direito e hérnias subesternais podem apresentar um estabelecimento mais útil, manifestado por problemas de alimentação e angústia respiratória branda (CLOHERTY, 2000).

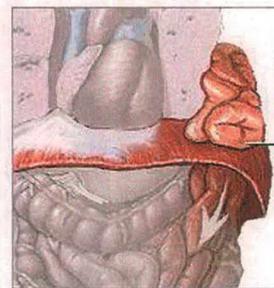
Tratamento

O tratamento, segundo Kelnar et al (1995), consiste em intubação endotraqueal e ventilação com pressão positiva intermitente, enquanto aguarda a realização da cirurgia de sutura da falha diafragmática. Aconselha-se a submeter o RN à sedação profunda afim de suprimir a respiração espontânea, assegurando uma ventilação mecânica adequada. Cabe lembrar que a ventilação nunca deve ser realizada com máscara facial, pois o ar será deglutido, provocando distensão do intestino e agravando a dispnéia. A introdução de uma sonda gástrica também é uma medida a ser tomada, para que o ar contido no estômago seja esvaziado através da aspiração com uma seringa, esta sonda deve ser mantida em drenagem.

Vilela (2004) refere, como conduta inicial, a passagem de sonda nasogástrica em drenagem, manter a isotermia, correção agressiva da hipóxia e acidose com o uso de bicarbonato e iniciar tratamento para hipertensão arterial pulmonar. Destaca ainda que a correção cirúrgica não deve ser realizada se o pH persistir abaixo de 7,2, PaO₂ < 60 mmHg e PaCO₂ > 40 mmHg.

Reparação Cirúrgica

O ato cirúrgico de acordo com Cloherty (2000) é realizado através do abdome ou do tórax com redução do intestino para dentro da cavidade abdominal. Neonatos pequenos podem requerer a colocação de rede abdominal, nos casos em que a cavidade abdominal seja muito pequena para a colocação total das vísceras abdominais.



Orifício no diafragma

O intestino é puxado novamente para o abdome

Fonte: Adam.

Infelizmente a correção cirúrgica não garante a sobrevivência. Se o RN tiver complicações respiratórias, ou se o pulmão não-acometido estiver comprometido e o pulmão acometido for hipoplásico, o prognóstico pode ser, na melhor das hipóteses reservado (KENNER, 2001).

O controle pós-operatório é focalizado na minimização da hipertensão pulmonar e na prevenção do barotrauma. As modalidades de ventilação oscilatórias de alta frequência e de controle assistido mostram-se promissoras (CLOHERTY, 2000).

Cuidados de Enfermagem de acordo com Wong (1999) e Kenner (2001).

Pré-Operatório:

- estabilizar e dar suporte respiratório;
- administrar antibióticos profiláticos e hidratação endovenosa conforme prescrição médica;
- colher amostra de sangue para hemograma completo, nível de eletrólitos no plasma e gasometria arterial;
- colocar o lactente na posição semi-fowler.
- oferecer apoio emocional aos pais e esclarecer possíveis dúvidas que venham a surgir, visando tranquilizá-los.

Pós-Operatório:

- atentar para os Sinais de complicação, como shunt da direita para a esquerda, pneumotórax, e hipertensão arterial pulmonar;
- manter permeabilidade das vias aéreas, o suporte respiratório e o equilíbrio hidroeletrólítico;
- auscultar os sons respiratórios a cada duas horas visando detectar precocemente o desenvolvimento de um pneumotórax (diminuição dos sons vesiculares);
- controlar o local da incisão para identificar sinais de vazamento ou infecção;
- aspirar o tubo endotraqueal e manter o suporte ventilatório enquanto for necessário;
- manter a permeabilidade do dreno torácico, observando e registrando as características do material drenado, no caso de haver a presença de dreno;
- introduzir dieta por gavagem quando restabelecido o trânsito intestinal;
- apoiar os pais, tendo em vista que a criança está gravemente afetado e que como na maioria dos casos, o diagnóstico é reservado.

Prognóstico

De acordo com o que diz Cloherty (2000) a mortalidade por hérnia diafragmática, embora melhorada com a terapia moderna, atinge cerca de 40%. Embora a reparação do próprio defeito seja relativamente direta, a hipoplasia pulmonar subjacente e a hipertensão pulmonar são, em grande parte responsáveis pela mortalidade. Em relação ao prognóstico, a prevenção da hipóxia e da acidose contribuirão na minimização da hipertensão pulmonar.

Terapias mais modernas, como a oxigenação por membrana extracorpórea e a terapia de inalação de óxido nítrico, trazem benefícios ao prognóstico.

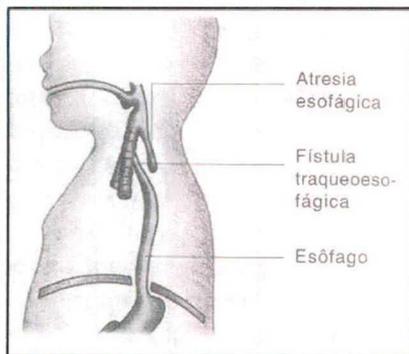
Espera-se um bom prognóstico para os RN que apresentem sintomas respiratórios após as primeiras 12 horas de vida, ou ainda que consigam reverter a insuficiência respiratória ou hipertensão pulmonar com as abordagens terapêuticas disponíveis (VILELA, 2004).

3.1.15. ATRESIA DE ESÔFAGO

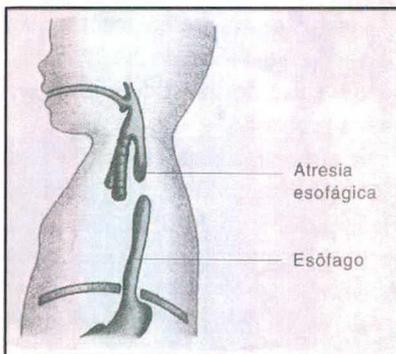
Conceito

De acordo com Júnior et al (1999) trata-se de uma interrupção total da luz esofágica no terço médio da víscera.

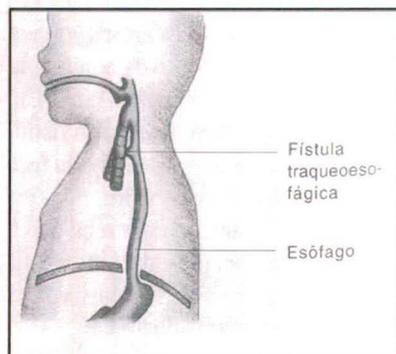
Na forma mais freqüentemente encontrada de atresia esofágica e FTE (80 a 95% dos casos), o segmento esofágico proximal termina em bolsa cega, e o segmento distal está conectado à traquéia ou brônquio principal por uma pequena fistula na bifurcação ou próximo a ela. A segunda variedade mais comum consiste numa bolsa cega em cada extremidade, amplamente separada e sem qualquer comunicação com a traquéia. Com menos freqüência, a traquéia e o esôfago, normais sob os demais aspectos, estão conectados por uma fistula comum. As anomalias, extremamente raras, envolvem uma fistula da traquéia para o segmento esofágico superior ou para ambos os segmentos, superior e inferior (WONG, 1999).



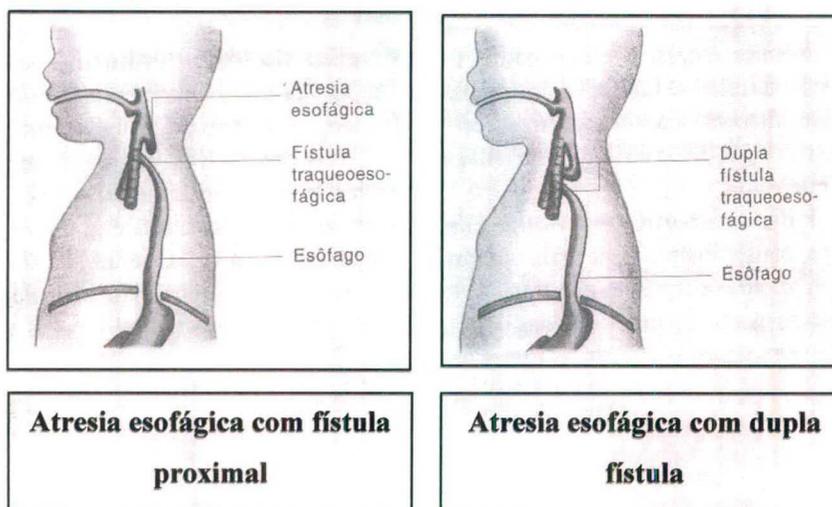
Atresia esofágica com fístula traqueoesofágica distal



Atresia esofágica sem fístula traqueoesofágica



Fístula traqueoesofágica sem atresia esofágica



Fonte: Kenner, 2001

Em linhas gerais, podemos dizer que é uma malformação onde há falha na separação entre o esôfago e a traquéia associada à perda da continuidade da luz do esôfago.

Anomalias Associadas

Em aproximadamente metade dos casos há alguma anomalia associada grave em outro órgão, sendo esta a principal causa de complicação e óbito no período pós-operatório. Segundo Júnior et al (1999) dentro do complexo de malformações associadas à atresia de esôfago, deve ser lembrada a clássica associação VATER (ou VATERL), que designa crianças com anomalia vertebral (V), atresia anal (A), atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica (TE) e anomalias renais (R), displasia do rádio (R) ou malformação de membro inferior (*limb-L*).

Para Wong (1999) a atresia congênita do esôfago e a fístula traqueoesofágica (FTE), que em geral apresentam-se associadas, são malformações raras que representam a incapacidade do esôfago de se desenvolver como uma passagem contínua.

Etiologia

Wong (1999) referem que a causa da atresia esofágica e da FTE é desconhecida. A incidência é estimada em 1:3.000 a 1:3.500 nascidos vivos. Acredita-se haver uma incidência igual entre os sexos, porém o peso da maioria dos lactentes afetados ao nascer é significativamente menor do que a média, e verifica-se uma incidência elevada de prematuridade em lactentes com atresia esofágica.

Fisiopatologia

Caso a atresia de esôfago não seja diagnosticada logo após o nascimento, Júnior et al (1999) referem que ocorrerá acúmulo de saliva no coto superior do esôfago, com inevitável aspiração para a árvore traqueobrônquica. Também, o coto superior distendido, cheio de saliva, exerce compressão sobre a parede posterior da traquéia. Porém, o refluxo de suco gástrico ácido, através da fistula distal para a árvore traqueobrônquica, constitui o mais importante mecanismo de agressão pulmonar na atresia de esôfago. Isto acontece com certa intensidade, uma vez que normalmente ocorre a oclusão da glote durante o choro do neonato, forçando a entrada de ar no estômago através da fistula.

O natural alívio da distensão gástrica sobre o esôfago força a entrada do conteúdo para a árvore traqueobrônquica. A consequência imediata é pneumonia química e posterior contaminação bacteriana. Por outro lado, a distensão gástrica e de alças intestinais causa compressão diafragmática e dificuldade respiratória. Portanto, o recém-nascido portador de atresia de esôfago com fistula distal deve ser imediatamente colocado em posição elevada de 45°, com o objetivo de se conseguir menor refluxo de suco gástrico e aspiração de saliva, e melhor expansão pulmonar. Nas crianças com fistula traqueoesofágica sem atresia de esôfago, existe tendência da passagem de ar para o esôfago e o estômago. Durante as mamadas podem ocorrer episódios de aspiração (TANNURI, 1999 p. 255)

Manifestações Clínicas

O recém-nascido pode apresentar, de acordo com Vilela (2004) e Júnior et al (1999):

- desconforto respiratório;
- salivção excessiva e aerada através da boca e do nariz;
- tosse, sufocação e cianose na tentativa de alimentação oral;
- impossibilidade de passar cateter naso ou orogástrico rígido;
- distensão abdominal devido a passagem contínua do ar inspirado para o estômago através da fistula distal (no caso de atresia com fistula);
- abdome escavado (no caso de atresia sem fistula);
- roncospulmonares e retração costal devido a aspiração de saliva para as vias respiratórias;

Avaliação Diagnóstica

A ecografia pré-natal, realizada no último trimestre da gravidez, pode demonstrar imagens sugestivas do diagnóstico: polidrâmnio materno, que ocorre em 80% dos casos de atresia sem fístula e 32% em atresia com fístula, além da dilatação do coto superior do esôfago e ausência de conteúdo gástrico (JÚNIOR et al, 1999).

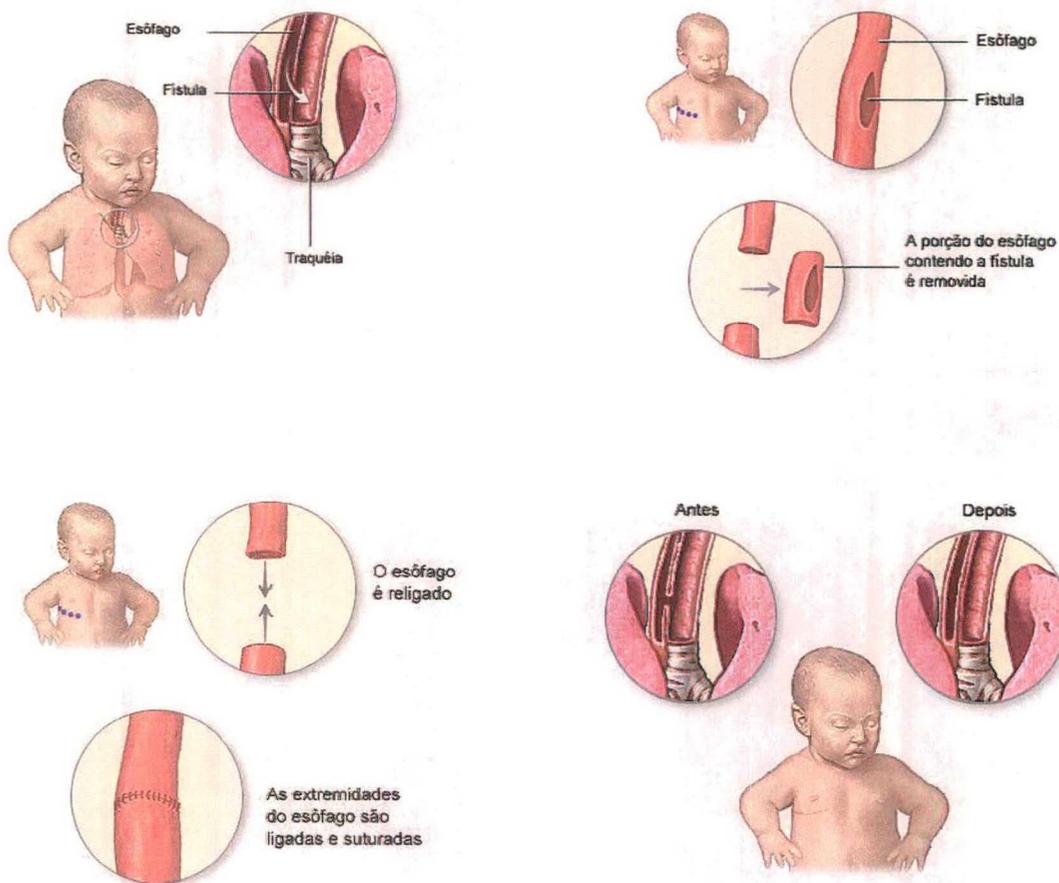
Após o nascimento, embora o diagnóstico seja estabelecido com base nos sinais e sintomas clínicos, o tipo exato de anomalia é determinado por exames radiográficos. Segundo Wong (1999) um cateter radiopaco é inserido na hipofaringe até encontrar uma obstrução. São efetuadas radiografias do tórax para verificar a permeabilidade do esôfago ou a presença e o nível de uma bolsa cega. Algumas vezes, as fístulas não são permeáveis, o que torna o seu diagnóstico mais difícil. A ausência total de ar no trato GI indica atresia esofágica sem FTE.

Júnior et al (1999) destaca ainda que deve-se evitar a qualquer custo a administração de contraste para a visualização do coto proximal, pelo perigo de aspiração para a árvore traqueobrônquica.

Tratamento

O tratamento da atresia esofágica e da FTE de acordo com Wong (1999) consiste em prevenção da pneumonia e reparo cirúrgico da anomalia. Quando há suspeita de FTE, a ingestão oral é imediatamente interrompida, são administrados líquidos EV, e o lactente é colocado na posição mais adequada (supina), para que se evite a ocorrência de aspiração das secreções da boca ou do estômago. A retirada das secreções da boca e da bolsa deve ser feita através da aspiração freqüente ou contínua. Como a pneumonia por aspiração é quase inevitável e surge precocemente, institui-se uma antibioticoterapia de amplo espectro.

A correção cirúrgica primária consiste em toracotomia com secção e ligadura da FTE e anastomose término-terminal do esôfago. No caso de prematuros, que apresentam anomalias múltiplas ou cuja condição é muito precária, prefere-se um procedimento em vários estágios, que envolve medidas paliativas, incluindo gastrostomia, ligadura da FTE e utilização de drenagem constante da bolsa esofágica. Em geral, tenta-se uma anastomose esofágica tardia depois de várias semanas, quando a bolsa superior se alonga e a bolsa inferior sofre hipertrofia.



Fonte: Adam.

Para Júnior et al (1999) o objetivo do tratamento pré-operatório é a melhora das condições gerais e pulmonares, visando um menor número e gravidade de complicações pós-operatórias e maiores chances de sobrevivência. A conduta depende basicamente das condições clínicas do recém-nascido, uma vez que condutas intempestivas, indicações cirúrgicas feitas em momentos não adequados, poderão resultar em resultados desastrosos. Assim que se der o diagnóstico, deve-se colocar sonda no coto esofágico proximal, a qual deve ser periodicamente aspirada para evitar acúmulo de saliva e aspiração para a árvore traqueobrônquica.

As complicações do reparo primário segundo Wong (1999) incluem extravasamento anastomótico, estenoses devido a tensão ou isquemia, distúrbios da motilidade esofágica, causando disfagia, e refluxo gastroesofágico. Os distúrbios da motilidade são comuns após reparo de atresia esofágica ou FTE.

Prognóstico

Em recém-nascidos a termo, sem distúrbio respiratório grave ou outras anomalias, a taxa de sobrevivência é de quase 100%. No caso dos recém nascidos prematuros, com baixo peso ao nascer e anomalias associadas, a incidência de complicações apresenta-se elevada. A taxa de mortalidade global é de 10 a 15% (WONG,1999)

Cuidados de Enfermagem de acordo com Wong (1999) e Kenner (2001)

Pré-Operatório:

- administrar oxigênio úmido e aquecido, para fluidificar as secreções e aliviar a dificuldade respiratória
- manter RN com a cabeça elevada num plano de 30 graus.
- promover a mudança de decúbito para prevenir atelectasias e pneumonia.
- administrar dieta por via parenteral.
- manter permeabilidade das vias aéreas.
- observar cor e quantidade da secreção orogástrica
- promover aspiração intermitente ou contínua por uma sonda nasal de demora.
- controlar a permeabilidade da sonda naso/orogástrica
- atentar para sinais de asfixia, tosse e cianose.
- administrar antibioticoterapia rigorosamente.
- utilizar medidas de conforto ao RN.
- oferecer apoio emocional aos pais e reduzir a ansiedade dos mesmos.

Cuidados de Enfermagem de acordo com Wong (1999) e Tannuri (1999)

Pós-Operatório:

- promover a mudança de decúbito para prevenir atelectasias e pneumonia.
- realizar aspiração nasofaríngea com um cateter exatamente acima da linha de sutura para evitar a perfuração desta durante a aspiração.
- atentar para possíveis dificuldades respiratórias.
- evitar infecções nos locais operados
- manter sonda de gastrostomia em drenagem gravitacional até que o lactente possa tolerar a alimentação.

- oferecer chupeta (quando não houver contra-indicação) para estimular a deglutição
- oferecer dieta por via oral, pela gastrostomia ou ainda por sonda alimentar introduzida no esôfago (de acordo com a cirurgia realizada e com a condição do RN).
- educar e treinar os responsáveis (pais) nos cuidados pós-alta.
- oferecer apoio emocional aos pais;
- estimular os pais a visitar o bebê, a participar de seus cuidados, quando apropriado, e a expressar seus sentimentos a respeito do defeito.

3.1.16. SÍNDROME DE EDWARDS - (TRISSOMIA DO 18)

Conceito

Para Kelnar et al (1995) trata-se de uma síndrome onde o cromossomo sobressalente é o de número 18. Esta anomalia é bem menos freqüente que a trissomia do 21 e leva freqüentemente à morte no decorrer das primeiras semanas de vida.

Etiologia e Incidência

Foi encontrado uma incidência de 1:3.500 a 1:8.000, elevando este índice de acordo com o aumento da idade materna (mulheres com mais de 35 anos a incidência é de 1:200). Aparece com mais freqüência no sexo feminino (3:1). Em relação as gestações futuras, há um risco teórico de recorrência de 1%, não importando a idade materna (OSÓRIO e ROBINSON, 1993 apud PFÜTZENREUTER, 1999).

Fisiopatologia

Cerca de 80% dos casos são devidos a uma translocação envolvendo todo ou quase todo o cromossomo 18, o qual pode ser herdado ou adquirido de novo a partir de um progenitor transportador. O cariótipo é 47, XX,+18 ou 47, XY,+1 (UFV, 2002).

Manifestações Clínicas segundo Wiedemann, 1992 e UFV (2002):

- presença de face típica, caracterizada por fronte abaulada;
- fendas palpebrais curtas

- crânio estreito, microcefálico e com abaulamento da região occipital;
- malformação dos pavilhões auriculares;
- acentuada deficiência de crescimento intra-uterino;
- deficiência gravíssima do desenvolvimento psicomotor;
- hipertonia muscular, precedida por hipotonia;
- contratura em flexão das articulações dos dedos;
- calcâneos salientes, pés em “cadeira de balanço”;
- distância intermamilar relativamente aumentada;
- retardo mental e atraso do crescimento;
- malformações cardíacas importantes;
- pescoço curto;
- dedo indicador maior do que os outros e flexionado sobre o dedo médio;
- unhas costumam ser hipoplásticas;
- defeitos oculares.

Avaliação Diagnóstica

Esta doença genética pode ser diagnosticada ao nascimento, ou mesmo algum tempo depois, a partir de certas manifestações clínicas, as quais podem variar ligeiramente de um caso para outro. Existe ainda uma forma de confirmação que pode ser feita através de análise cromossômica dos pais da criança (UFV, 2002).

Tratamento

A conduta terapêutica no caso da Síndrome de Edwards é de abordagem paliativa, no sentido de reduzir o sofrimento do bebê, proporcionando na medida do possível uma condição de sobrevivência favorável. Em geral, após confirmado o diagnóstico, recomenda-se restringir as tentativas médicas de prolongar a vida do pequeno paciente.

Prognóstico

As principais conseqüências da trissomia do 18 consistem no atraso mental e num crescimento reduzido. A sobrevivência pós-natal é muito reduzida; a sobrevivência durante vários meses é muito rara, apesar de já terem sido registrados casos de adolescentes com 15

ou mais anos. Cerca de 80 % dos doentes correspondem a mulheres, possivelmente devido à sua sobrevivência preferencial (UFV, 2002).

Cuidados de Enfermagem, de acordo com a percepção das acadêmicas:

- Atentar para sinais de hipertermia.
- Manter RN em semi fowler.
- Monitorar níveis de saturação de O₂.
- Administrar e estimular nutrição.
- Manter RN aquecido de acordo com a temperatura corporal.
- Observar e registrar presença de diurese.
- Observar e registrar presença de evacuações.
- Observar e registrar presença de regurgitação/vômitos/resíduo gástrico.
- Proporcionar conforto ao RN sempre após os procedimentos agressivos.
- Favorecer e estimular o contato mãe/RN/pai.
- Orientar os pais quanto a gravidade da anomalia
- Orientar e oferecer apoio aos pais sempre que necessário.

3.1.17. ASSISTÊNCIA ÀS FAMÍLIAS DE RECÉM-NASCIDOS MALFORMADOS

Segundo Kenner (2001) com o nascimento de um recém-nascido malformado os membros da família experimentam uma sensação de perda. A família de um recém-nascido com uma doença crônica ou uma anomalia congênita deve encontrar meios de resolver o pesar a longo prazo e desenvolver estratégias para dispensar os cuidados especiais que a condição exigirá (e talvez equilibrar essas necessidades de cuidados com as necessidades dos outros filhos).

Para dispensar os cuidados nas primeiras semanas após o nascimento de um recém-nascido malformado, a enfermeira deve compreender a função da reação de pesar; reconhecer as etapas do pesar em cada membro da família; avaliar como os membros da família estão respondendo ao problema e resolvendo a crise de ter um recém-nascido de alto risco; identificar e implementar estratégias para ajudar os membros da família na resolução; ajudar os membros da família a identificar os sistemas de apoio que podem fornecer ajuda posterior; ensinar aos membros da família sobre a condição e os cuidados a serem dispensados ao

recém-nascido; manter empatia com os membros da família enquanto eles trabalham para integrar os cuidados ao recém-nascido de alto risco à vida familiar.

O autor refere ainda que o nascimento de um recém-nascido malformado pode parecer uma tragédia para a família que, durante o transcurso da gravidez, criou expectativas de um filho cujas características iriam refletir as suas, cuja capacidade eles poderiam adestrar e cujos interesses eles iriam compartilhar. Com o nascimento da criança, a família experimenta a perda do filho "perfeito" dos seus sonhos. Os pais devem lidar com essa perda e o pesar que ela provoca e encontrar maneiras de adaptar suas expectativas e seus planos para que combinem com a realidade do filho que nasceu.

De acordo com Kenner (2001) os pais em geral, experimentam os seguintes sentimentos:

Negação

Nesse primeiro estágio, os pais tentam negar a realidade ou a gravidade da condição do filho; isso lhes permite ter esperança de que a criança possa melhorar. Eles não podem renunciar subitamente às esperanças e sonhos que desenvolveram durante a gravidez. Adiando o reconhecimento da condição do filho, eles se protegem até que estejam prontos para encarar e enfrentar a situação.

Raiva

Quando tomam consciência da situação, os pais atingem o estágio de raiva. A raiva pode tomar a forma de ressentimento, amargura, culpa ou inveja dos outros pais cujos recém-nascidos nasceram sadios. Necessitando de atribuir a alguém ou a alguma coisa a responsabilidade pela condição da criança, os pais podem dirigir sua raiva para o mundo exterior. Alguns pais, em especial os que não são capazes de expressar raiva, podem internalizar seus sentimentos, tomando-se deprimidos e oprimidos pela culpa, enquanto se culpam pela condição do filho.

Negociação

Durante o estágio de negociação, um dos genitores pode estar propenso a fazer alguma coisa que possa ajudar o recém-nascido ou retardar a perda perinatal. A negociação envolve crenças religiosas ("Irei à igreja todos os domingos se Deus fizer meu filho melhorar") ou o desejo de tentar novas formas de terapêutica médica.

Depressão

No estágio de depressão, predominam os sentimentos de desesperança, impotência ou desespero. Alguns pais deprimidos traduzem seus sentimentos em palavras; outros se tomam não-comunicativos e desejam ficar a sós. Outros ainda, começam a negligenciar a aparência, dando sinais de depressão pelo comportamento. Desde que não se prolongue por um tempo excessivo, esse estágio representa um avanço real em direção à aceitação, porque sinaliza o reconhecimento da situação do recém nascido e seu impacto potencial no presente e no futuro.

Aceitação

O estágio de aceitação, que leva na maioria das pessoas pelo menos vários meses e pode levar até 2 anos para ser atingido, é marcado pelo reatamento da atividade normal cotidiana e pela diminuição da preocupação com a perda. Para a família de uma criança que sobrevive com uma deficiência, a aceitação plena pode ser difícil ou mesmo impossível de ser alcançada. A condição crônica necessita de adaptação e enfrentamento contínuos; a deficiência e as limitações que a condição impõe à vida da criança permanecem uma causa de sofrimento constante.

Frente a estes sentimentos experienciados, Kenner (2001) refere que os familiares podem apresentar os seguintes mecanismos de enfrentamento:

Negação

Choque e descrença são as primeiras reações mais comuns ao nascimento de um recém-nascido malformado. Embora a negação tenha uma finalidade de autoproteção, tão logo os pais se apeguem à negação eles não podem participar das decisões sobre os cuidados nem fazer planos realísticos.

Raiva

A raiva e a hostilidade podem vir após a negação, quando os pais tentam lidar com o choque. Com a necessidade de dominar a situação, os pais podem dirigir a raiva contra a equipe de saúde, culpando-a pela condição da criança.

Culpa

Muitos pais de recém-nascidos de alto risco tentam resolver sua impotência através da culpa, dizendo a si próprios que eles fizeram alguma coisa para provocar a anormalidade do filho ou deixaram de fazer alguma coisa para evitá-la. Tal como a negação e a raiva, a culpa é um mecanismo que os pais devem superar para retomarem a sua vida com eficiência.

Afastamento

Mesmo que possam visitar a criança regularmente, eles investem pouca energia na construção de uma relação com o filho.

Intelectualização

Alguns pais tentam se afastar das emoções dolorosas que sentem procurando um significado para a situação; conhecer assuntos como valores sanguíneos e níveis de oxigênio pode dar a eles alguma coisa em que se concentrar. Esses pais necessitam ter certeza de que vão receber informações precisas e ter suas perguntas respondidas cuidadosamente, mas também podem precisar de ajuda para voltar a se concentrar no recém-nascido.

Já perturbados pela chegada de um recém-nascido malformado, os pais podem sentir um estresse adicional dentro da UTIN, com todo o seu equipamento sofisticado, monitores piscando, alarmes disparando e membros da equipe apressados. Por esse motivo, a enfermagem deve tentar conduzir a avaliação de maneira calma e direta.

3.1. 18 MALFORMAÇÕES NO NASCIMENTO E O VÍNCULO

Klaus et al (2000) descrevem que quando um bebê nasce malformado, ocorre um sentimento aterrador em todos os que estiverem envolvidos com o nascimento. Para os pais, para quem o recém-nascido representa o ápice de todos os seus esforços e incorpora suas expectativas quanto ao futuro, sobrepõe-se uma carga de luto e adaptação, além da necessidade de aprender novas formas de cuidados. O nascimento de um bebê com malformação congênita também constitui-se em um complexo desafio para a pessoa que cuida dele e da família.

Para os autores as reações dos pais e o grau de suas dificuldades no futuro apego dependem em parte da natureza da malformação:

- É possível corrigir a malformação completamente ou não?
- A malformação é visível ou não?
- Ela afeta o sistema nervoso central?
- Ela apresenta risco de vida?
- Ela irá afetar o desenvolvimento futuro do bebê?
- Ela afeta a genitália? Os olhos?

- As malformações são várias ou é só uma?
- Ela é conhecida?
- Serão necessárias hospitalizações repetidas e visitas a médicos ou locais especializados?

Quanto mais visíveis os defeitos, mais imediata a preocupação e o constrangimento. Mesmo uma pequena anormalidade na cabeça ou no pescoço resulta em uma maior ansiedade em relação ao desenvolvimento futuro do que uma deficiência em outra parte do corpo.

Alguns pais resistem em ver seus filhos malformados pela primeira vez e expressam necessidade de ajustar a intensidade da experiência. Quando esses pais vêem seus bebês, parece ocorrer um ponto de virada, e surgem desejos de cuidá-los, o que antes não havia. Os pais, com frequência relatam que, quando viram seus filhos pela primeira vez, as malformações pareceram menos alarmantes do que haviam imaginado. O fato de verem as crianças diminuiu a sua ansiedade. As mães consideraram que o tempo gasto esperando para ver o bebê, depois de ter recebido a notícia sobre a anormalidade congênita, era o mais difícil de ser suportado. Tanto as mães quanto os pais ficavam muito aliviados quando, na realidade, viam seus bebês. (KLAUS et al, 2000).

Alguns pais não relatam reações iniciais de choque e de confusão emocional, mas tendem, ao invés disso, a intelectualizar o problema do bebê e a focar os fatos relacionados com as condições do bebê. Outros pais, incapazes de lidar com sucesso com suas fortes reações emocionais ao nascimento, não conseguem atingir uma adaptação adequada; permanecem em um estado de pesar por muito tempo, depois do nascimento.

Uma falta de oportunidade para conversar a respeito do diagnóstico da criança pode criar uma situação na qual os pais se sintam sobrecarregados e incapazes de avaliar a realidade da anormalidade da criança. Se o processo de luto torna-se fixado como uma atmosfera mantida dentro da família, o fantasma da criança desejada, esperada, saudável, por vezes, continua a interferir com a adaptação da família à criança real (KLAUS et al, 2000).

Considerando o estresse como uma parte inevitável dessas situações, é importante que as famílias que passam pela experiência emocional intensa, provocada pelo nascimento de um bebê malformado, possam aprender a assimilar esse bebê dentro da família e começar a responder às necessidades da criança tão logo quanto possível.

Segundo Klaus et al (2000) a luta com esses aspectos complexos envolve muitas tarefas que podem evitar problemas protelados. Por exemplo, devido à culpa e à raiva não-resolvidas, os pais podem desenvolver uma atitude superprotetora em relação à criança, que pode impedir seu desenvolvimento. O controle de sentimentos perturbadores pela negação de fatos dolorosos em relação à malformação pode também levar a soluções inadequadas.

As hospitalizações para alguns e as previsões incertas sobre o desenvolvimento de outros, intensificam a preocupação dos pais e frustram com frequência o planejamento coerente, de forma que é difícil determinar quando os pais cruzam o limite em direção ao comportamento superprotetor.

Quando os pais estão envolvidos no planejamento dos cuidados de seu bebê, eles podem gostar de ter o retorno dele. Nessa fase bem inicial, a base do trabalho também é determinada por uma aliança eficaz entre os pais e os profissionais em relação ao tratamento.

Para Klaus et al (2000) a crise pelo nascimento da criança malformada tem o potencial de aproximar os pais como resultado do apoio mútuo e da comunicação necessária para a adaptação. Por outro lado, em muitas das famílias, o nascimento e as exigências que ocorrem em relação aos cuidados do bebê podem dar origem a um isolamento entre alguns pais, particularmente se eles não dividem as responsabilidades. Muitos pais dizem que a forma mais eficaz que encontraram para lidar com o desafio foi fazer as coisas dia a dia. Eles tentam não se preocupar excessivamente sobre as incertezas do futuro ou dar importância aos eventos traumáticos do passado. Por vezes, isso pode ser distorcido por defesas como a negação. Entretanto, a não ser que os cuidados diários do bebê e o planejamento sejam afetados, esse tipo de reação parece proteger os pais da dor insuportável.

Ao longo das várias fases do processo, há a necessidade de cuidados profissionais competentes e amáveis, e de apoio, bem como apoio mútuo e compreensão entre os pais. As comunicações eficazes entre todos os envolvidos nos cuidados de uma criança são especialmente importantes. Acima de tudo, Klaus et al (2000) enfatizam a importância da continuidade dos cuidados destes recém-nascidos depois da alta, com visitas à casa e ao consultório em horários regulares. A partir do envolvimento dos profissionais de saúde com os pais pode crescer uma aliança que irá favorecer na adaptação e num sentido maior no bem-estar geral da criança e da família como um todo.

3.1.19 REAÇÕES DAS FAMÍLIAS À MORTE NA INFÂNCIA: O PROCESSO DE LUTO

Nenhum evento é mais devastador para as famílias que a ameaça de perda ou perda real de um filho. As famílias, principalmente os pais, são privadas da alegria e da satisfação de observar o crescimento de um filho. Todos os membros da família são afetados pela perda, e suas necessidades devem ser reconhecidas para resolver seu luto. As enfermeiras necessitam de uma compreensão básica do processo de luto antes (se a morte for prevista), no momento da morte e após a morte, para que possam dar orientação e apoio emocional.

De acordo com Wong (1999) em resposta a qualquer perda há uma reação de luto. O luto antecipado pode preceder uma morte prevista. O *luto agudo* desenvolve-se em horas a dias após uma morte, sendo caracterizado por sintomas somáticos e luto subjetivo intenso. O trabalho de luto, ou perda, refere-se ao longo processo que começa com o sofrimento agudo e estende-se até um período de reorganização da vida psicológica, com formação de vínculo com novas pessoas e interesses. A privação freqüentemente refere-se ao período de luto, embora luto, perda e privação sejam usados como sinônimos.

Em caso de morte esperada, a criança e a família geralmente são envolvidas no plano para intervenção antes e após a morte. Em caso de morte inesperada, os sobreviventes enfrentam a enorme tarefa de integrar a perda às suas vidas, sem oportunidade de luto antecipado. Em qualquer situação, as enfermeiras podem facilitar o processo de luto por meio do conhecimento das reações psicológicas e somáticas esperadas e pelo diálogo com membros da família, determinação de suas necessidades e apoio de seus esforços de ajuste, adaptação e sofrimento. A aplicação de princípios de cuidados concentrados na família é tão importante neste momento quanto em qualquer outro.

Luto Antecipado

Quando a morte é o resultado esperado ou possível de um distúrbio, a criança e os membros da família apresentam reações comportamentais de luto antecipado. O luto antecipado pode manifestar-se por comportamentos e intensidades variáveis e pode incluir negação, raiva, depressão e outros sintomas psicológicos e somáticos. As pessoas que cuidam da criança são mais eficazes quando participam ativamente com aqueles que lidam com a morte e os autorizam a abordar suas necessidades remanescentes.

Luto Agudo

Quando há morte, seja esta esperada ou inesperada, o luto agudo desenvolve-se em horas a dias. O luto agudo é uma síndrome definida com sintomas psicológicos e somáticos que causam sofrimento intenso (veja quadro p. 63). Reações como ouvir a voz da pessoa morta, sentir-se distante de outros que desejam ajuda ou sentir-se excessivamente culpado por não evitar a morte podem fazer as pessoas que sofrem temerem que estejam se aproximando de um esgotamento mental. Pelo contrário, estes sintomas são respostas normais, necessárias e esperadas. Eles significam que os sobreviventes estão atravessando o luto agudo e provavelmente resolverão a perda de forma satisfatória e reiniciarão ou reestruturarão um papel significativo em seu ambiente social.

Embora os sintomas de luto devam surgir imediatamente após uma crise, eles podem ser tardios, exagerados ou aparentemente ausentes. No lugar de respostas de luto normais, reações distorcidas, como hostilidade excessiva, depressão com sinais de suicídio ou hiperatividade sem um sentimento de perda, podem ocorrer. Estas reações distorcidas podem ser transformadas em luto normal com intervenção apropriada, como por um conselheiro. As enfermeiras que trabalham com famílias em luto devem conhecer a sintomatologia do sofrimento normal (veja quadro p. 63). para reconhecer a ocorrência rara de reações de sofrimento mórbidas.

Luto da Perda

Após a morte, começa o longo processo de luto ou perda, que se estende até um período de ajuste à perda, com ligação a novas pessoas e o desenvolvimento de novos interesses. Ao contrário da crença comum de que o luto termina em um ano, as pesquisas indicam que a sua resolução pode levar anos e que pode haver uma intensificação durante os primeiros anos.

- Choque e Descrença: choque, entorpecimento e descrença são observados durante a fase imediata do luto. Como descreveu um pai, "Nós estávamos tão preparados para a morte de nosso filho quanto qualquer um estaria, mas foi um choque quando em um momento sua vida terminou. Eu simplesmente não posso compreender a velocidade com que a vida termina. "Este entorpecimento temporário protege os sobreviventes da dor enorme associada ao luto. Em geral, as decisões são tomadas automaticamente e apenas alguns detalhes são lembrados.

- Expressão do Luto: quando o entorpecimento desaparece, tem início um período de sofrimento intenso, caracterizado por compaixão e solidão pelo falecido. Durante este estágio, muitos dos sinais de luto agudo estão evidentes, e as queixas físicas, como incapacidade de

dormir e alterações do apetite, são comuns. Há uma tendência a rever os eventos da vida do falecido e a avaliar o relacionamento com a pessoa querida. Neste momento, os sentimentos de culpa e raiva são comuns.

• Desorganização e Desespero: durante este estágio, a dor da perda é substituída basicamente por vazio, apatia e depressão profunda. Há um sentimento de que a vida não tem significado e que a dor nunca terminará. Isso é particularmente relevante para os pais. Por exemplo, as mães freqüentemente comentam que sofreram uma perda dupla – a perda de seu filho e a perda do papel materno. Os sentimentos de separação de outras pessoas queridas são comuns, e o isolamento social pode levar à depressão.

• Desorganização e Desespero: durante este estágio, a dor da perda é substituída basicamente por vazio, apatia e depressão profunda. Há um sentimento de que a vida não tem significado e que a dor nunca terminará. Isso é particularmente relevante para os pais. Por exemplo, as mães freqüentemente comentam que sofreram uma perda dupla – a perda de seu filho e a perda do papel materno. Os sentimentos de separação de outras pessoas queridas são comuns, e o isolamento social pode levar à depressão.

• Reorganização: a reorganização refere-se à recuperação da perda. Durante este processo muito

CARACTERÍSTICAS DA REAÇÃO DE LUTO NORMAL (WONG, 1999)

SENSAÇÕES DE SOFRIMENTO SOMÁTICO

Sensação de aperto na garganta

Sufocação, com dispnéia

Acentuada tendência a suspirar

Sensação de vazio no abdome

Ausência de força muscular

Intenso sofrimento subjetivo descrito como tensão ou dor mental

PREOCUPAÇÃO COM A IMAGEM DO FALECIDO

Ouve, vê ou imagina que a pessoa morta está presente

Leve sensação de irrealidade

Sentimento de distância emocional dos outros Sentimento de aproximar-se de uma ruptura mental

SENTIMENTOS DE CULPA

Busca evidências de fracasso na prevenção da morte

Acusa a si próprio de negligência ou exagera pequenas omissões

SENTIMENTOS DE HOSTILIDADE

Perda de calor em relação aos outros

Tendência a irritabilidade e raiva

Não deseja ser perturbado por amigos ou parentes

PERDA DE PADRÃO HABITUAL OU CONDUTA

Agitação, incapacidade de sentar quieto, movimentação sem objetivo

Busca contínua de algo para fazer ou pensamento sobre o que deve ser feito

Ausência de capacidade de iniciar e manter padrões organizados de atividade

gradual, os sobreviventes normalmente encontram significado na vida, reajustam a vida sem o falecido, desenvolvem relacionamentos novos ou renovados e aprendem a viver com a memória do falecido com dor muito menor. Isto nunca significa que a pessoa querida seja esquecida e que a dor cessou. Sempre resta uma dor profunda que nunca é totalmente substituída por felicidade e que retorna mais intensamente, por exemplo, em feriados ou aniversários. (WONG, 1999).

3.1.20. ANOMALIAS CONGÊNITAS E ÉTICA MÉDICA

De acordo com Netto (2003) os avanços técnicos incorporados às UTINs têm determinado maiores chances de sobrevivência dessas crianças com graves malformações ao nascimento. Embora a mortalidade nesse grupo seja muito alta, ao redor de 30%, um número significativo de recém-nascidos vai desenvolver seqüelas físicas ou mentais muito graves, ou utilizar os leitos hospitalares por tempo prolongado, em geral sem nenhum prognóstico de cura ou melhora. Esse processo, além de gerar um alto custo no aspecto emocional e psíquico para a família, representa um ônus financeiro hospitalar muito elevado.

Ainda de acordo com o autor, a equipe de saúde, responsável pelos cuidados destes neonatos permanentemente se depara com uma série de dúvidas, entre elas a questão de como começar ou terminar o suporte de vida e que parâmetros utilizar para tomar uma decisão, em geral, no sentido de interromper os tratamentos instituídos. Entre todos os problemas éticos vivenciados diariamente nas UTINs, essas decisões são as mais dramáticas e difíceis de justificar.

Tratamento do Recém-Nascido com Malformação Grave

Observa-se que a assistência neonatal evoluiu de forma drástica nos últimos 30 anos, com diminuição importante das taxas de mortalidade. Os critérios adotados entretanto, apresentam um grau de dispersão muito grande a respeito da instituição de determinados tratamentos que vão do incondicional respeito à vida, até o posicionamento que concorda em apressar a morte de recém-nascidos com defeitos congênitos múltiplos ou anomalias graves do sistema nervoso central. O que se observa, de maneira em geral, é uma dificuldade em estabelecer padrões de legislação, por envolver uma carga elevada de motivações morais e religiosas. Nesse aspecto é importante que as instâncias médicas estejam dispostas a debater o problema com a sociedade. (NETTO, 2003).

Questões Envolvidas na Decisão da Continuidade do Tratamento

O autor refere ainda que pode-se observar freqüentemente um debate entre as ideologias da inviolabilidade da vida e a qualidade de vida. Nesse sentido, pode-se, sem dúvida, questionar os critérios utilizados para sonegar ou administrar tratamento a um RN malformado com um prognóstico reservado. Se, por um lado, sob a ótica cristã a vida é um bem divino que deve ser preservado a qualquer custo, por outro lado inteligência, autonomia e produtividade são valores altamente apreciados pela sociedade atual.

Uso de tratamento fútil - Deve ser definido em função da relação entre tratamento, terapêutica e cuidado. Um tratamento é considerado fútil quando não tem boa probabilidade de ter benefício terapêutico. Em geral resulta em sofrimento e pouco benefício, embora com intuito beneficente. Salienta-se que as ações que objetivam o cuidado com o paciente não são fúteis (NETTO, 2003 p. 467).

Metas a Serem Alcançadas

Uma das principais metas a serem alcançadas segundo Netto (2003) é a possibilidade de aplicação de tratamento paliativo nos casos sem prognóstico, com remoção dos tubos e monitores, alimentação adequada, aquecimento, sedação (quando necessário) e estímulo para cuidados pela família.

Não há muito sentido na tomada de decisões eticamente polêmicas baseadas unicamente no médico assistente. A formação de uma Comissão de Bioética deve ser parte integrante e fundamental da decisão médica. Sua função, além de educar e de trazer a visão da sociedade sobre os temas médicos, deve ser também a de orientar as tensões éticas que envolvem as diversas posições em torno de um determinado tratamento, considerando para isso não só os aspectos técnicos envolvidos, mas também os direitos do paciente (NETTO 2003).

3.2. A TEÓRICA

Sister Callista Roy, membro da Congregação das Irmãs de Saint Joseph de Carondelet, nasceu em 14 de outubro de 1939, em Los Angeles, Califórnia. Em 1963, recebeu o título de Bacharel de Artes na Enfermagem, pela Escola de Mount Saint Mary, em Los Angeles e, em 1966, o título de Mestre de Ciências na Enfermagem pela Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA). Após concluir o curso de Enfermagem, estudou Sociologia e recebeu, em

1973, o título de Mestre em Sociologia e, em 1977, o de Doutora em Sociologia, pela mesma Universidade (LEOPARDI, 1999).

Enquanto cursava o Mestrado, Roy foi desafiada a participar de um seminário com Dorothy E. Johnson, para desenvolver um modelo conceitual para a Enfermagem, a partir de sua experiência como enfermeira pediátrica. Ela vinha observando que as crianças possuíam uma capacidade para se adaptarem às mudanças em seu desenvolvimento, o que lhes permitia resolver de modo satisfatório a maioria dos problemas que enfrentavam. Ela admitiu que o conceito de adaptação poderia se constituir num eixo orientador da prática da Enfermagem (LEOPARDI, 1999).

3.3. A TEORIA

De acordo com Leopardi (1999) o modelo de adaptação de Roy derivou, em 1964, do trabalho de Harry Helson na psicofísica. Roy combina o trabalho de Helson com a definição de "rapport" e sistema, assim como a visão de pessoa como um sistema adaptativo.

A teoria de Roy contém pressupostos teóricos que abordam a dignidade dos seres humanos e o papel do enfermeiro na promoção da integridade na vida e na morte. Seus pressupostos concordam com as formulações sobre adaptação, em que o enfermeiro e o cliente devem esclarecer o que perturba esta adaptação para escolher as ações que a possibilitam.

De acordo com Galbreath (1993) teorias podem inter-relacionar conceitos de modo a criar uma maneira diferente de encarar determinado fenômeno. O modelo de Roy inter-relaciona conceitos de maneira a apresentar uma nova visão do fenômeno que está sendo estudado. Ele identifica os conceitos-chave, relevantes à enfermagem: a pessoa, o ambiente, a saúde e a meta da enfermagem. Na apresentação de cada conceito-chave, há uma idéia repetida de adaptação para manter a integridade. A teoria reflete uma visão da enfermagem, preocupada com vários aspectos da pessoa, fisiológico, de autoconceito, de função de papéis e de interdependência. Teorias podem ser usadas pelos profissionais para orientar e aperfeiçoar sua prática. Um dos elementos fortes do modelo é o fato de ele orientar as enfermeiras nas habilidades de observação e intervenção, ao realizar uma avaliação individualizada de cada pessoa.

Segundo Leopardi (1999) Roy dirige seu olhar sobre pessoas, grupos, famílias e comunidades ou sociedade, com comportamentos que sejam inefetivos para manter a vida e a saúde. Propõe a manipulação de estímulos que se situem fora da zona de enfrentamento positivo. O objetivo é ampliar as habilidades de enfrentamento para que recaiam na zona de adaptação. A relação entre cliente e enfermeiro é considerada importante, mas não definida. O enfermeiro age e manipula o que ele considera necessário para que ocorra a adaptação; os valores do cliente devem ser respeitados, porém isto não está presente na conceituação central.

MARCO CONCEITUAL

*“Os Anjos são mensageiros de Deus.
São eles que nos confortam nos momentos de dor e tristeza,
e aos poucos, vamos conseguindo
superar nossos problemas.
Anjos são mais do que seres de
luz,
Eles são parte da própria luz
divina.
São nossos guias e nossa ligação
entre o céu e a terra.”*

(Lisiê Silva)



4. MARCO CONCEITUAL

Segundo Nitschke (1991), marco conceitual é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõe. Serve para direcionar o cuidado de enfermagem, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que é vivenciado.

A teoria de escolha foi a teoria da adaptação de Sister Callista Roy por esta ter trabalhado na área pediátrica e ter reconhecido a capacidade das crianças em se adaptar as mudanças no seu desenvolvimento físico e psicológico, o que lhes permitiam resolver de modo satisfatório a maioria dos problemas que enfrentavam.

4.1. PRESSUPOSTOS DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY:

Para desenvolver o Modelo de Adaptação, Roy partiu dos seguintes pressupostos (GALBREATH, 1993).

- A Pessoa é um ser biopsicossocial, portanto, um sistema adaptativo holístico.
- A pessoa interage constantemente com o meio em mutação.
- Saúde e doença consistem processos inevitáveis na vida da pessoa.
- Para adaptar-se às mudanças do meio, a pessoa utiliza mecanismos inatos e adquiridos de natureza biopsicossocial.
- Adaptar-se significa responder positivamente às mutações do meio.
- A adaptação da pessoa depende do estímulo a que está exposta e do seu nível de adaptação.
- O nível de adaptação da pessoa é tal que compreende uma zona que indica a série de estímulos que levará a uma resposta positiva.
- A Enfermagem considera uma visão humanizada de valorizar as opiniões e pontos de vista da pessoa.
- As relações interpessoais fazem parte integrante da assistência de enfermagem como um modo de integração entre profissional de saúde e paciente.

4.2. PRESSUPOSTOS PESSOAIS

- O neonato é um ser biopsicossocial e espiritual que integra uma família e necessita ser assistido de forma holística.
- Cada RN possui características e necessidades próprias e individuais.
- O RN possui a capacidade de se adaptar às mudanças no seu desenvolvimento físico e psicológico, a partir do meio em que é exposto.
- Enfermagem compreende os esforços dos profissionais no sentido de colaborar com o recém-nascido portador de malformação e sua família, na busca de meios que favoreçam a sua adaptação.
- O enfermeiro como um facilitador de um ambiente tranquilo para o RN e sua família, possibilita, na medida do possível, a adaptação e uma interação precoce entre mãe/RN/pai.

4.3. CONCEITOS

4.3.1 ENFERMAGEM

Roy define a meta da enfermagem como a promoção de respostas adaptativas, em relação aos quatro modos adaptativos. As respostas adaptativas são aquelas que afetam positivamente a saúde. Estímulos de entrada, como mudanças internas e externas, estão em contato com o estado de enfrentamento da pessoa, o outro elemento importante no processo de adaptação. A condição da pessoa, ou o estado de enfrentamento do indivíduo constituem o nível de adaptação daquela pessoa. O nível de adaptação da pessoa determinará se será eliciada ou não uma resposta positiva aos estímulos internos ou externos. A enfermagem visa reduzir as reações ineficientes e promover reações adaptativas, como comportamento de saída da pessoa (GALBREATH, 1993, p. 211 e 212).

A enfermeira age para preparar a pessoa para as mudanças antecipadas, através do fortalecimento de seus mecanismos regulador, cogniscente ou de enfrentamento. Os planos que ampliam o nível de adaptação da pessoa correlacionam-se com as idéias de promoção da saúde, atualmente encontradas na literatura. Finalmente, as ações da enfermagem, sugeridas pelo modelo, incluem métodos que visam a manutenção de respostas adaptativas, apoiando, assim, os esforços da pessoa para utilizar, criativamente, seus mecanismos de enfrentamento (GALBREATH, 1993).

Enfermagem neste trabalho, compreende os esforços dos profissionais no sentido de colaborar com o recém-nascido portador de malformação e sua família, na busca de meios que permitam a sua adaptação tanto no que diz respeito à condição fisiológica quanto à emocional.

4.3.2 SER HUMANO

Roy define a pessoa sob uma perspectiva holística. Os aspectos individuais das partes agem conjuntamente para formar um ser unificado. Além do que, as pessoas, como sistemas vivos, estão em constante interação com seus ambientes. Entre o sistema e o ambiente ocorre uma troca de informações, matéria e energia. Essa característica de um sistema vivo é chamada de abertura. Neste mundo em mudança, as pessoas precisam manter sua própria integridade; isto é, cada pessoa adapta-se continuamente. Daí ser a pessoa entendida como um sistema adaptativo, holístico. O nível de adaptação de cada pessoa constitui um aspecto em constante mudança que é influenciado pelos mecanismos de enfrentamento dessa pessoa (GALBREATH, 1993,).

O modelo de Roy considera os mecanismos de enfrentamento regulador e cogniscente como subsistemas da pessoa, sistemas adaptativos. Ao manter a integridade da pessoa, postula-se que o regulador e o cogniscente agem com frequência juntos (GALBREATH, 1993, p. 208 e 209).

Ser Humano/ Recém-Nascido

O recém-nascido, enquanto ser humano, também é um ser único, indivisível, que para se firmar necessita de cuidados, sentir-se amado e seguro. Este ser atua através de processos internos (cognitivo e regulador) para promover a sua adaptação. O RN está em constante interação com o ambiente trocando energia, e no momento encontra-se incapacitado para realizar suas escolhas, por isso a grande necessidade de uma assistência humanizada e integral, que vise facilitar a adaptação deste ser holístico.

Ser Humano/ Enfermeira

São seres humanos que estão em constante interação com o ambiente, dentro e fora do hospital, estando sujeitos a estressores internos e externos. Estes estão envolvidos intencionalmente na promoção e participação da interação entre família/RN, buscando prestar um cuidado mais humanizado que proporcione o ser e vir a ser dos seres envolvidos. Bem como, oportuniza respostas adaptativas, promovendo saúde e bem estar de seus assistidos.

Ser Humano/ Família

A família do RN portador de malformação pode ser vista como um sistema de adaptação dinâmica que interage continuamente com seus membros e com o ambiente. É constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem com uma estrutura e organização em transformação, construindo uma história. A família do RN constitui-se em um meio privilegiado para fornecer-lhe apoio, proteção e afeto, fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento. Por outro lado, esta família também necessita de atenção, tendo em vista a fragilidade do momento. Sendo assim, a enfermeira pode atuar estimulando a família a expressar seus sentimentos, visando favorecer a aceitação, a adaptação e o vínculo.

4.3.3 SAÚDE/DOENÇA

Roy define saúde como “um estado e um processo de ser e vir-a-ser uma pessoa integrada e total”. A integridade da pessoa é expressa como a habilidade de alcançar as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e proficiência. Saúde, como a meta para o comportamento da pessoa. Quando uma quantidade desproporcional da energia da pessoa é utilizada para o enfrentamento, menos energia fica disponível para alcançar as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e proficiência. A enfermagem visa à promoção da saúde da pessoa, promovendo reações adaptativas. A energia, livre do comportamento ineficiente, torna-se disponível para a promoção da saúde (GALBREATH, 1993).

Entendemos o processo saúde/doença do recém-nascido com malformação congênita e de sua família, como um potencial a ser alcançado. Cada recém-nascido possui características próprias e se relaciona de modo diferente com cada indivíduo que lhe é apresentado, tanto seus pais como a equipe de enfermagem. Há entre os envolvidos uma troca de energia que contribuirá para a promoção da saúde.

4.3.4 AMBIENTE

O ambiente é especificamente definido por Roy como "todas as condições, circunstâncias e influências que cercam e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas e grupos". Os estímulos que partem da pessoa e aqueles que se originam do mundo

em torno de si representam o elemento do ambiente, conforme Roy. Comumente ocorrendo, os estímulos internos e externos do ambiente constituem uma área de estudos para a enfermagem. Da mesma forma, as enfermeiras estão ampliando seu envolvimento nas instituições de nossos países: saúde, educação, indústria e política. Através de seu envolvimento, elas estão alterando os estímulos ambientais, relacionados às situações de saúde e doença, de uma maneira ampla e de longo alcance, a um nível de sistema comunitário (GALBREATH, 1993).

Neste trabalho, o ambiente externo caracteriza-se como sendo a UTIN e o Berçário, ambientes estranhos à família/RN com uma série de equipamentos, ruídos, pessoas e procedimentos, podendo conduzir a uma série de distúrbios significativos no desenvolvimento do RN, e gerando um estado de estresse absoluto à família.

Sabendo-se que o ambiente interfere expressivamente na adaptação do recém-nascido e em consequência disto no seu estado de saúde, tendo em vista ainda a brusca mudança de ambiente a partir da saída do meio interno (mãe) para o meio externo, o enfermeiro pode estar exercendo um papel importante proporcionando ao neonato e a família, um ambiente tranquilo e que possibilite na medida do possível uma interação precoce entre mãe/RN/pai.

4.3.5 ADAPTAÇÃO

Adaptação é uma resposta positiva, feita pela pessoa, diante da experiência com que se depara. A adaptação é facilitada pelo uso dos mecanismos de enfrentamento regulador e cogniscente. O nível de adaptação representa a amplitude dos estímulos que a pessoa consegue suportar e manter uma reação adaptativa (GALBREATH, 1993).

O nível de adaptação é um ponto em constante mudança produzido pelos estímulos que representam o padrão da própria pessoa em relação a variedade destes estímulos a que está submetida, ou seja, as pessoas podem manifestar diferentes comportamentos a um mesmo estímulo. A enfermagem, no que diz respeito ao RN com malformação, tem como objetivo favorecer a adaptação, considerando-o como ser humano com características holísticas, enfrentando as mudanças ocasionadas pela má formação.

METODOLOGIA

*"Nada é difícil, complicado ou insolúvel,
se eu tenho ao meu lado,
e posso contar com um anjo
durante cada minuto de
minha hora,
e cada hora do meu dia.
Então, bom Deus, agradeço
por esse anjo maravilhoso
que o Senhor colocou
em minha vida."*

(Autor desconhecido)



5. METODOLOGIA

5.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PRÁTICA

Para o desenvolvimento da prática assistencial, optamos pela UTIN e pelo Berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), localizado à rua Rui Barbosa, 152, bairro Agrônômica, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. O Hospital tem como missão *"Prestar, de acordo com princípios éticos, bioéticos e humanitários, atendimento preventivo, curativo e social a crianças e adolescentes, bem como formar e capacitar recursos humanos e incentivar a pesquisa clínica"*.

A opção de trabalhar em duas unidades, no mesmo hospital, deu-se pelo fato de acreditarmos que poderíamos ampliar os nossos conhecimentos, enriquecer a prática vivenciada, e prestar uma assistência global ao recém-nascido malformado e sua família. Desta forma, pudemos estar acompanhando os recém-nascidos e suas famílias que tiveram alta da UTIN na transição de ambiente compreendendo melhor o processo adaptativo destes.

O Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG foi inaugurado em 13 de março de 1979, Ano Internacional da Criança, substituindo o antigo Hospital Edith Gama Ramos que havia sido criado por pediatras que chegaram a Santa Catarina no período compreendido entre 1939 e 1962, objetivando fundar e organizar a pediatria catarinense.

O nome do HIJG, cuja construção teve início em abril de 1977, foi dado em homenagem à Beata Joana de Gusmão. Nascida em Santos, São Paulo, em 1688, a beata viveu um período de sua vida em Santa Catarina nas proximidades da Lagoa da Conceição. Dedicou-se à construção de capelas e atendimentos a crianças.

O Hospital apresenta como filosofia de enfermagem: a busca da sabedoria que, segundo os antigos, era a capacidade de aplicar conhecimentos, coerente e oportunamente às situações vivenciadas no dia-a-dia; o ser Criança como um ser humano em processo de formação biopsicosocial e espiritual, influenciado por fatores genéticos, afetivos, psicológicos, culturais e sociais de sua família e de onde vivem, que requer cuidados de enfermagem planejados de acordo com as suas necessidades; e o ser Enfermeiro como um ser humano, com habilidades, conhecimentos e sentimentos, a quem lhe foi outorgado o direito de cuidar de gente. Em outras palavras, o ser enfermeiro é gente que cuida de gente.

O HIJG possui uma área de 22.450m² dividida em unidades de internação: A (Adolescente e Apartamento), B, C, D, E, Unidade de Curta permanência, Berçário (ao qual compete prestar assistência de enfermagem ao paciente na faixa etária de 0 a 30 dias, nas diversas especialidades médicas e servir de campo para ensino e pesquisa); Emergência Interna, Isolamento, Oncologia, Queimados, UTI Geral e UTI Neonatal (a qual compete prestar assistência de enfermagem ao paciente de alto risco em todas as especialidades médicas, na faixa etária de 0 a 30 dias e servir de campo para ensino e pesquisa).

As unidades são especializadas em: Cardiologia, Cirurgia (Pediátrica Geral, Plástica, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia), Desnutrição, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oncologia, Queimadura, Pneumologia e Terapia Intensiva.

O hospital atua como pólo de referência para as patologias de maior complexidade, sendo que 30,94% dos pacientes atendidos são de Florianópolis, e os demais, 38,49% são oriundos da Grande Florianópolis e 30,57% de outros municípios do estado de Santa Catarina ou outros estados. Atualmente, conta com 156 leitos ativos, cerca de 36 enfermeiros, 92 técnicos de enfermagem, 224 auxiliares de enfermagem e 16 auxiliares administrativos de enfermagem. Produziu no ano 2002, 7.332 internações, 59.270 atendimentos ambulatoriais e 93.668 atendimentos de emergências. A instituição presta cuidados à faixa etária de 0 a 15 anos no ambulatório, emergência e internações (www.saude.sc.gov.br/hijg).

No que diz respeito a UTIN, de acordo com a enfermeira da unidade, a equipe de enfermagem é composta por 1 (um) enfermeiro em turno de 6 (seis) horas diárias; 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno. Além destes, a equipe conta ainda com 1 (um) escriturário e 1 (um) auxiliar de limpeza. Durante o período noturno, o hospital disponibiliza um quarto para as mães que amamentam, e para as demais está disponível um albergue próximo ao Hospital Nereu Ramos, sendo que os pais também podem ficar alojados neste albergue. Cabe lembrar que o acesso dos pais a UTIN está liberado nas 24h do dia. As demais visitas são permitidas no horário das 15 às 17 horas. As mães não participam dos cuidados ao seu bebê, sendo fornecido alimentação e alojamento a estas.

Quanto ao Berçário, segundo a enfermeira da unidade, a equipe de enfermagem é composta por 1 (um) enfermeiro em turno de 6 (seis) horas diárias; 3 (três) técnicos, atendente ou auxiliares de enfermagem por turno, sendo um total de 6 técnicos, 1 atendente e 12 auxiliares de enfermagem. Além destes, a equipe conta com 1 (um) auxiliar de limpeza. Assim como na UTIN, no Berçário durante o período noturno, o hospital disponibiliza as

mesmas acomodações descritas acima para mães que amamentam, e para os pais, sendo ofertada apenas uma vaga para acompanhante por RN. O acesso dos pais ao Berçário está liberado nas 24h do dia, as demais visitas são permitidas no horário das 15:30 às 17 horas. As mães participam dos cuidados ao seu bebê e também de duas reuniões semanais na 4ª e 6ª feira, no período matutino, a respeito de Rotinas da Unidade e Aleitamento Materno. Estão disponíveis no momento 10 leitos, sendo dois de isolamento, para estes, é permitida apenas a visita dos pais.

5.2 POPULAÇÃO ALVO

Nesta prática assistencial tivemos como população alvo os recém-nascidos portadores de malformação congênita internados na UTIN e no Berçário e suas famílias, onde procuramos focar nossa atenção na prestação de uma assistência de enfermagem humanizada.

Para a seleção dos recém-nascidos durante a realização do estágio, estabelecemos como critério a existência de malformação congênita e a aceitação escrita por parte dos familiares em participar do estudo, visando respeitar os princípios éticos. O número de recém-nascidos selecionados não foi pré-estabelecido por nós acadêmicas, tendo em vista a intenção de levar-se em conta a demanda encontrada durante o período do estágio.

5.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM

De acordo com Galbreath (1993), o modelo de adaptação de Roy oferece orientação à enfermeira para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Os elementos do processo de enfermagem de Roy incluem avaliação de primeiro e segundo nível, diagnóstico, fixação de metas, intervenção e evolução.

Avaliação de Primeiro Nível - também conhecida como avaliação comportamental, é considerada a reunião de comportamentos de saída da pessoa, como um sistema adaptativo em relação a cada um dos quatro modos adaptativos: função fisiológica, auto-conceito, função de papel e interdependência. A avaliação do cliente, em cada um dos quatro modos adaptativos, realça uma abordagem sistemática e holística. As informações coletadas incluem dados subjetivos, objetivos e de medida.

Avaliação de Segundo Nível - após uma avaliação de primeiro nível, a enfermeira

analisa os temas e padrões emergentes do comportamento do cliente, de modo a identificar as reações ineficientes ou reações adaptativas que requerem apoio da enfermagem. Quando estão presentes comportamentos ineficientes ou adaptativos, a enfermeira realiza uma avaliação de segundo nível. Nessa fase da avaliação, ela coleta dados sobre os estímulos focais, contextuais e residuais que o cliente enfrenta. Esse processo esclarece a etiologia do problema e identifica fatores contextuais e residuais significativos.

Diagnóstico de Enfermagem - Roy descreve três métodos de se fazer um diagnóstico de enfermagem. Um deles é a utilização de uma tipologia de diagnósticos, relacionada com os quatro modos adaptativos: função fisiológica, auto-conceito, função de papel e interdependência. O segundo método é a realização de um diagnóstico, enunciando o comportamento observado, junto dos estímulos mais influenciadores. O terceiro método resume comportamentos em um ou mais modos adaptativos, relacionados com os mesmos estímulos.

Estabelecimento de Metas - as metas constituem os comportamentos finais que a pessoa deve alcançar. São registradas como comportamentos do cliente, indicativos de solução dos problemas de adaptação. Metas a longo prazo refletiriam a solução dos problemas adaptativos e a disponibilidade de energia para alcançar outras metas (sobrevivência, crescimento, reprodução e controle). Metas a curto prazo identificam comportamentos esperados do cliente, após a manipulação de estímulos focais, contextuais e residuais, bem como, de comportamentos do cliente que indicam enfrentamento cogniscente ou regulador. As metas, sempre que possível, devem ser estabelecidas juntamente com a pessoa.

Planos para Implementação - as implementações da enfermagem são planejadas com o propósito de alterar ou manipular os estímulos focais, contextuais e residuais. A implementação pode também focalizar a ampliação da capacidade de enfrentamento da pessoa, ou de sua zona de adaptação, de modo que os estímulos totais recaiam dentro da capacidade de adaptação da pessoa.

Evolução - o processo de enfermagem é completado pela evolução. Os comportamentos que são metas comparam-se aos comportamentos de saída da pessoa, e é determinado um movimento na direção do alcance das metas ou de seu afastamento. Os reajustamentos às metas e às intervenções, são feitos com base nos dados da evolução (GALBREATH, 1993).

De uma forma geral, o modelo de Roy segundo Galbreath (1993), consiste nos cinco

elementos: a pessoa, a meta da enfermagem, as atividades da enfermagem, a saúde e o ambiente. As pessoas são encaradas como sistemas adaptativos vivos cujos comportamentos podem ser classificados como reações adaptativas ou reações ineficientes. Esses comportamentos derivam-se dos mecanismos regulador e cogniscente. Tais mecanismos trabalham no âmbito dos quatro modos adaptativos de função fisiológica, auto-conceito, função de papéis e interdependência. A meta da enfermagem é a promoção de reações adaptativas, em relação aos quatro modos adaptativos, utilizando a informação sobre o nível de adaptação da pessoa, e os estímulos focais, contextuais e residuais. As atividades da enfermagem envolvem a manipulação desses estímulos, de modo a promover reações adaptativas. A saúde é um processo de tornar-se integrado e capaz de alcançar as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle. O ambiente consiste nos estímulos internos e externos da pessoa.

A avaliação de primeiro nível, ou avaliação de comportamento, trata dos quatro modos adaptativos, ao passo que a avaliação de segundo nível focaliza as três áreas de estímulos. O diagnóstico consiste na colocação do problema. As metas são estabelecidas em relação ao problema e são descritas em termos comportamentais. As intervenções são planejadas de modo a manipular os estímulos, e a evolução compara os comportamentos de saída da pessoa com os comportamentos desejados, estabelecidos nas metas.

De acordo com Galbreath (1993), Sister Callista Roy confere ênfase fundamental à pessoa como um sistema adaptativo.

Neste trabalho, utilizamos o modelo de Processo adaptado de Pfütztenreuter (1999), que utiliza um quadro para avaliação de primeiro e segundo nível, conforme (Apêndice I).

5.4 PLANO DE AÇÃO

Objetivo 1 - Reconhecer o funcionamento e a organização da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e do Berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe multidisciplinar.

Estratégias para sua execução.

- Apresentar-se a equipe da UTIN e do Berçário, procurando interagir com toda a equipe multidisciplinar.

- Buscar conhecer as normas e rotinas das duas unidades.
- Familiarizar-se com o funcionamento das unidades, utilização dos equipamentos e a dinâmica de assistência prestada.
- Apresentar o projeto assistencial para a equipe de enfermagem, compartilhando sugestões.
- Compreender como funciona a escala dos profissionais da enfermagem e suas atribuições na dinâmica de ambas as unidades.

Objetivo 2 – Promover a integração da equipe de enfermagem da UTIN e do Berçário à proposta da prática assistencial das acadêmicas.

Estratégias para sua execução.

- Acompanhar a equipe durante a prestação de cuidados ao neonato e família.
- Discutir e refletir com a equipe de Enfermagem sobre a assistência prestada aos neonatos e família.
- Trocar experiências e conhecimentos a respeito da assistência de enfermagem aos neonatos malformados e suas famílias, bem como, sobre as diferentes malformações encontradas.
- Participar ativamente das passagens de plantão e reuniões de equipe.

Objetivo 3 – Realizar um levantamento das malformações congênitas de maior ocorrência na UTIN e no Berçário do HIJG, no período do estágio, ampliando e atualizando nossos conhecimentos a respeito das malformações mais frequentes.

Estratégias para sua execução.

- Fazer uma planilha identificando as malformações de maior ocorrência na UTIN e no Berçário do HIJG, no período da prática realizada.
- Buscar referências relacionadas com o tema, visando um embasamento e aprofundamento teórico consistente a respeito das malformações congênitas abordadas.
- Discutir e refletir com orientadora e supervisora sobre as malformações detectadas.
- Participar de eventos na área de neonatologia.
- Interagir com as equipes a fim de compartilhar os conhecimentos adquiridos e promover a troca de experiências com outros profissionais da UTIN e do Berçário.

Objetivo 4 – Desenvolver processo de enfermagem com o RN e sua família com base na metodologia assistencial proposta por Roy.

Estratégias para sua execução.

- Aplicar o Processo de Enfermagem, segundo Roy, a no mínimo dois RN e suas famílias.
- Reconhecer as respostas adaptativas do RN portador de malformação e sua família, através de observação (Apêndice III) e da aplicação do processo de enfermagem.
- Realizar estudos sobre a teoria buscando reforçar a aplicabilidade da mesma.

Objetivo 5 – Realizar técnicas de enfermagem e procedimentos de cuidado ao RN em terapia intensiva neonatal e ao RN em cuidados intermediários.

Estratégias para sua execução.

- Ampliar o conhecimento acerca das técnicas e procedimentos mais utilizados na UTI Neonatal e no Berçário, de forma especial com RNs portadores de malformação congênita, através da instrumentalização a partir da teoria e da prática supervisionada pelas enfermeiras de ambos os setores.
- Observar e acompanhar técnicas executadas pelas equipes das duas unidades aos RNs, no sentido de ampliar nosso conhecimento, bem como auxiliar na prestação da assistência.

Objetivo 6 – Estimular a participação dos pais no contato com o neonato, favorecendo a adaptação e compreensão da situação a ser enfrentada e a formação do vínculo.

Estratégias para sua execução.

- Estimular contato físico entre o mãe/Rn/pai, através do toque, fala, carinho e calor humano.
- Identificar os sentimentos que a família tem em relação ao RN malformado, através de questionário (Apêndice II)
- Ilustrar através de imagens, as possíveis correções em determinados casos de malformação.

- Oferecer apoio emocional aos pais, e quando necessário, sugerir encaminhamento a um profissional especializado.
- Favorecer o aleitamento materno, quando possível.
- Envolver os pais no cuidado ao RN no berçário.
- Refletir com a equipe sobre a possibilidade de os pais prestarem cuidados mínimos como, por exemplo, alimentação ou troca de fraldas, na UTIN.

Objetivo 7 – Investigar o momento em que os pais receberam o diagnóstico de malformação e seu entendimento a respeito do mesmo.

Estratégias para sua execução.

- Procurar conhecer o nível de compreensão dos pais em relação ao diagnóstico de malformação de seu filho.
- Aplicar questionário aos pais (Apêndice II) a partir da autorização destes, a fim de facilitar o levantamento de dados.
- Estimular os pais a exporem suas dúvidas em relação aos cuidados, diagnóstico, prognóstico e tratamentos de seus filhos, esclarecendo-as conforme nossos conhecimentos e, sempre que preciso, buscando respostas junto a outros profissionais.
- Investigar a época do diagnóstico da malformação, se este foi obtido no período pré-natal ou somente após o nascimento.

Objetivo 8 – Conhecer a realidade de outras UTINs bem como a assistência prestada nestas.

Estratégias para sua execução.

- Obter permissão para realizarmos visitas em outras UTINs.
- Visitar as UTINs preferencialmente, na cidade de Florianópolis e região.
- Identificarmos assistência prestada, no sentido de acrescentar conhecimentos sobre distintas formas de cuidar, visando contribuir com nossa prática assistencial.

Crterios para o Alcance dos Objetivos:

Os objetivos serão alcançados se as estratégias citadas anteriormente forem atingidas.

ASPECTOS ÉTICOS

“Um Anjo é um guardião, um mensageiro do Céu.

*O Céu é a origem dos milagres, onde o amor
existe como energia curativa
pura e incondicional,
e onde os seres humanos são
encarados como uma espécie
protegida dotada de livre-
arbítrio.*

*Um Anjo pode levar o reino dos
Céus aos seres humanos na terra
se o desejar e estivermos
dispostos a aceitá-lo.*

(Autor desconhecido)



6. ASPECTOS ÉTICOS

Na realização desta prática assistencial foi fundamental estarmos amparadas pelas questões éticas relacionadas à atuação profissional quando se trata de RNs e sua família em cuidados intensivos ou cuidados intermediários.

Segundo Kopelman (2000) ética e moral são usadas freqüentemente com o mesmo sentido, mas existem diferenças sutis. Moral são as normas sociais de comportamento. Ética é um questionamento filosófico do julgamento moral. Ética significa discutir idéias, conceitos que mudam sob influência de costumes, tradições, mídia, tecnologia, entre outros.

De acordo com Martins (2003) existem ainda princípios éticos comuns que servem para validar alegações morais. Citaremos aqui, os que acreditamos que estejam diretamente ligados à prática de enfermagem, sendo os três primeiros adotados pela bioética.

- Autonomia - implica na capacidade de escolha, livre de restrições externas.
- Beneficência - o dever de fazer o bem e a promoção de atos de benevolência.
- Justiça - relaciona-se ao acesso e aos direitos iguais a todas as pessoas.
- Confidencialidade - relacionado à privacidade de cada indivíduo.
- Fidelidade - cumprimento das promessas, tanto explícitas quanto implícitas. Dever de ser fiel aos próprios compromissos.
- Veracidade - obrigação de dizer a verdade, não enganar as pessoas.
- Frente a estes princípios ressaltamos ainda que:
- O paciente tem direito de escolha, que deve ser respeitado, em relação ao tratamento proposto e aos recursos utilizados para sucesso do mesmo.
- Todo paciente deve receber cuidado de maneira igualitária, independente de sexo, cor, raça, idade, religião, condição sócio-econômica.
- A dignidade, privacidade e individualidade de cada pessoa devem ser respeitadas na íntegra, assim como seus valores, suas crenças e sua cultura.
- As informações sobre o cliente devem ser resguardadas, exceto se o próprio cliente autoriza sua revelação para fins construtivos.

- O paciente tem o direito de ser informado sobre sua patologia e tratamento, bem como, dos benefícios e malefícios deste, e sobre os procedimentos que serão realizados e quais suas finalidades.
- Para publicação de imagens e/ou depoimentos dos pacientes, estes devem fazer uma autorização escrita e usarem um codinome.

A importância dos aspectos éticos é no sentido de assegurar a qualidade, o compromisso, o anonimato e o respeito a todos os envolvidos, tendo em vista que a ética permeia a responsabilidade tanto do profissional como do cliente que compartilham direitos e deveres.

Especificaremos abaixo algumas questões éticas que julgamos ter sido de relevância na execução desta prática assistencial:

- Explicitar às famílias o propósito do trabalho a ser desenvolvido pelas acadêmicas na UTIN e no Berçário, envolvendo os recém-nascidos internados, portadores de malformação congênita e seus familiares.
- Assegurar aos clientes o direito de aceitarem participar e/ou desistirem do trabalho a qualquer momento que assim o desejarem.
- Apresentar o Termo de Consentimento Livre e Informado às famílias dos RNs internados em terapia intensiva neonatal ou em cuidados intermediários, que aceitaram participar do estudo.
- Garantir a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes (recém-nascidos internados e suas famílias) durante o desenvolvimento da prática assistencial.
- Utilizar nomes fictícios na identificação dos participantes.
- Solicitar autorização escrita das famílias dos RNs internados na UTI Neonatal ou no Berçário e também da equipe de saúde, para que as acadêmicas pudessem fotografar, nas eventuais situações durante o estágio.
- Utilizar as fotografias tiradas no setor, somente sob autorização das pessoas envolvidas.
- Solicitar as famílias dos RNs a autorização para o uso de gravador durante as entrevistas realizadas pelas acadêmicas.

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

*“Os ventos que as vezes tiram
algo que amamos.
São os mesmos que nos trazem
Algo que aprendemos a amar
Por isso não devemos chorar
Pelo que nos foi tirado
E sim aprender a amar
O que nos foi dado.
Pois tudo aquilo que
É realmente nosso
Nunca se vai para
sempre.”*

(Spiritusnet)



7. DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Neste capítulo, estaremos relatando como se concretizou o alcance dos objetivos, a partir das estratégias propostas.

7.1. Objetivo 1 - Reconhecer o funcionamento e a organização da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e do Berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe multidisciplinar.

Na UTIN, assim como na Unidade de Berçário, inicialmente procuramos nos apresentar à equipe de maneira informal, apenas conversando sobre a proposta da prática assistencial, mostrando-nos disponíveis a responder questionamentos e abertas a comentários e sugestões. Sentimos que para uma melhor compreensão da nossa proposta, esta deveria ser apresentada de forma mais detalhada. Por esta razão, marcamos um encontro com a equipe de saúde, sendo que participaram as enfermeiras da Unidade neonatal e do berçário, alguns auxiliares, técnicos e médicos. Nesta oportunidade, pudemos deixar claros os objetivos da prática, bem como qual seria a nossa atuação na Unidade Neonatal e no Berçário. Como nem toda a equipe pôde participar deste momento, nos dispusemos a apresentar a proposta em outros momentos que a equipe considerasse adequado.

Em relação a receptividade na UTIN, no início encontramos uma certa resistência por parte da equipe de saúde, tanto da enfermagem como da médica, talvez pelo fato de a unidade nunca ter sido campo de estágio para a enfermagem. Outra questão que acreditamos ter contribuído para essa resistência foi o fato da enfermeira ter assumido a unidade ao mesmo tempo em que iniciávamos nossa prática assistencial. O que demandou um maior empenho da nossa parte, no sentido de conquistar espaço dentro da unidade. No decorrer do estágio encontramos ainda outros obstáculos, como a falta de abertura para nossa proposta de prática assistencial, restringindo a nossa atuação no campo de estágio. Porém em nenhum momento nos deixamos acomodar por estas barreiras e sempre buscamos superá-las. Ao término do estágio já nos encontrávamos em uma realidade bem diferente, obtivemos a aceitação por parte da equipe, o respeito e estabelecemos alguns vínculos de amizade.

Na unidade de berçário a realidade foi um pouco diferente, talvez por ser uma unidade que não demanda de cuidados tão complexos e rigorosos, ou ainda por já ter servido de campo de estágio para acadêmicos de enfermagem, o espaço foi conquistado com mais facilidade. Com o passar dos dias fomos obtendo espaço e respeito em função da nossa atuação junto ao cliente, execução de atividades, demonstração de nosso conhecimento, do respeito ao outro, e principalmente pelos laços que fomos criando com a equipe.

Dentro das estratégias propostas, pretendíamos fazer um levantamento das normas e rotinas de ambas as unidades. Encontramos um manual de normas e rotinas da Unidade de Berçário na biblioteca do Hospital Infantil, porém este encontrava-se desatualizado, datando de 1997. Com relação a UTI Neonatal não havia nenhum registro na biblioteca e tampouco na unidade. Procurando informações a respeito, nos foi repassado que esta era uma das metas da enfermeira chefe anterior, porém não foi realizada, pois a mesma havia sido recém transferida para outra unidade do Hospital. Conversamos com a enfermeira atual, no sentido de estarmos elaborando em conjunto este manual de normas e rotinas. Contudo esta considerou que o manual de normas e rotinas poderia ser elaborado em um outro momento, uma vez que ainda estava em processo de adaptação e reconhecimento do setor.

Na medida em que a prática assistencial ia sendo desenvolvida, ampliávamos nosso conhecimento em relação a dinâmica da assistência prestada como coleta de exames, administração de medicamentos, cuidados de higiene e conforto, procedimentos específicos de cada unidade, bem como a utilização dos equipamentos como bombas de infusão, monitor cardíaco, entre outros. Procurávamos acompanhar toda a equipe a fim de nos familiarizarmos com o funcionamento da unidade e sempre buscávamos esclarecer as dúvidas que surgiam.

No que diz respeito a escala de funcionários (técnicos e auxiliares de enfermagem) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, esta funciona com jornada de 12 horas tanto para o período diurno como para o período noturno. Ou seja, das 07 às 19 horas e das 19 às 07 horas, sendo que no período noturno os funcionários trabalham 12 horas e folgam 48 horas, ou seja, trabalham um dia e folgam dois dias. No período diurno a maior parte dos funcionários trabalha 12 horas e folga 24 horas, trabalham um dia e folgam no outro. Em virtude do quadro reduzido de trabalhadores (17 técnicos ou auxiliares de enfermagem, sendo sete no período diurno e 10 no período noturno) os funcionários destas unidades fazem 60 horas plantão (máximo de horas plantão permitido pela instituição). De acordo com os cálculos de dimensionamento de recursos humanos com base no perfil de dependência de enfermagem do

cliente, deveria ser um total de 23 funcionários, sendo 13 enfermeiros e 10 técnicos/auxiliares de enfermagem.

A escala de funcionários (técnicos e auxiliares de enfermagem) na unidade de Berçário também funciona com jornada de trabalho de 12 horas, tanto no período diurno como para o período noturno. Ou seja, das 07 às 19 horas e das 19 às 07 horas. No período diurno como no noturno, os funcionários trabalham 12 horas e folgam dois dias, com exceção de dois funcionários que trabalham 06 horas por dia, com folga apenas nos domingos e feriados. Em virtude do quadro reduzido de trabalhadores com déficit de três funcionários, estes trabalham no máximo 60 horas, ou seja, cinco plantões de 12 horas. Ao todo são 11 auxiliares de enfermagem, sete técnicos de enfermagem, sendo que nove trabalham no período diurno e 11 no período noturno. De acordo com os cálculos de dimensionamento de recursos humanos com base no perfil de dependência de enfermagem do cliente, deveria ser um total de 15 funcionários, sendo 4 enfermeiros e 11 técnicos/auxiliares de enfermagem.

Cabe lembrar que na medida do possível, em ambas as unidades, leva-se em conta as solicitações de dispensas em determinados dias na elaboração da escala, de acordo com as necessidades de cada funcionário.

Em relação às atribuições da equipe de enfermagem, existe um Regimento no hospital que refere que ao Setor de Enfermagem da Unidade Neonatal compete:

- Desenvolver e/ou colaborar com os programas de pesquisa e ensino das ciências da saúde, do comportamento e outras.
- Proporcionar condições ao aprimoramento de habilidades dos profissionais e estudantes da área de saúde e outras.
- Assegurar os recursos humanos através da distribuição qualitativa de pessoal de acordo com as áreas de atividades, observando férias, folgas e licenças.
- Manter controle de estoque de material na unidade.
- Manter controle e administração de medicamentos, psicotrópicos e entorpecentes.
- Assegurar o controle da movimentação de material e equipamentos intra e inter-unidades.
- Identificar e providenciar consertos de equipamentos e reparos estruturais da unidade.
- Assegurar o estoque de roupas na rouparia.
- Elaborar escalas de serviços, férias, licenças e atribuições mensalmente.
- Manter controle rigoroso da disciplina do pessoal.

- Proporcionar assistência integral e individualizada ao paciente através do trabalho de equipe multiprofissional.
- Manter relacionamento com os demais serviços do hospital para integrar o sistema de assistência.
- Assegurar o material e equipamento necessário ao desempenho das atividades específicas da área.
- Cumprir e fazer cumprir o regulamento do hospital.
- Supervisionar a equipe de enfermagem e orientar na prestação de cuidados aos pacientes e tarefas afins.
- Promover reuniões, desenvolver e manter sistema de informações e avaliação das atividades e ações desenvolvidas.
- Participar dos processos de análise de custos do hospital quando solicitado.
- Controlar documentos médicos e contábeis dos pacientes internados e encaminhá-los aos serviços competentes.
- Promover treinamentos específicos aos funcionários recém-admitidos e outros.
- Planejar e prestar a assistência de enfermagem, proporcionando satisfação das necessidades básicas do paciente, identificando as atividades, quantificando e distribuindo-as pelos elementos da equipe e pelos turnos.

Na própria Unidade de Terapia Intensiva também existe uma relação fixada no mural, que traz as atribuições que cada funcionário deve cumprir, conforme escala pré-estabelecida a cada mês, durante seu plantão. Segue abaixo:

- 1) Reposição de Materiais - Cabeceira, gavetas, anotar a temperatura da geladeira e verificar o torpedo de O₂ (diariamente).
- 2) Carrinho de Emergência - Verificar se os laringoscópios estão funcionando e com pilhas, controle dos psicotrópicos, checar as gavetas: medicações, tubos, etc... (diariamente).
- 3) Carrinho de Curativo - Checar se está completo com: fios de sutura, lâmina de bisturi, abocath nº 14 e 16, seringas, agulhas, luvas. Limpar e organizar o carrinho. Trocar os vidros de solução (noturno – domingo).
- 4) Geladeira – Retirar as medicações e desligar a geladeira (4ª feira).
- 5) Troca da Incubadora – 3ª, 5ª e sábado noturno / 2ª, 4ª, 6ª e domingo diurno.

Em relação as atribuições da equipe de enfermagem, o regimento hospitalar refere que ao Setor de Enfermagem do Berçário compete:

- Desenvolver e/ou colaborar com os programas de pesquisa e ensino das ciências da saúde, do comportamento e outras.
- Proporcionar condições ao aprimoramento de habilidades dos profissionais e estudantes da área de saúde e outras.
- Assegurar os recursos humanos através da distribuição qualitativa de pessoal de acordo com as áreas de atividades, observando férias, folgas e licenças.
- Manter controle de estoque de material na unidade.
- Manter controle e administração de medicamentos, psicotrópicos e entorpecentes.
- Assegurar o controle da movimentação de material e equipamentos intra e inter-unidades.
- Identificar e providenciar consertos de equipamentos e reparos estruturais da unidade.
- Assegurar o estoque de roupas na rouparia.
- Elaborar escalas de serviços, férias, licenças e atribuições mensalmente.
- Manter controle rigoroso da disciplina do pessoal.
- Proporcionar assistência integral e individualizada ao paciente através do trabalho de equipe multiprofissional.
- Manter relacionamento com os demais serviços do hospital para integrar o sistema de assistência.
- Assegurar o material e equipamento necessário ao desempenho das atividades específicas da área.
- Cumprir e fazer cumprir o regulamento do hospital.
- Supervisionar a equipe de enfermagem e orientar na prestação de cuidados aos pacientes e tarefas afins.
- Promover reuniões, desenvolver e manter sistema de informações e avaliação das atividades e ações desenvolvidas.
- Participar dos processos de análise de custos do hospital quando solicitado.
- Supervisionar o preenchimento de documentos estatísticos de produção: censo, procedimento/dia e outros.
- Promover treinamentos específicos aos funcionários recém-admitidos e outros.

- Planejar a assistência de enfermagem, proporcionando satisfação das necessidades básicas do paciente, identificando as atividades, quantificando e distribuindo-as pelos elementos da equipe e pelos turnos.

A escala de atribuições do berçário é realizada mensalmente, sendo que estas são distribuídas aos funcionários com jornada de trabalho diurno, noturno, escriturário e trabalhadores da limpeza.

As atribuições são:

- Limpezas do quarto 01, quarto 02, quarto 03 e isolamento: limpar com água e sabão, e se necessário, a utilização de álcool, a pia, o balcão, gavetas e materiais presentes nos quartos.
- Limpeza da sala de equipamentos: limpar todos os equipamentos com álcool.
- Carro de emergência: limpeza dos medicamentos com álcool, verificar validade dos mesmos, fazer o controle dos psicotrópicos, verificar se os laringoscópios estão funcionando e com pilhas, checar as gavetas: medicações, tubos, etc
- Armários (posto de enfermagem e sala de prescrição) e balcão do posto de enfermagem: limpar e arrumar os materiais.
- Depósito.

Tanto na UTI neonatal quanto na unidade de Berçário, as enfermeiras ocupam a maior parte de seu tempo em atividades administrativas, tendo em vista que cabe a elas o cumprimento da função assistencial e de chefia, por serem as únicas enfermeiras de cada unidade. Mas ainda assim resta tempo para a atuação assistencial, de acordo com as necessidades de cada unidade.

Na prática, a assistência prestada pelos técnicos e auxiliares, das duas unidades, se resumem em assumir o paciente realizando os cuidados de higiene e conforto, verificação dos sinais vitais, administração de medicamentos, coleta de exames, enfim, prestação de cuidados integrais visando a promoção e manutenção da saúde de cada RN.

Avaliação do objetivo nº. 1

Apesar de não termos conseguido reunir toda a equipe atuante na UTI neonatal e no Berçário para nos apresentarmos e apresentar nosso projeto de maneira formal, consideramos que todos os funcionários tomaram conhecimento dos nossos objetivos e participaram na execução da nossa prática assistencial.

Quando da elaboração de nosso projeto não imaginávamos que iríamos encontrar tanta resistência por parte dos integrantes da equipe de enfermagem e medicina. Por outro lado consideramos aceitável levando-se em conta a existência de um mito que permeia a equipe de saúde em relação aos estagiários: o de interferir na rotina da unidade, não auxiliar na prestação da assistência, além de observar e criticar as falhas da equipe.

Cada obstáculo nos impulsionava no sentido de reunir forças para superá-los, buscando a interação com a equipe, o cumprimento de nossos objetivos, e nossa satisfação pessoal e profissional. Acreditamos que estas dificuldades foram um alicerce para nossa compreensão e amadurecimento no que diz respeito a relacionamentos interpessoais, pois procuramos nos adaptar ao modo de agir de cada membro da equipe, respeitando seus direitos e seus limites, porém não nos deixando influenciar por suas atitudes, quando estas não vinham ao encontro aos nossos objetivos.

Em relação às normas e rotinas, acreditamos ter alcançado nosso objetivo, na medida do que estava ao nosso alcance. Julgamos que a elaboração das normas e rotinas em ambas as unidades, esteja comprometida pelo número insuficiente de enfermeiras, uma por unidade, acumulando funções de chefia e assistência.

A prática realizada, proporcionou uma visão geral do funcionamento de uma UTI Neonatal e de uma unidade de berçário no que diz respeito a dinâmica da assistência prestada e do uso dos equipamentos. Atingimos nosso objetivo também no que diz respeito a compreensão da escala da equipe de enfermagem e as atribuições dos funcionários.

Assim, consideramos que as estratégias preestabelecidas para o alcance destes objetivos foram pertinentes e colaboraram para que o objetivo fosse alcançado

7.2 Objetivo 2 – Promover a integração da equipe de enfermagem da UTIN e do Berçário à proposta da prática assistencial das acadêmicas.

Para o alcance deste objetivo, procuramos acompanhar, sempre que possível, a equipe durante a prestação de cuidados ao RN portador de malformação congênita e a sua família, no sentido de nos familiarizar com a assistência disponibilizada em ambas as unidades. Inicialmente nos sentimos um pouco deslocadas, receosas de que nossa presença/observação não fosse compreendida pela equipe. Sentimos que algumas vezes, a equipe se sentia incomodada com nossa presença, talvez por receio de que estivéssemos investigando

possíveis falhas. No decorrer da prática, e após exposição clara de nossos objetivos, nossa presença foi se tornando mais aceita e por muitas vezes éramos solicitadas a auxiliar na prestação da assistência.

Sempre que possível, procurávamos sugerir, de uma forma delicada, mudanças de atitudes que julgávamos pertinentes na prestação de uma assistência humanizada ao RN e a sua família. Como exemplo podemos citar: o ato de oferecer o dedo de luva ao RN quando da execução de procedimentos agressivos, salientando a redução da sensibilidade dolorosa através da liberação de substâncias que reduzem a dor a partir da sucção do RN; enfatizar a importância da presença dos pais em ambas as unidades, a fim de favorecer a promoção do vínculo mãe/RN/pai e conseqüentemente a adaptação deste; destacar a importância do incentivo a amamentação materna através de simples medidas como optar pela oferta de sucção nutritiva ao RN (dedo de luva +seringa) ao invés do uso de mamadeiras, entre outras sugestões, visando sempre a qualidade da assistência.

Na medida que RNs portadores de malformações diversas iam sendo admitidos, nosso interesse na busca de informações referentes a estas distintas anomalias aumentavam, e então fomos em busca de material teórico no sentido de aprofundar nosso conhecimento e fundamentar nossa prática. A partir desta fundamentação, nos sentimos aptas a cuidar e refletir com a equipe multiprofissional, esclarecendo dúvidas e repassando informações que considerávamos importantes.

Em relação a passagem de plantão, em ambas as unidades, apenas recebíamos o plantão da equipe noturna, tendo em vista que a troca de funcionários se dá a cada 12 horas. A cada passagem de plantão, quando surgiam dúvidas em relação ao RN/família, procurávamos esclarecê-las ainda no momento da passagem, visando nos inteirar da situação atual a fim de prestar um cuidado de enfermagem humanizado e de acordo com as necessidades de cada RN.

Quanto às reuniões da equipe de enfermagem, no período do estágio houve apenas uma reunião em equipe, que se deu na UTIN, cujo assunto de pauta era a distribuição de férias para a equipe de enfermagem, assunto que julgamos não ir ao encontro de nosso objetivo. Deste modo não participamos de nenhuma reunião em equipe.

Avaliação do objetivo nº. 2

A conquista do nosso espaço e a integração da equipe de enfermagem da UTIN e do Berçário à proposta da nossa prática assistencial se deu de forma lenta e gradual. Aos poucos

fomos nos inserindo e sempre que sentíamos que surgia a oportunidade, procurávamos expor nossas sugestões.



Foi gratificante perceber que, mesmo quando estávamos distantes, alguns membros da equipe, acatavam nossas sugestões, mudando atitudes, buscando cuidar de forma diferenciada. A troca de experiências objetivada no projeto foi atingida na prática realizada. Julgamos ter participado ativamente das passagens de plantão, ampliando nossa aptidão no que diz respeito ao ato de assumir a unidade e tornar-se responsável por ela, buscando atuar com respeito, competência e profissionalismo.

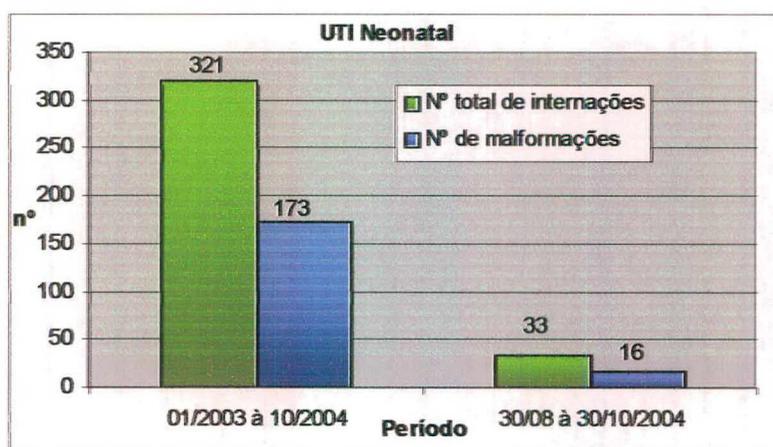


O objetivo foi satisfatoriamente alcançado, sendo que as estratégias propostas facilitaram o desenvolvimento da prática.

7.3. Objetivo 3 – Realizar um levantamento das malformações congênitas de maior ocorrência na UTIN e no Berçário do HIJG, no período do estágio, ampliando e atualizando nossos conhecimentos a respeito das malformações mais frequentes.

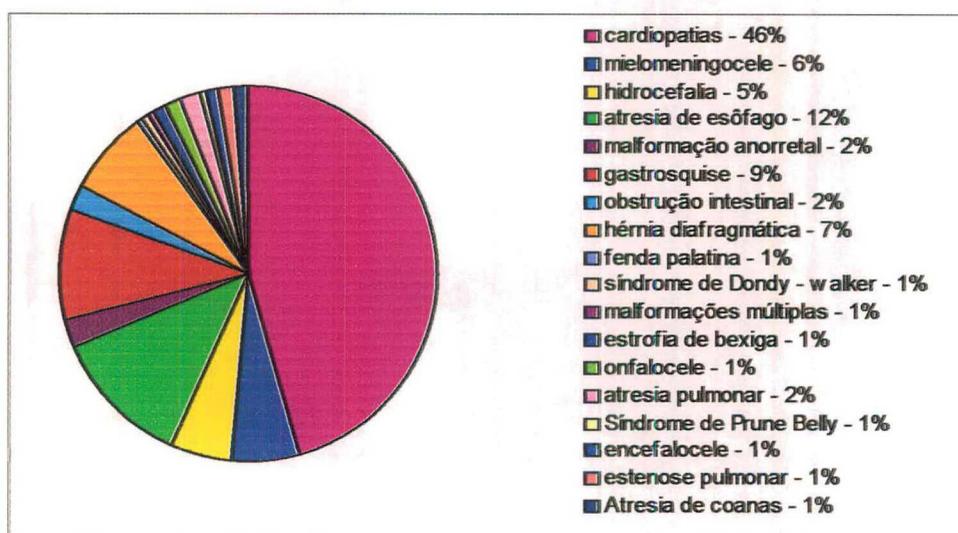
Além do levantamento e posterior descrição das malformações encontradas na UTIN e no Berçário do HIJG no período da prática realizada, fizemos o levantamento das malformações datadas desde janeiro de 2002 a outubro de 2004 na unidade de berçário e de janeiro de 2003 a outubro de 2004 na UTIN. A partir destes dados, elaboramos gráficos comparativos, evidenciando as malformações de maior ocorrência, tanto na UTIN quanto no Berçário.

Gráfico 1: Número total de internações em comparação ao número de malformações dos RNs admitidos na UTIN do HIJG segundo o período, na cidade de Florianópolis/SC, 2004.



Fonte: Registros internos da UTIN do HIJG.

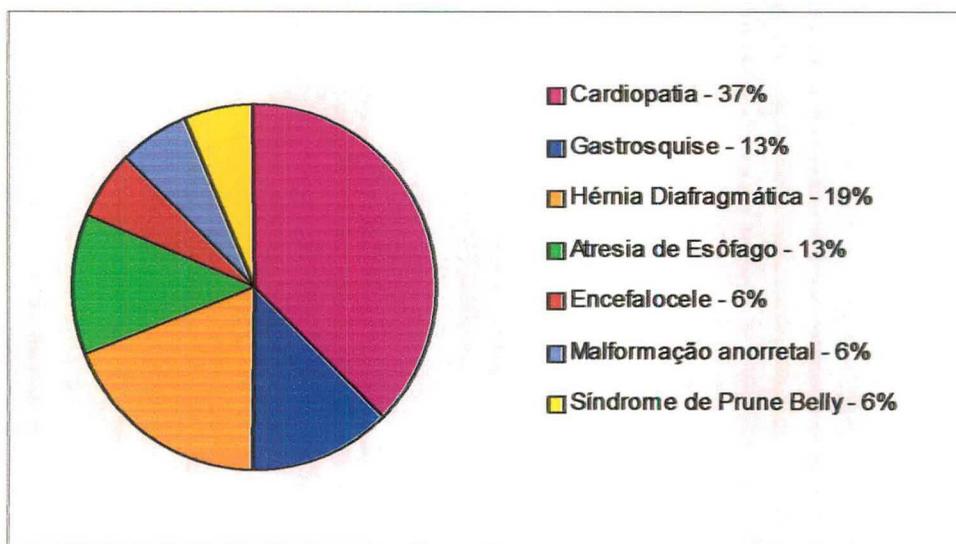
Gráfico 2: Ocorrência de malformações na UTIN do HIJG, no período de janeiro de 2003 à outubro de 2004, na cidade de Florianópolis/SC, 2004.



Fonte: Registros internos da UTIN do HIJG.

Dos 321 RNs admitidos na UTIN no período de janeiro de 2003 a outubro de 2004, 173 destes, ou seja, aproximadamente 54% apresentaram algum tipo de malformação distribuídas da seguinte forma: 46% cardiopatias, 6% mielomeningocele, 5% hidrocefalia, 12% atresia de esôfago, 2% malformação anorretal, 9% gastrosquise, 2% obstrução intestinal, 7% hérnia diafragmática, 1% fenda palatina, 1% síndrome de Dondy - walker, 1% malformações múltiplas, 1% estrofia de bexiga, 1% onfalocele, 2% atresia pulmonar, 1% Síndrome de Prune Belly, 1% encefalocele, 1% estenose pulmonar, 1% atresia de coanas.

Gráfico 3: Ocorrência de malformações na UTIN do HIJG, no período de 30 de agosto à 30 de outubro de 2004, na cidade de Florianópolis/SC, 2004.



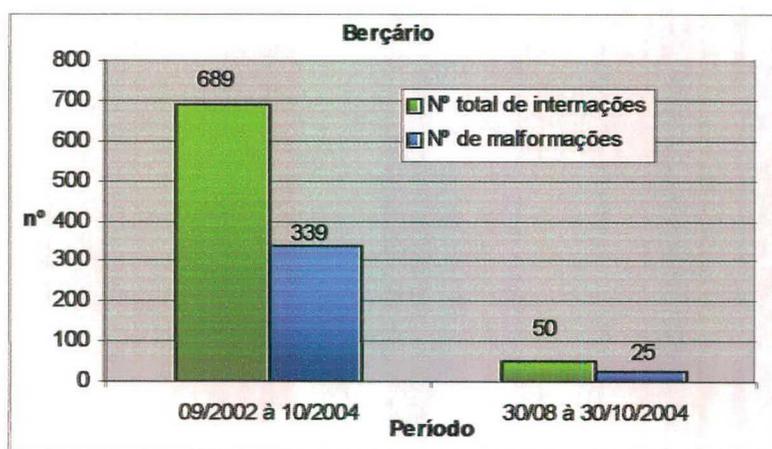
Fonte: Registros internos da UTIN do HIJG.

Dos 33 RNs admitidos na UTIN no período de 30 de agosto a 30 de outubro de 2004, 16 destes, ou seja, aproximadamente 48,5% apresentaram algum tipo de malformação distribuídas da seguinte forma: 37% cardiopatias, 13% gastrosquise, 19% hérnia diafragmática, 13% atresia de esôfago, 6% encefalocele, 6% malformação anorreta e 6% síndrome de Prune Belly.

A partir dos dados levantados pudemos perceber um elevado número de cardiopatias congênitas, anomalias que na grande maioria das vezes exigem tratamento cirúrgico. Somado a isto, as demais malformações encontradas também tratavam-se de anomalias que demandavam de tratamento cirúrgico urgente ou eletivo. Acreditamos que isto se deva ao fato da instituição ser referência no tratamento de malformações congênitas tanto em nível de tratamento em unidade de cuidados intensivos, como em nível de tratamento cirúrgico. Além

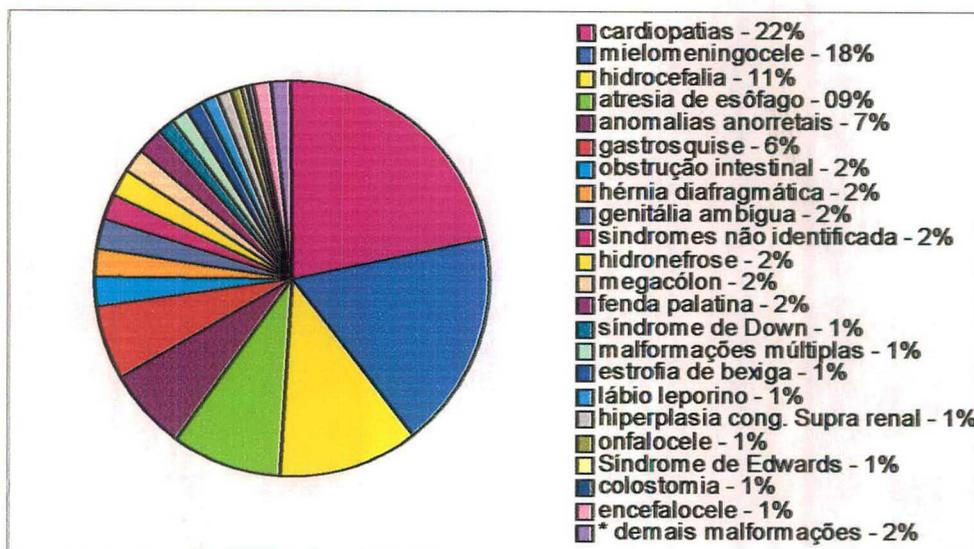
disso, consideramos que houve um elevado número de malformações durante a realização da prática assistencial, tendo em vista o curto período desta. Julgamos que as nossas expectativas em relação a ocorrência de malformações foram superadas, fato que contribuiu significativamente na efetivação deste trabalho.

Gráfico 4: Número total de internações em comparação ao número de malformações dos RNs admitidos no Berçário do HIJG segundo o período, na cidade de Florianópolis/SC, 2004.



Fonte: Registros internos da UTIN do HIJG.

Gráfico 5: Ocorrência de malformações na unidade de Berçário do HIJG, no período de setembro de 2002 à outubro de 2004, na cidade de Florianópolis/SC, 2004.

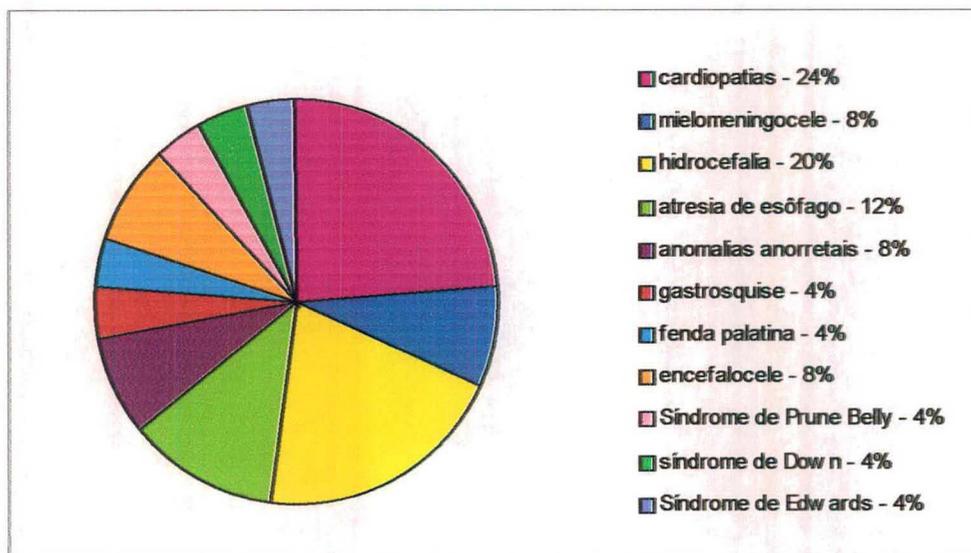


Fonte: Registros internos da unidade de Berçário do HIJG.

Dos 689 RNs admitidos no Berçário no período de setembro de 2002 a outubro de 2004, 339 destes, ou seja aproximadamente 49% apresentaram algum tipo de malformação distribuídas da seguinte forma: 22% cardiopatias, 18% mielomeningocele, 11% hidrocefalia, 09% atresia de esôfago, 7% anomalias anorretais, 6% gastrosquise, 2% obstrução intestinal, 2% hérnia diafragmática, 2% genitália ambígua, 2% síndromes não identificada, 2% hidronefrose, 2% megacólon, 2% fenda palatina, 1% síndrome de Down, 1% malformações múltiplas, 1% estrofia de bexiga, 1% lábio leporino, 1% hiperplasia cong. Supra renal, 1% onfalocele, 1% Síndrome de Edwards, 1% colostomia, 1% encefalocele. As demais malformações apresentaram menos de 1%: atresia abdominal, eureterocele, microcefalia, anencefalia, Síndrome de Apert e Síndrome de Patal.

*demais malformações (atresia abdominal, eureterocele, microcefalia, anencefalia, Síndrome de Apert, Síndrome de Patal) foram unidas por atingirem porcentagem inferior a 1%.

Gráfico 6: Ocorrência de malformações na unidade de Berçário do HIJG, no período de 30 de agosto de 2004 à 30 de outubro de 2004, na cidade de Florianópolis/SC, 2004.



Fonte: Registros internos da unidade de Berçário do HIJG.

Dos 50 RNs admitidos no Berçário no período de 30 de agosto a 30 de outubro de 2004, 25 destes, ou seja 50% apresentaram algum tipo de malformação distribuídas da seguinte forma: 24% cardiopatias, 8% mielomeningocele, 20% hidrocefalia, 12% atresia de esôfago, 8% anomalias anorretais, 4% gastrosquise, 4% fenda palatina, 8% encefalocele, 4% Síndrome de Prune Belly, 4% síndrome de Down e 4% Síndrome de Edwards.

Em relação ao berçário, também mostrou-se significativo o número de cardiopatias congênitas, além da existência das demais malformações anteriormente citadas na UTI neonatal, em virtude destas serem encaminhadas para a unidade de berçário após o restabelecimento prévio na UTIN. Foi possível encontrar ainda outras anomalias, que na maioria das vezes não demandam de cuidados intensivos e podem ser acompanhadas em nível de cuidados intermediários.

De acordo com os casos de malformações que iam surgindo, buscávamos ampliar nossos conhecimentos sobre as patologias conhecidas e estudar as até então desconhecidas. Estes estudos se deram através de livros, revistas e sites da web de fonte segura, sendo que optamos por apresentar as anomalias que julgamos mais interessantes, bem como um item sobre anomalias congênitas e ética médica. As anomalias estudadas foram: mielomeningocele, hidrocefalia, gastrosquise, hérnia diafragmática, síndrome de Edwards e atresia de esôfago. Na busca da bibliografia, pudemos perceber que as referências sobre o tema malformações, ainda são bastante precárias, dificultando a revisão proposta. O resultado deste estudo encontra-se descrito neste relatório, no capítulo referente ao suporte teórico.

O aprofundamento sobre a área neonatal iniciou a partir do momento em que optamos pela realização do trabalho de conclusão na unidade neonatal. Para tanto, participamos de alguns eventos (anexo I), que contribuíram para reforçar a nossa escolha e aprofundar nossos conhecimentos na área. Podemos citar aqui a participação nos seguintes eventos.

- Curso de “Atualização para Equipe de Enfermagem nas Emergências Obstétricas” realizado no dia 27 de maio de 2004, com carga horária de 4 horas.
- VII Seminário do Parto “Qualidade da Assistência ao Parto: contribuições da enfermagem”, nos dias 08 a 10 de julho de 2004, com carga horária de 30 horas/aula promovido pela ABEn – PR na cidade de Curitiba/PR. Este evento incluiu a oficina “Assistência de Enfermagem ao Parto Humanizado” com carga horária de 8 horas/aula.

No decorrer da prática, tivemos a oportunidade de participar de outros eventos.

- “Curso de Manejo e Promoção de Aleitamento Materno”, realizado no próprio Hospital Infantil Joana de Gusmão, nos dias 14 e 15 de setembro de 2004, com carga horária de 18 horas;
- Fórum “Aleitamento Materno – Um Olhar Multidisciplinar” realizado em 15 de setembro de 2004 no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC);

- Curso de “Capacitação em Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru” no período de 16 a 17 de setembro de 2004, com carga horária de 16 horas, realizado no HU/UFSC;

- “V Jornada Científica da Maternidade do HU/UFSC, no período de 21 a 22 de outubro de 2004, com carga horária de 10 horas.

O curso de capacitação “Método Mãe Canguru” nos possibilitou um conhecimento mais refinado, no que diz respeito ao cuidado humanizado a recém-nascidos prematuros.

Entre os conteúdos abordados podemos citar: norma e atenção humanizada ao RN de baixo peso; aspectos psicoafetivos no nascimento pré-termo; a família na unidade neonatal: do acolhimento à alta; comunicação entre a equipe/família/bebê; o cuidador e o ambiente na unidade neonatal; considerações sobre o desenvolvimento afetivo do bebê; o cuidador e seu bebê imaginário; desenvolvimento comportamental do neonato e intervenções no meio ambiente; dinâmica dos sentidos; cuidados posturais e manuseios individualizados; técnicas para promoção do aleitamento materno no prematuro; fase ambulatorial: abordagem clínica; fase ambulatorial: desenvolvimento; o bebê sujeito, sua família e a equipe; equipe interdisciplinar e implantação da atenção humanizada ao RN de baixo peso – método mãe canguru na maternidade do HU/UFSC.

Não podemos deixar de destacar também o curso de “Manejo e Promoção de Aleitamento Materno”, que por sua vez ampliou significativamente nosso conhecimento, abordando os seguintes temas: recomendações e vantagens do aleitamento materno; medicamentos usados pela mãe durante a amamentação; produção de leite; posicionamento, pega e sucção; riscos para amamentação; dicas para favorecer a amamentação; identificação e tratamento dos problemas precoces das mamas; bebês que exigem cuidados especiais na amamentação; indicação médica para a utilização de medicamentos além do leite materno; identificação e tratamento de problemas tardios nas mamas; ordenha e armazenamento do leite; preparo da mãe para a amamentação; uso da amamentação para espaçar as gestações; manutenção da amamentação até os dois anos ou mais; políticas nacionais que afetam a alimentação infantil e norma brasileira referente a amamentação.

Avaliação do objetivo nº. 3

O levantamento das malformações encontradas na UTIN e no Berçário foi além do planejado, uma vez que optamos por ampliar o período de abordagem da ocorrência de malformações de acordo com os dados que estavam disponíveis.

A revisão da literatura, apesar de ter sido restrita, pode nos orientar na prestação da assistência aos RN portadores de malformações, servindo-nos como base para fundamentar nossa prática e esclarecer nossas dúvidas.

Acreditamos que os eventos tenham contribuído significativamente no nosso aprendizado, acrescentando muito ao nosso estágio e a nossa futura carreira profissional. De modo especial, destacamos o curso “Método Mãe Canguru” que nos proporcionou uma sensibilização, abrindo-nos os olhos frente a importância de uma assistência humanizada a estes pequenos seres que dependem do nosso cuidado. Este cuidado vai além de um simples cumprimento de tarefas e procedimentos, trata-se de um verdadeiro cuidar, onde o amor, o carinho, o aconchego e a empatia se fazem essenciais.

Por todas essas considerações, julgamos ter alcançado satisfatoriamente este objetivo.

7.4. Objetivo 4 – Desenvolver processo de enfermagem com o RN e sua família com base na metodologia assistencial proposta por Roy.

Durante o desenvolvimento da prática, à medida que os RNs iam sendo admitidos em ambas as unidades e dependendo do diagnóstico, íamos selecionando nossa população alvo, a fim de aplicar o processo de enfermagem.

De acordo com a proposta inicial, pretendíamos aplicar o processo a dois recém-nascidos e suas famílias. No entanto, diante da diversidade de casos, e à medida que íamos nos envolvendo com cada recém-nascido e sua família, sentimos a necessidade de ampliar esta proposta, sendo que aplicamos o processo a cinco recém-nascidos e suas famílias.

Dos cinco processos aplicados, três serão relatados na íntegra, estando dois deles (Haniel e Mikael) descritos na seqüência e o terceiro (Aladiah) em apêndice VII. Os demais se encontram em nossos arquivos, disponíveis a quem despertar o interesse. Abaixo estaremos fazendo um breve comentário dos cinco processos aplicados, pontuando alguns aspectos que julgamos importante.

Gostaríamos de salientar que a partir de cada escolha, antes de iniciar o processo de enfermagem, solicitávamos o consentimento para desenvolver nosso trabalho, aplicar o questionário e fazer os registros fotográficos, ao familiar que encontrava-se acompanhando o RN, sempre após explanação dos objetivos e do trabalho que seria realizado.

Para salvaguardar a identidade dos recém-nascidos atendidos, optamos por nomeá-los com nomes de anjos. Por que anjos? Porque consideramos que estes pequenos seres que vêm ao mundo com as mais variadas malformações, são anjos que iluminarão o lar de cada uma das famílias das quais fazem parte.



DAMABIAH

O primeiro processo de enfermagem foi aplicado a um bebê internado na unidade de berçário, do sexo feminino, portador de **mielomeningocele e hidrocefalia**, ao qual identificamos como **Damabiah**. Sentimo-nos motivadas em acompanhar o caso, pois nos encontrávamos na primeira semana de estágio e fomos convidadas a presenciar a cirurgia de derivação ventrículo peritoneal (DVP). Outro motivo que nos levou a acompanhar o caso foi a empatia e o bom relacionamento que tivemos com a mãe de Damabiah desde o primeiro contato, de forma especial quando tomamos conhecimento da história que havia por trás daquela gestação



Damabiah após a colocação da válvula de DVP

HARIEL

O segundo processo foi realizado com um RN internado na UTIN, do sexo masculino, portador de **hérnia diafragmática**, ao qual designamos **Hariel**. Foi um de nossos primeiros contatos na UTIN, e ao mesmo tempo em que nos sentíamos receosas em prestar-lhe cuidado, sentimo-nos sensibilizadas pela complexidade e gravidade do seu caso. Na nossa avaliação, sentimos que poderíamos ajudar de alguma forma aquele bebê e sua família, prestando um cuidado diferenciado. Abaixo se encontra descrito o processo na íntegra.



Hariel, após a cirurgia de hérnia

PROCESSO DE ENFERMAGEM - Hariel

Nota de Admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

RN encaminhado pela Maternidade Carmela Dutra às 11:15h de 03/09/2004 devido hérnia diafragmática congênita. Chegou transportado em incubadora, aquecido, em ventilação mecânica. Acompanhado de uma médica residente - R3 e um auxiliar de enfermagem. Apresentava-se agitado, saturando +/- 78%, corado, hidratado, adaptado à ventilação mecânica (VM), ausculta cardíaca sem presença de sopro, abdome semi-globoso e flácido.

Histórico da Família

A.A.S. e C.A.R.C, pais de Hariel, provenientes de Videira, vivem em união estável, C.A.R.C. não é o pai biológico do bebê, mas assumiu a paternidade. Hariel é o segundo filho de A.A.S. Tivemos contato inicialmente com a mãe de Hariel e num segundo momento com o

pai, ambos se mostravam cientes da gravidade do caso. No entanto o pai se mostrava mais conformado, enquanto na mãe era perceptível o sentimento de pesar em virtude da situação que o bebê se encontrava. Ao mesmo tempo que mostravam-se cientes, a mãe demonstrava esperança de que a criança viria a ficar bem.

Descrição da Cirurgia – Herniorrafia Diafragmática – em 03/09/2004 às 15h

1) Antissepsia + colocação de campos estéreis 2) Incisão oblíqua sub-costal esquerda + abertura por planos 3) Redução das víceras e órgãos que se encontravam na cavidade torácica: lobo esquerdo fígado, estômago, baço, intestino delgado e grosso. 4) Visualização do defeito diafragmático: agenesia parte posterior hemidiafragmática esquerda. 5) Herniorrafia diafragmática com pontos separados de prolene 4.0 em “U” (pontos passados em arcos costais). 6) Fechamento peritônio com vicryl 3.0 e pele intradérmica com monocryl 5.0 7) Curativo.

Resultado: sutura diafragmática pouco tensa. / Potencial de contaminação: cirurgia limpa.

Avaliação de 1º Nível

Identificação do RN –

Nome: RN de A.A.S. - Hariel

Local de Internação: UTIN

Data do nascimento: 03/09/2004

Tipo do Parto: cesárea

Apgar: 1º min. 2 5º min. 9

Idade Gestacional: 37 semanas e 6 dias **Sexo:** () F (x) M

Peso ao nascer: 2.770Kg **Posição na família:** 2ª filho

Raça: branco **Procedência:** Videira/SC

Nº de consultas pré-natais: 7 consultas

Teste do pezinho: realizado em 09/09/2004

Nome dos Pais: A.A.S. e C.A.R.C. (não é o pai biológico).

Estado Civil dos Pais: união estável

Idade: pai: 40 anos **mãe:** 22 anos

Antecedentes obstétricos: Gesta II Para II Cesárea II

Escolaridade: Mãe: 3ª série do fund. **Pai:** ensino fund. completo

Malformação: Hérnia Diafragmática - Realizado cirurgia em 03/09/2004

Diagnósticos Médicos: Hérnia Diafragmática, Sepse Neonatal, Hipertensão Pulmonar e

Pneumotórax Hipertensivo.

Data da Internação: 03/09/2004

Estímulo Focal: RN hospitalizado.

Estímulo Contextual: Hérnia Diafragmática.

Estímulo Residual: não identificado.

Estímulo Focal: Sepses Neonatal.

Estímulo Contextual: ambiente hospitalar contaminado.

Estímulo Residual: baixa resistência do sistema imunológico do RN

Estímulo Focal: Hipertensão Pulmonar.

Estímulo Contextual: sepses e excesso de estimulação externa (manipulação, luzes, ruídos).

Estímulo Residual: Baixa resistência do RN.

Estímulo Focal: Pneumotórax Hipertensivo.

Estímulo Contextual: pressão inspiratória e/ou expiratória muito elevada e/ou a aspiração de VAS.

Estímulo Residual: não identificado.

Dados coletados no dia 13/09/2004

Dados Antropométricos: PC: 35 cm / PT: 31,5 cm / **Peso:** não foi pesado / **Altura:** 47 cm

Obs.: O RN não é pesado desde o dia que nasceu devido ao quadro instável.

Estímulo Focal: perímetro torácico diminuído.

Estímulo Contextual: pulmão hipoplásico / hérnia diafragmática.

Estímulo Residual: não identificado.

Oxigenação

FR: 60-70bpm **Características da respiração:** adaptado a Ventilação Mecânica (VM).

Coloração da pele: hipocorado (+/4+). **Saturação Δ :** 37-90%

Oxigenoterapia: recebendo O₂ a 100% e óxido nítrico 20ppm por VM.

Presença de dois drenos de tórax em aspiração contínua.

Obs.: Paciente apresentando várias quedas de saturação. Aspirado cânula, com presença de secreção 3 vezes em grande quantidade e 2 vezes em média quantidade, com presença de rolha de secreção, caindo a saturação e demorando a recuperar. A cânula endotraqueal foi tracionada 2cm, de 11 para 9cm, melhorando a saturação.

Estímulo Focal: RN em ventilação mecânica por incapacidade de respirar sozinho.

Estímulo Contextual: hipoplasia pulmonar e a hipertensão pulmonar.

Estímulo Residual: comprometimento do sistema respiratório.

Estímulo Focal: RN hipocorado, com incapacidade para manter saturação de O₂ adequada.

Estímulo Contextual: hipoxemia.

Estímulo Residual: não identificado.

Estímulo Focal: presença de dois drenos de tórax em aspiração contínua.

Estímulo Contextual: pneumotórax hipertensivo.

Estímulo Residual: não identificado.

Circulação: FCA: 140-182 bpm / Ritmo: rítmico / Ausculta cardíaca: sp

PASA: 60-94mmHg PADA: 24-45mmHg PAMA: 36-62mmHg

Nutrição / hidratação: RN recebendo nutrição parenteral - HEV via dissecação venosa em MSD. **Obs.:** As 16h iniciou com NPP.

Turgor da pele: normotenso. **Presença de edema:** não observado.

Fontanelas: depressíveis com um discreto acavalgamento das suturas cranianas.

Bregmática: 3cm **Lambdóide:** 1cm **Glicemia capilar:** 92-95mgdl

Estímulo Focal: paciente recebendo nutrição parenteral.

Estímulo Contextual: quadro geral grave, uso de VM e pós-operatório (PO) de hérnia diafragmática.

Estímulo Residual: comprometimento do sistema gastrointestinal.

Regulação Térmica: RN em berço aquecido TCA: 35,7 – 37,6°C T berço: 20-40%

Estímulo Focal: RN com discreta hipertermia.

Estímulo Contextual: não identificado (atentar para possível sinal de infecção).

Estímulo Residual: não identificado.

Eliminações:

Vesical:

- micção espontânea. **Frequência:** 3vezes **Características:** amarelo ouro em grande quantidade.

- cateter vesical (com vazamento). **Volume:** 305ml **Características:** amarelo ouro.

Obs.: Repassado quatro vezes a sonda vesical nº6, nº8, nº8 e nº6 (foley) mas sempre apresentou vazamento de urina pela uretra.

- coletor de urina. **Volume:**12ml **Características:** amarelo médio

Estímulo Focal: paciente em cateterismo vesical.

Estímulo Contextual: uso de medicação sedativa.

Estímulo Residual: possível retenção da urina.

Intestinal: não evacuou.

Obs: Abdome globoso e flácido com presença de ruídos hidroaéreos.

Drenagens: presença de resíduo gástrico por sondagem. SOG aberta.

Volume: 8ml **Características:** viscoso e acastanhado

Repassado SOG nº10 e realizado lavado gástrico com 5ml de água destilada de 4/4h.

Estímulo Focal: presença de resíduo gástrico viscoso e acastanhado

Estímulo Contextual: úlcera gástrica.

Estímulo Residual: estresse do RN.

Integridade Cutâneo Mucosa: Realizado cuidados de higiene e conforto.

Presença de Incisão cirúrgica em abdome lateral esquerdo em processo de cicatrização (ausência de curativo).

Coto umbilical: enegrecido, em processo de mumificação

Presença de: millium sebáceo, lanugem e descamação fisiológica.

Presença de curativos:

Região: Tórax – Drenos em aspiração contínua. **Características:** ausência de secreção.

Região: MSD – dissecação venosa. **Características:** limpo, pontos secos

Estímulo Focal: presença de drenos em aspiração contínua.

Estímulo Contextual: pneumotórax hipertensivo.

Estímulo Residual: integridade cutânea comprometida na região do tórax.

Estímulo Focal: presença de dissecação venosa.

Estímulo Contextual: paciente apresentando rede venosa de difícil acesso.

Estímulo Residual: fragilidade do paciente e manuseio excessivo.

Regulação neurológica:

Nível de consciência: torporoso *Reflexos* - não verificados em virtude do estado do RN

Estímulo Focal: uso de medicação sedativa.

Estímulo Contextual: reatividade excessiva do paciente ao manuseio.

Estímulo Residual: paciente apresentando-se torporoso.

Sono e vigília: sono leve.

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): dissecação venosa em MSD e Acesso venoso em região cefálica (scalp 27).

Medicação EV: SG10%152ml, NaCl20% 2ml, KCl19,1% 0,6ml e GluCa10% 4ml. - Vancomicina 41,6mg - - Amicacina 13,8mg - Cefipime 140mg - SG 5% 11,2ml + adrenalina 0,8ml - SG 5% 10ml + fentanil 2ml - SG5% 8ml + fentanil 2,7ml + dormonid (1+9) 1,3ml - Bic de Sódio 8,4% 3ml + água destilada 3ml - Dormonid (1+9) 0,8ml - Ranitidina 1,4mg.

Exames realizados: Coleta de sangue – 5,6ml e raios-X de tórax.

DIA 13/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
◆ RN hospitalizado ◆ Sepsis Neonatal.	◆ Paciente apresentando quadro de Sepsis Neonatal, provavelmente relacionado ao ambiente hospitalar	→ Realizar cuidados de higiene e conforto. → Verificar sinais vitais 1/1h

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hipertensão Pulmonar ◆ Pneumotórax Hipertensivo ◆ Perímetro torácico diminuído ◆ RN em ventilação mecânica ◆ RN hipocorado ◆ Presença de dois drenos de tórax em aspiração contínua ◆ RN recebendo nutrição parenteral ◆ Discreta hipertermia ◆ RN em cateterismo vesical ◆ Presença de resíduo gástrico viscoso e acastanhado ◆ Presença de dissecação venosa ◆ Uso de medicação sedativa. 	<p>contaminado, a baixa resistência do sistema imunológico do RN e ao PO de hérnia diafragmática.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Incapacidade do RN de respirar sozinho provavelmente relacionada a hipoplasia pulmonar, hipertensão pulmonar e pneumotórax hipertensivo e evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica. ◆ Incapacidade em manter saturação de O₂ adequada, provavelmente relacionada a hipoplasia pulmonar, hipertensão pulmonar e pneumotórax hipertensivo e evidenciado pela coloração da pele (hipocorado +/4+) e pelos parâmetros apresentados pelo RN. ◆ Pneumotórax hipertensivo provavelmente relacionada a hipoplasia pulmonar e a hipertensão pulmonar e evidenciado pela presença de dois drenos de tórax em aspiração contínua. ◆ Estado nutricional alterado, relacionado a incapacidade em receber dieta alimentar e evidenciado pela presença de HEV. ◆ Eliminação vesical comprometida, relacionado à possível retenção da urina devido ao uso de medicação sedativa e evidenciado pela necessidade de cateterismo vesical. ◆ Presença de úlcera gástrica 	<p>e PA 2/2h.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Manter cuidados rigorosos em relação ao risco de infecção (lavar bem as mãos antes e após a realização dos procedimentos, utilizar técnica asséptica sempre que executar procedimentos invasivos entre outros cuidados de acordo com a CCIH. → Monitorar ventilação mecânica e saturação de O₂. → Aspirar cânula endotraqueal sempre que necessário. → Manter cuidados com drenos de tórax e trocar o curativo pela manhã ou sempre que tiver secreção. → Trocar curativo de dissecação venosa em MSD nos dias pares ou de acordo com a necessidade. → Manter cuidados com acesso venoso. → Manter controle rigoroso da diurese. → Observar e registrar presença de evacuações. → Observar e registrar presença de resíduo gástrico. → Administrar HEV de acordo com prescrição médica.
--	---	---

<p>◆ Presença da mãe e demonstração de sentimento de pesar.</p> <p>◆ RN apresentando fâcies de dor e choro sempre que alguém se aproximava do leito</p>	<p>provavelmente relacionado ao estresse em que o RN está exposto e evidenciado pelo resíduo gástrico viscoso e acastanhado.</p> <p>◆ Paciente apresentando rede venosa de difícil acesso, relacionado a fragilidade do paciente e manuseio excessivo do mesmo e evidenciado pela necessidade de dissecação venosa em MSD.</p> <p>◆ Integridade cutânea comprometida na região do tórax, relacionado ao pneumotórax hipertensivo e evidenciado pela presença de drenos em aspiração contínua.</p> <p>◆ Nível de consciência alterado, relacionado ao uso de medicação sedativa devido a reatividade excessiva do paciente ao manuseio e evidenciado pelo estado torporoso do paciente.</p> <p>◆ RN apresentando deficiência no modo adaptativo de função fisiológica e de interdependência evidenciado pelos estado geral grave e pelas fâcies de dor e choro.</p> <p>◆ Mãe demonstrando sentimento de pesar, relacionado a gravidade do estado do bebê e da possibilidade de óbito.</p>	<p>→ Realizar glicemia capilar de acordo com a prescrição médica.</p> <p>→ Manter berço aquecido de acordo com a temperatura corporal do RN.</p> <p>→ Realizar mudança de decúbito de 3/3h ou de acordo com a estabilidade do paciente.</p> <p>→ Administrar antibioticoterapia seguindo rigorosamente os horários prescritos.</p> <p>→ Proporcionar conforto ao RN sempre após os procedimentos agressivos, como o toque, a sucção não nutritiva, conversar com o recém-nascido procurando acalmá-lo, segurar no colo quando possível, conter de forma a transmitir proteção, entre outras.</p> <p>→ permitir e incentivar a presença dos pais.</p> <p>→ Favorecer e estimular o contato mãe/RN/pai.</p> <p>→ Orientar e oferecer apoio aos pais em relação ao estado do RN.</p> <p>→ Verificar a evolução no nível de adaptação do RN e família.</p>
---	--	--

Evolução de Enfermagem em 13/09/2004

RN apresentando agravamento do quadro geral, torporoso, hipocorado e hidratado. Adaptado a ventilação mecânica (VM), presença de drenos em região torácica. Apresentando quedas acentuadas da saturação, em uso de óxido nítrico. Grande quantidade de secreção em vias aéreas superiores (VAS). Recebendo HEV via dissecação venosa em MSD, iniciando as 16h com NPP. Discreta hipertermia. Diurese presente. Não evacuou. Apresentando elevado grau de estresse, reagindo ao manuseio. Proporcionamos conforto à Hariel, através do toque, contenção no sentido de acalmar e organizar a posição do bebê, e estimulamos os pais a fazerem o mesmo sempre que se sentissem a vontade, visando contribuir no processo de adaptação. No entanto, o bebê permaneceu demonstrando deficiência na adaptação tanto no modo fisiológico, como no modo de interdependência. Mãe de Hariel passando por etapa do processo de adaptação, mostrando sinais de pesar. Frente a este comportamento, procuramos oferecer apoio emocional aos pais.

Evolução de Enfermagem em 14/09/2004

RN mantendo quadro grave, aspecto verde-acinzentado, hipocorado +++/4+, hidratado, sedado, adaptado a VM. Ausculta cardíaca sp, abdome globoso, depressível, RHA +. Discretamente hipertérmico, níveis pressóricos alterados hipo/hipertensão. RN em VM à 100% Óxido Nítrico 27,3. Não mantém saturação de O₂ (40-74%) SOG aberta. Sonda vesical de demora para controle da urina. Diurese presente, porém com débito urinário diminuído. Presença de dreno de tórax esquerdo bilateral. Dissecação venosa em MSD. Puncionado acesso venoso em região cefálica para antibioticoterapia. Prognóstico reservado. RN mantendo estado geral grave, alto grau de fragilidade na adaptação fisiológica e ausência de respostas quanto ao modo de interdependência, em virtude da sedação. Apesar de Hariel encontrar-se sedado, não respondendo aos nossos estímulos , não deixamos de prestar cuidados de conforto e aconchego visando favorecer suas respostas adaptativas.

Obs.: Pais ausentes durante o acompanhamento das acadêmicas.

Evolução de Enfermagem em 15/09/2004

RN apresentando instabilidade clínica, aspecto acinzentado, hipocorado +/4+, com extremidades cianóticas, hidratado, entregue a VM. Perfusão periférica lentificada. Abdome globoso, pouco tenso, RHA diminuídos, edema em MMII +/4+. Presença de lesão necrótica em região cefálica. Recebendo NPP. Em uso de sonda vesical para controle da diurese.

As 13:50h apresentou bradicardia (38bpm), e queda acentuada da saturação(11%), ambuzado e massageado retornou batimentos cardíacos para 123bpm. As 14:05h apresentou nova queda de saturação (38%), com bradicardia de 48bpm e palidez generalizada. RN apresentando ausência de respostas quanto ao modo de interdependência, em virtude da sedação, mantendo gravidade no estado geral. As 14:20h RN fez parada cárdio-respiratória, foi ambuzado e massageado por 10 minutos mas não retornou. RN evoluiu para a ausência de comportamentos adaptativos. As 14:30h – óbito neonatal.

Obs.: Pais ausentes durante o acompanhamento das acadêmicas.

Observações em Relação à Adaptação dos Pais (MODO DE INTERDEPENDÊNCIA):

Avaliação de 1º nível

- **Visitas freqüentes ao RN internado no Berçário ou na UTIN.** - Sim, em especial por parte da mãe, pois o pai voltou a trabalhar.
- **Tempo de permanência dessas visitas.** - Médio.
- **Presença de toque, carinho e aconchego ao RN.** - Às vezes, a mãe se mantém ainda um pouco a distância, com receio de tocar, mas disse que é bom ela estar por perto para que ele melhore e por isso quando ele complica, ela procura ficar mais tempo por perto.
- **Participação dos pais nos cuidados ao RN, quando permitido.** - Não. O cuidado não é permitido na UTIN.
- **Relacionamento família/equipe de enfermagem** - A mãe disse que não tem do quê reclamar
- **Questionamentos a respeito da situação do bebê.** - Às vezes, principalmente em relação à evolução do bebê.

Avaliação de 2º nível

Estímulo Focal: demonstração de amor e carinho mãe/RN/pai.

Estímulo Contextual: presença constante da mãe na UTIN e preocupação com o RN

Estímulo Residual: não identificado.

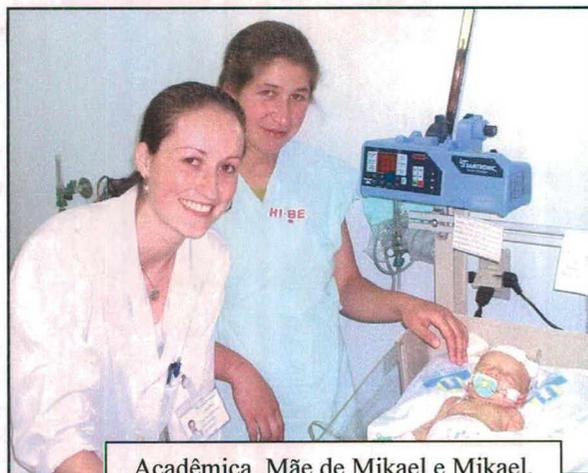
MIKAEL

No terceiro processo, atendemos um RN também internado na UTIN. Um bebê do sexo masculino, portador de **gastrosquise**, ao qual identificamos como **Mikael**. Este foi o nosso mais longo, intensivo e gratificante processo, que demandou grande empenho e dedicação de nossa parte.



Mikael após sua primeira cirurgia.

O vínculo que criamos com essa família (mãe/RN/pai) nos possibilitou uma visível contribuição no processo de adaptação. Procurávamos estar presentes sempre que fosse necessário, tanto na prestação da assistência direta como também no apoio emocional, no esclarecimento de dúvidas e no ouvido atento aos seus chamados. Talvez pela acessibilidade e confiança demonstrados durante a assistência, percebemos que a família solicitava nossa presença e esclarecimentos sempre que uma nova situação surgia. O acompanhamento de Mikael foi realizado desde sua admissão na UTIN, que se deu no dia de seu nascimento até o último dia da prática assistencial, sendo que ele ainda continua internado. A assistência prestada a Mikael, envolveu nos primeiros dias, uma avaliação minuciosa e completa. Com o passar dos dias, continuávamos prestando assistência integral, mas o acompanhamento passou a ser feito em dias intercalados, pois a evolução do recém-nascido era muito lenta. Abaixo encontra-se descrito o processo na íntegra.



Acadêmica, Mãe de Mikael e Mikael.

PROCESSO DE ENFERMAGEM - Mikael

Nota de Admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Recebemos RN às 18h de 16 de setembro de 2004, proveniente e encaminhado de Monte Carlo, acompanhado pela médica residente da emergência do HIJG, duas técnicas e dois estagiários também da emergência. Trazido enrolado em cobertores em berço comum. RN apresentava-se corado, hidratado, ativo e hipotérmico. Com SNG, HEV, recebendo antibioticoterapia (ampicilina + gentamicina) conforme orientado por telefone. O diagnóstico (gastrosquise) foi realizado ao nascimento, a parturiente chegou em período expulsivo. Hora do nascimento: 13:30h. Apresentava-se com víceras abdominais exteriorizadas contidas por compressas embebidas em soro fisiológico.

Histórico da Família

P.M. e R.R.S. pais de Mikael, provenientes de Monte Carlo/SC, casados, ambos com 19 anos, primeiro filho do casal, ela é dona de casa e ele é auxiliar de fruticultor. Inicialmente tivemos contato com o pai de Mikael, tendo em vista que a mãe encontrava-se internada, em recuperação pós-parto. Num primeiro momento o pai mostrou-se extremamente preocupado e sem saber como lidar com a situação. Apesar do médico que acompanhou a gestação de P.M. ter alertado sobre a suspeita de alguma malformação, não havia nada concreto. Os pais não esperavam que o seu bebê nascesse com gastrosquise, nem ao menos sabiam do que se tratava. Frente a esta situação, realizamos orientações ao pai quanto ao estado do RN, explicamos a respeito da malformação e da necessidade da cirurgia procurando reduzir sua ansiedade, estimulando que expusesse suas dúvidas. Na medida em que este mostrou-se mais tranquilo, orientamos quanto o acesso livre dos pais à UTI neonatal, salientando a importância da presença dos pais na recuperação do bebê, estimulando o contato e a formação do vínculo.

Avaliação de 1º Nível

Identificação do RN –

Nome: RN de P.M. - Mikael

Local de Internação: UTIN

Data do nascimento: 16/09/2004

Tipo do Parto: normal

Apgar: 1º min. desconhecido

5º min. desconhecido

Idade Gestacional: +/- 36 semanas **Sexo:** () F (x) M

Peso ao nascer: 2.590Kg **Posição na família:** 1ª filho

Raça: branco

Procedência: Monte Carlo/SC

Nº de consultas pré-natais: 3 consultas no posto de saúde. 1 ultrason

Teste do pezinho: coletado no dia 21/09/2004.

Nome dos Pais: P.M. e R.R.S

Estado Civil dos Pais: casados

Idade pai: 19 anos **mãe:** 19 anos

Antecedentes obstétricos: Gesta I Para I

Escolaridade: Mãe: 7ª série do fundamental **Pai:** 7ª série do fundamental

Malformação: Gastrosquise - Realizado cirurgia em 16/09/2004

Diagnósticos Médicos: Gastrosquise (16/09) Pneumotórax Hipertensivo (19/09)

Data da Internação: 16/09/2004

Estímulo Focal: RN hospitalizado.

Estímulo Contextual: gastrosquise.

Estímulo Residual: não identificado.

Estímulo Focal: Pneumotórax Hipertensivo.

Estímulo Contextual: pressão inspiratória e/ou expiratória muito elevada e/ou a aspiração de VAS.

Estímulo Residual: comprometimento do sistema respiratório.

Dados coletados no dia 16/09/2004

Dados Antropométricos: PC: 33 cm / PT: 33,5 cm / **Peso:** 2.590Kg / **Altura:** 47 cm

Oxigenação

FR: 40-50 bpm. **Ritmo:** eupneico – (ar ambiente antes da cirurgia).

VM (após a cirurgia, instalado ventilação mecânica).

Características da respiração: superficial antes da cirurgia e após adaptado a VM.

Coloração da pele: corado. **Oxigenoterapia:** antes da cirurgia sem O₂ e depois O₂ a 100%

SaturaçãoΔ: 91-97 % **Obs.:** Aspirado Vias Aéreas Superiores (VAS) 2 vezes apresentando secreção em pequena quantidade.

Estímulo Focal: paciente em ventilação mecânica.

Estímulo Contextual: risco de compressão pulmonar - compressão das cúpulas diafragmáticas.

Estímulo Residual: pós-operatório (PO) de gastrosquise - possível edema de alças intestinais.

Circulação: FCA: 132-183 bpm / **Ritmo:** rítmico / **Ausulta cardíaca:** sp

Nutrição / hidratação: Recebendo nutrição parenteral – HEV por abocath em MSD

Turgor da pele: normotenso **Presença de edema:** não observado

Fontanelas: depressíveis **Bregmática:** 2,5cm **Lambdóide:** 1,5cm

Glicemia capilar: 155-259 mgdl

Estímulo Focal: paciente recebendo nutrição parenteral.

Estímulo Contextual: quadro geral grave e pré-operatório de gastrosquise.

Estímulo Residual: comprometimento do sistema digestivo.

Estímulo Focal: níveis glicêmicos aumentados.

Estímulo Contextual: provável administração de HEV (SG5%) em excesso durante o transporte para o HIJG.

Estímulo Residual: não identificado.

Regulação Térmica: RN em berço aquecido / TCA: 35,3 – 36,5°C / T berço: 20-80%

Estímulo Focal: hipotermia.

Estímulo Contextual: não identificado.

Estímulo Residual: manuseio excessivo e a dificuldade do RN em manter o controle da temperatura corporal.

Eliminações:

Vesical:

- **Micção espontânea** (antes da cirurgia). **Frequência:** 2x **Características:** amarelo claro em grande quantidade.

- **Cateter vesical** (depois da cirurgia) **Volume:** 19ml **Características:** amarelo claro.

Estímulo Focal: RN em cateterismo vesical.

Estímulo Contextual: PO de gastrosquise.

Estímulo Residual: provável retenção da urina.

Intestinal: Fezes meconiais: 1 vez em grande quantidade apresentando aspecto de secreção biliosa. No Centro Cirúrgico, ordenhado pequena quantidade de aspecto bilioso.

Drenagens: Presença de resíduo gástrico por sondagem – Sonda Oro-gástrica (SOG) aberta.

Volume: 96ml **Características:** secreção de aspecto bilioso e levemente sanguinolento.

Obs.: repassado SOG nº10 e realizado lavado gástrico, 5ml de água destilada (AD) de 4/4h.

Estímulo Focal: presença de resíduo gástrico bilioso em grande quantidade.

Estímulo Contextual: gastrosquise.

Estímulo Residual: não identificado.

IntegridadeCutâneo-Mucosa: Presença de fissura em região abdominal à direita do coto umbilical, com exteriorização das víceras intestinais e estômago.

Coto umbilical: aspecto leitoso.

Presença de: vérnix caseoso, lanugem e descamação fisiológica.

Estímulo Focal: exteriorização das alças intestinais e do estômago.

Estímulo Contextual: gastrosquise.

Estímulo Residual: integridade cutânea comprometida na região abdominal.

Regulação neurológica:

Nível de consciência: alerta e choroso **Reflexos** - não verificados em virtude do estado do RN

Estímulo Focal: paciente apresentando-se alerta e choroso.

Estímulo Contextual: manuseio excessivo do RN.

Estímulo Residual: elevado grau de estresse.

Sono e vigília: RN alerta e com atividade motora.

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): punção venosa em MSD

Recebendo medicação EV: Ampicilina 270mg - Gentamicina 7mg - HEV antes da cirurgia - 60ml/Kg VIG 4. SG10% 75ml + GluCa10% 2,6ml - HEV após a cirurgia - 80ml/Kg VIG 4. SG5% 50ml + SG10% 50ml + GluCa10% 2,6ml + Fentanil 1,2ml + NaCl20% 1,1ml. - SF 0,9% 26ml - fase rápida - BicNa 8,4% 5,8ml + 17,5ml de água destilada - Lasix - 1,3ml - Dopamina 1,8ml + SG5% 4,2ml - SF 0,9% 30ml - fase rápida - Plasil 1,3ml - SF 0,9% 30ml - fase rápida - Plasma fresco congelado (PFC) 30ml

Exames realizados: Coleta de sangue - 6ml e RX

Dia 16/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ◆ RN hospitalizado ◆ RN em ventilação mecânica ◆ RN recebendo nutrição parenteral ◆ Níveis glicêmicos aumentados ◆ Hipotermia ◆ RN em cateterismo vesical ◆ Presença de resíduo gástrico bilioso em grande quantidade ◆ Integridade cutânea comprometida na região abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ RN apresentando risco para contrair infecção, provavelmente relacionado ao ambiente hospitalar contaminado, a presença de gastrosquise e a baixa resistência do sistema imunológico do RN. ◆ Comprometimento do sistema respiratório do RN, relacionado ao PO de gastrosquise e evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica. ◆ Estado nutricional alterado, relacionado à incapacidade do RN em receber dieta alimentar e evidenciado pela necessidade de HEV - hidratação endovenosa. ◆ Níveis glicêmicos aumentados provavelmente relacionado a administração de HEV (SG5%) em excesso durante o transporte para o HIJG. 	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar cuidados de higiene e conforto. → Verificar sinais vitais 1/1h e PA 2/2h. → Manter cuidados rigorosos em relação ao risco de infecção (lavar bem as mãos antes e após a realização dos procedimentos, utilizar técnica asséptica sempre que executar procedimentos invasivos entre outros cuidados de acordo com a CCIH). → Monitorar níveis de saturação de O₂. → Aspirar cânula endotraqueal sempre que necessário. → Trocar curativo da região abdominal, utilizando SF 0,9% e técnica asséptica. → Administrar HEV de acordo com prescrição médica.

<p>◆ Elevado grau de estresse</p> <p>◆ RN com comprometimento do modo adaptativo fisiológico e de interdependência.</p> <p>◆ Ausência dos pais.</p>	<p>◆ Comprometimento do sistema termorregulador, provavelmente relacionado ao manuseio excessivo e a dificuldade do RN em manter o controle da temperatura corporal e evidenciado pela hipotermia.</p> <p>◆ Eliminação vesical comprometida, relacionado à possível retenção da urina devido ao PO de gastroquise e evidenciado pela necessidade de cateterismo vesical.</p> <p>◆ Presença de resíduo gástrico de aspecto bilioso e levemente sanguinolento provavelmente relacionado a gastroquise.</p> <p>◆ Integridade cutânea comprometida na região do abdome, relacionado a gastroquise e evidenciado pela presença de fissura à direita do coto umbilical.</p> <p>◆ RN demonstrando elevado grau de estresse, relacionado ao manuseio excessivo do RN e evidenciado pelo estado alerta e choroso.</p> <p>◆ RN apresentando comportamentos inefetivos, no modo fisiológico, relacionados a gastroquise e no modo de interdependência, provavelmente devido as inúmeras intervenções realizadas após o nascimento no sentido de promover a manutenção da vida.</p>	<p>→ Manter cuidados com acesso venoso.</p> <p>→ Realizar glicemia capilar de acordo com a prescrição médica.</p> <p>→ Manter berço aquecido de acordo com a temperatura corporal do RN.</p> <p>→ Realizar mudança de decúbito de 3/3h ou de acordo com a estabilidade do paciente.</p> <p>→ Manter controle rigoroso da diurese.</p> <p>→ Observar e registrar presença de evacuações.</p> <p>→ Observar e registrar presença de resíduo gástrico.</p> <p>→ Administrar antibioticoterapia seguindo rigorosamente os horários prescritos.</p> <p>→ Proporcionar conforto ao RN sempre após os procedimentos agressivos, como o toque, a sucção não nutritiva, conversar com o recém-nascido procurando acalmá-lo, conter de forma a transmitir proteção, entre outras.</p> <p>→ Estimular o pai a se fazer presente na UTI, favorecendo desta forma, o vínculo com o seu filho, e habilitando-o a levar informações sobre o recém-</p>
---	---	---

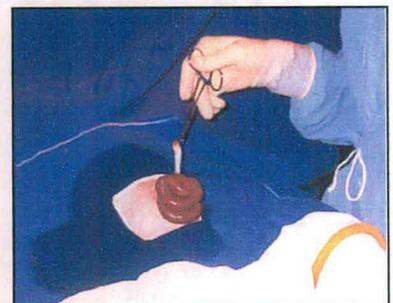
		nascido para a mãe que encontra-se internada. → Verificar a evolução no nível de adaptação do RN.
--	--	--

Evolução de enfermagem em 16/09/2004

RN alerta e choroso, corado e anictérico. Adaptado a VM, saturando bem. Discreta hipotermia, demais sinais vitais estáveis. Apresentando comprometimento no sistema respiratório e no estado nutricional. Alteração nos níveis glicêmicos. Comprometimento do sistema gastrointestinal e da integridade cutânea na região abdominal. Eliminações vesical e intestinal presentes e grande quantidade de secreção gástrica. RN apresentando elevado grau de estresse. RN demonstrando alteração nos processos adaptativos, reagindo aos estímulos externos e internos. Foi proporcionado conforto após os procedimentos agressivos. Sempre que possível tocávamos o recém-nascido, de forma a proporcionar-lhe conforto e favorecer a sua adaptação.

1ª Cirurgia (correção de gastrosquise) - 16/09/2004 às 20h

Descrição da Cirurgia: 1) Antissepsia e colocação de campos estéreis 2) Limpeza das alças exteriorizadas com SF 0,9% morno 3) Ordenha e redução manual das alças exteriorizadas sem dificuldade, abdome pouco tenso após redução 4) Dissecção de aponeurose do reto abdominal com prolene 4.0 5) Fechamento da pele 6) Curativo oclusivo.
Potencial de contaminação - Cirurgia Contaminada.



1ª cirurgia de Mikael - exposição das vísceras abdominais

Dados coletados no dia 17/09/2004

Dados Antropométricos: PC: 33 cm / PT: 33,5 cm / Peso: não foi pesado / Altura: 47 cm

Oxigenação

FR: 60 bpm **Ritmo:** Ventilação Mecânica (IMV)

Características da respiração: adaptado a VM **Coloração da pele:** corado

Oxigenoterapia: recebendo O₂ a 100% **SaturaçãoΔ:** 89-98 %

Obs.: Aspirado VAS 3 vezes apresentando secreção em grande quantidade e 1 vez em média quantidade.

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Circulação: FCA: 140-184 bpm **Ritmo:** rítmico **Ausculta cardíaca:** sp

PAS: 43-64 mmHg **PAD:** 16-34 mmHg **PAM:** 24-41 mmHg

Estímulo Focal: hipotensão arterial.

Estímulo Contextual: pós-operatório (PO) de gastrosquise.

Estímulo Residual: retenção de líquido no interstício (edema).

Nutrição / hidratação: Recebendo nutrição parenteral – HEV em punção venosa em MSD

Turgor da pele: normotenso **Presença de edema:** em região supra-púbica e MMII (+++/4+)

Fontanelas: depressíveis **Bregmática:** 2,5cm **Lambdóide:** 1,5cm

Glicemia capilar: 71-112 mgdl

Estímulo Focal: presença de edema

Estímulo Contextual: pós-operatório (PO) de gastrosquise.

Estímulo Residual: extravasamento de líquido para o espaço intersticial.

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Regulação Térmica: RN em berço aquecido / TCA: 36– 37,6°C / T berço: 40-60%

Estímulo Focal: RN com discreta hipertermia.

Estímulo Contextual: não identificado (atentar para possível sinal de infecção).

Estímulo Residual: não identificado.

Eliminações:

Vesical: RN com cateter vesical – Repassado sonda vesical 2 vezes e iniciado com lásix contínuo. **Volume:** 23 ml/dia **Características:** amarelo claro.

Estímulo Focal: paciente em cateterismo vesical.

Estímulo Contextual: PO de gastrosquise – compressão abdominal excessiva.

Estímulo Residual: insuficiência renal por compressão.

Intestinal: não evacuou. **Obs:** Abdome tenso, distendido. Ausência de ruídos hidroaéreos.

Drenagens: Presença de resíduo gástrico por sondagem - Sonda Oro-gástrica (SOG) aberta.

Volume: 30ml **Características:** amarelo esverdeado - bilioso

Obs.: realizado lavado gástrico com 5ml de água destilada de 4/4 horas.

Estímulo Focal: presença de resíduo gástrico bilioso.

Estímulo Contextual: gastrosquise.

Estímulo Residual: funcionamento inadequado do trato gastrointestinal.

IntegridadeCutâneo-Mucosa Realizado cuidados de higiene/conforto/mudança de decúbito.

Coto umbilical: apresentando aspecto leitoso.

Presença de: lanugem e descamação fisiológica.

Presença de curativos -

- **Região:** abdominal - à direita do coto umbilical (sutura cirúrgica).

Características: curativo oclusivo, sem presença de secreção e com pontos secos.

- **Região:** dissecação venosa em MSD. **Características:** sem presença de secreção.

Estímulo Focal: integridade cutânea comprometida na região do abdome.

Estímulo Contextual: gastrosquise.

Estímulo Residual: não identificado.

Estímulo Focal: presença de dissecação venosa.

Estímulo Contextual: paciente apresentando rede venosa de difícil acesso.

Estímulo Residual: fragilidade do paciente e manuseio excessivo.

Regulação neurológica:

Nível de consciência: comatoso. **Reflexos** - não verificados em virtude do estado do RN

Estímulo Focal: uso de medicação sedativa.

Estímulo Contextual: alívio da dor e reatividade excessiva do paciente.

Estímulo Residual: paciente apresentando-se comatoso.

Sono e vigília: RN em sono profundo

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): punção venosa em MSD e acesso venoso em região cefálica com abocath 24. Realizado dissecação venosa em MSE.

Medicação EV: Ampicilina 270mg - Gentamicina 7mg - HEV – 80ml/Kg VIG 2,6. SG5% 100ml + GluCa10% 2,6ml + Fentanil 1,2ml + NaCl20% 1,1ml - HEV – 80ml/Kg VIG 4. SG10% 70,8ml + SG5% 8,2ml + GluCa10% 2,6ml + Fentanil 1,8ml + NaCl20% 1,1ml - Dopamina 3,6ml + SG5% 8,4ml - Lasix 1,3ml - Dormonid 0,7ml - SF 0,9% 30ml – fase rápida - BicNa 8,4% 4ml + de água destilada 8ml - SG5% 15ml + NaCl26% 0,2ml + KCl 19,1% 0,1ml

Exames realizados: Coleta de sangue – 1,5ml

17/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">◆ Hipotensão arterial◆ Presença de edema◆ RN com discreta hipertermia◆ RN em cateterismo vesical◆ Funcionamento inadequado do trato gastrointestinal◆ RN apresentando rede venosa de difícil acesso	<p>Os diagnósticos do dia anterior se mantêm, acrescidos de:</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Comprometimento do sistema cardiovascular, relacionado a retenção de líquido no interstício e evidenciado pela presença de hipotensão.◆ Presença de edema relacionado ao PO de gastroquise.◆ Comprometimento do sistema termorregulador evidenciado por discreta hipertermia.◆ Comprometimento do sistema urinário relacionado ao PO de gastroquise – compressão abdominal excessiva e evidenciado por necessidade de cateterismo vesical.	<p>O plano e implementação do dia anterior se mantêm, acrescido de:</p> <ul style="list-style-type: none">→ Trocar curativo de dissecação venosa em MSE nos dias pares ou de acordo com a necessidade.→ Observar e registrar evolução do edema.→ Atentar para possíveis sinais de infecção (hipertermia).→ Realizar lavagem gástrica com 5ml de água destilada.→ Proporcionar conforto

<p>♦ RN apresentando-se comatoso.</p> <p>♦ RN mantendo alteração nos processos adaptativos de interdependência e fisiológico.</p> <p>♦ Presença do pai, demonstrando sentimentos de alienação frente a malformação de Mikael.</p> <p>Obs.: Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantém similares ao dia anterior.</p>	<p>♦ Funcionamento inadequado do trato gastrointestinal, relacionado a gastrosquise e evidenciado por presença de resíduo gástrico bilioso.</p> <p>♦ Paciente apresentando rede venosa de difícil acesso, relacionado a fragilidade do paciente e manuseio excessivo e evidenciado por necessidade de dissecação venosa.</p> <p>♦ Alteração do nível de consciência, relacionado ao uso de medicação sedativa e evidenciado pelo estado comatoso.</p> <p>♦ RN mantendo alteração no processo adaptativo de interdependência, provavelmente relacionado as questões citadas no dia anterior.</p> <p>♦ Pai demonstrando desconhecimento quanto a gravidade de seu bebê, ou ainda negação frente a situação vivenciada, evidenciada pela alienação.</p>	<p>ao RN sempre após os procedimentos agressivos, como o toque, a sucção não nutritiva, conversar com o recém-nascido procurando acalmá-lo, conter de forma a transmitir proteção, entre outras.</p> <p>→ Permitir e incentivar a presença do pai.</p> <p>→ Favorecer e estimular o contato RN/pai.</p> <p>→ Orientar e oferecer apoio ao pai em relação ao estado do RN.</p> <p>→ Verificar a evolução no nível de adaptação do RN e família.</p>
--	--	--

Evolução de enfermagem em 17/09/2004

RN em 1° PO de gastrosquise, comatoso, corado anictérico e acianótico. Permanece em VM. Recebendo HEV. Apresentando alteração nos níveis pressóricos, edema em região supra-púbica e MMII. Iniciou com discreta hipertermia. Presença de importante retenção de urina por compressão abdominal (PO de gastrosquise) e resíduo gástrico bilioso em média quantidade. Não evacuou. RN apresentando alteração no processo de adaptação, em virtude da exposição a diversos fatores externos e internos. Pai apresentando comportamentos ineficientes diante da situação vivenciada, passando por fase do processo adaptativo. O pai foi estimulado a se fazer presente na UTIN sempre que possível. Estimulamos ao toque, a conversar com o bebê e a manter a mãe do bebê informada sobre o seu estado.

Dados coletados dia 18/09/2004

Dados Antropométricos: PC: 33 cm / PT: 33,5 cm / **Peso:** não foi pesado / **Altura:** 47 cm

Oxigenação

FR: 60-65 bpm **Ritmo:** Ventilação Mecânica

Características da respiração: adaptado a VM **Coloração da pele:** corado

Oxigenoterapia: recebendo O₂ a 100% **Saturação Δ :** 81-98 %

Obs.: Aspirado VAS 3 vezes apresentando secreção em grande quantidade e 3 vezes em média quantidade.

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Circulação: FCA: 147-190 bpm / **Ritmo:** rítmico / **Ausculta cardíaca:** sp

PAS: 32-59 mmHg **PAD:** 15-24 mmHg **PAM:** 22-36 mmHg

Pulsos de difícil palpação.

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Nutrição / hidratação: Recebendo nutrição parenteral – HEV em dissecação venosa em MSE

Turgor da pele: diminuído. **Presença de edema:** em região supra-púbica e MMII (++++/4+)

Fontanelas: depressíveis **Bregmática:** 2,5cm **Lambdóide:** 1,5cm

Glicemia capilar: 111-141 mgdl

Estímulo Focal: níveis glicêmicos aumentados.

Estímulo Contextual: provável administração de HEV (SG5%) em excesso.

Estímulo Residual: não identificado.

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Regulação Térmica: RN em berço aquecido / TCA: 35,7– 37,7°C / T berço: 20-80%

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Eliminações:

Vesical: RN em uso de cateter vesical – **Volume:** 47 ml **Características:** amarelo claro

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Intestinal: não evacuou. **Obs:** Abdome bem tenso distendido. Ausência de ruídos hidroaéreos

Drenagens: presença de resíduo gástrico por sondagem.

Volume: 20 ml **Características:** amarelo esverdeado - bilioso

Obs.: realizado lavado gástrico com 5ml de água destilada de 4/4 horas

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

IntegridadeCutâneo-Mucosa Realizado cuidados de higiene e conforto

Coto umbilical: não observado em virtude da incisão cirúrgica.

Presença de: lanugem e descamação fisiológica.

Presença de curativos -

Região: abdominal, periumbilical (incisão cirúrgica). **Características:** presença de tela de Silastic, de aspecto circular com aproximadamente 4 cm de diâmetro, apresentando secreção sanguinolenta em grande quantidade. Região perincisional hiperemiada.

Região: dissecação venosa em MSE. **Características:** sem presença de secreção.

Estímulo Focal: integridade cutânea comprometida na região do abdome

Estímulo Contextual: PO de Síndrome compartimental abdominal, laparotomia + colocação de tela.

Estímulo Residual: gastrosquise.

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Regulação neurológica:

Nível de consciência: comatoso. **Reflexos** - não verificados em virtude do estado do RN

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Sono e vigília: RN em sono profundo

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): punção venosa em MSE e dissecação venosa em MSD

Medicação EV: Ampicilina 270mg - Gentamicina 7mg - HEV – 65ml/Kg VIG 4. SG10% 70,8ml + SG5% 8,2ml + GluCa10% 2,6ml + Fentanil 1,8ml + NaCl20% 1,1ml. - HEV – 65ml/Kg VIG 4. SG10% 70,8ml + SG5% 8,2ml + GluCa10% 5,2ml + Fentanil 1,8ml + NaCl20% 1,5ml - Dopamina 3,6ml + SG5% 8,4ml - Lasix 1,3ml + SF0,9% 1,1ml - SG5% 60ml + NaCl26% 0,9ml + KCl 19,1% 0,5ml - Plasma fresco congelado 26ml - SF 0,9% 26ml fase rápida - Lasix 0,5ml SF0,9% 5,5ml - Dobutamina 1,5ml Dopamina 7,5ml + SG 5% 15ml.

Exames realizados: Coleta de sangue – 12ml e raio X 2 vezes

2ª Cirurgia – Síndrome Compartimental Abdominal – Laparotomia + Colocação de Tela

- 18/09/2004 às 11:20h

1) Retirada dos pontos anteriores e ressecção do coto umbilical 2) Ampliação do orifício para umbilical pós incisão mediana supra e infra umbilical 3) Alças intestinais edemaciadas e de coloração azulada, sem sangramento e com líquido citrino na cavidade 4) Colocação de tela de silastic suturada na aponeurose 5) Curativo. Potencial de contaminação – Cirurgia Limpa

Dia 18/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">◆ Níveis glicêmicos aumentados.◆ Integridade cutânea comprometida na região do abdome.◆ Bebê apresentando discreta melhora no processo adaptativo de interdependência, mantendo fragilidade no modo adaptativo fisiológico.◆ Presença constante da mãe e do pai de Hariel demonstrando sentimentos de negação. <p>Obs.: Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.</p>	<p>Os diagnósticos do dia anterior se mantêm, acrescidos de:</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Níveis glicêmicos aumentados provavelmente relacionado a administração de HEV (SG5%) em excesso.◆ Integridade cutânea comprometida na região do abdome, relacionada ao PO de Síndrome compartimental abdominal, laparotomia + colocação de tela.◆ Discreta melhora no processo adaptativo de interdependência de Mikael provavelmente relacionado a presença constante dos pais.◆ Alienação por parte dos pais frente a malformação do bebê, evidenciado pela demonstração de sentimentos de negação à gravidade do RN.	<p>→O plano e implementação do dia anterior se mantêm.</p> <p>Acrescido de:</p> <p>→Orientar os pais quanto a gravidade de Mikael, visando favorecer no processo de enfrentamento à situação vivenciada.</p>

Evolução de Enfermagem em 18/09/2004

RN comatoso, corado, anictérico, apresentando piora do quadro geral. Permanece em VM, com episódios de queda da saturação de O₂, apresentando grande quantidade de secreção em VAS. Aumento do edema de região supra-púbica e MMII. Apresentou novamente um pico glicêmico e discreta hipertermia. Mantém severa retenção de urina. Não evacuou. Presença de sinais de inflamação na região perincisional, apresentando secreção sanguinolenta em grande quantidade. Bebê passando por um estado de intensa fragilidade no que diz respeito ao modo adaptativo fisiológico, demonstrando comportamentos inefetivos. Procuramos tocar o recém-nascido de forma delicada, conversar com o mesmo e orientar os pais sobre como buscar respostas adaptativas que favorecessem o vínculo com o recém-nascido. Provável demonstração de negação dos pais frente a gravidade da situação do RN, evidenciada pela alienação apresentada por estes. Procuramos de maneira delicada explicar a patologia, comentando sobre os possíveis riscos e seqüelas, no sentido de auxiliá-los no enfrentamento a situação vivenciada. Os pais parecem entender as explicações, mas não conseguem se dar conta da gravidade do caso. Respeitamos o período adaptativo em que se encontravam, e nos oferecemos para conversar quando sentissem necessidade.

Dados coletados no dia 20/09/2004

Dados Antropométricos: PC: 33 cm / PT: 33,5 cm / **Peso:** não foi pesado / **Altura:** 47 cm

Oxigenação

FR: 58-62 bpm **Ritmo:** Ventilação Mecânica (IMV)

Características da respiração: expandindo regular, sem retrações.

Coloração da pele: corado **Oxigenoterapia:** recebendo O₂ a 80% **Saturação Δ :** 88-100%

* Presença de dreno em região torácica superior direita funcionando, em selo d'água (pneumotórax hipertensivo em 19/09/2004).

Obs.: Aspirado VAS 4 vezes em grande quantidade e 2 vezes em média quantidade.

Estímulo Focal: Presença de dreno em região torácica.

Estímulo Contextual: Pneumotórax hipertensivo.

Estímulo Residual: não identificado.

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Circulação: FCA Δ : 131-183 bpm / **Ritmo:** rítmico / **Ausculta cardíaca:** sp

PAS: 104-51mmHg **PAD:** 43-21mmHg **PAM:** 30-59mmHg

Nutrição / hidratação: Recebendo nutrição parenteral / iniciou NPP em dissecação MSE

Turgor da pele: diminuído. **Presença de edema:** generalizado (anasarca). +++/6+ em ½ superior e +++++/6+ em ½ inferior, bolsa escrotal com edema bem acentuado.

Fontanelas: depressíveis **Bregmática:** 2,5cm **Lambdóide:** 1,5cm.

Glicemia capilar: 73-91 mgdl.

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior, com exceção dos níveis glicêmicos, que hoje se encontram dentro dos padrões aceitáveis.

Regulação Térmica: RN em berço aquecido **TCA:** 35,8-37,2°C **T berço:** 20-60%

Eliminações:

Vesical: RN em uso de cateter vesical - Repassado sonda vesical Foley nº 8

Volume: 542ml/dia **Características:** hematúrica (+++/4+)

Estímulo Focal: presença de urina hematúrica.

Estímulo Contextual: provavelmente relacionada ao distúrbio de coagulação sanguínea.

Estímulo Residual: não identificado.

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Intestinal: não evacuou. **Obs:** Abdome tenso, distendido. Ausência de ruídos hidroaéreos.

Estímulo Focal: paciente não evacua há 3 dias.

Estímulo Contextual: não identificado.

Estímulo Residual: abdome tenso e distendido.

Drenagens: presença de resíduo gástrico por sondagem – SOG aberta

Volume: 34ml **Características:** amarelo esverdeado - bilioso

Obs.: realizado lavado gástrico com 5ml de água destilada de 4/4 horas

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Integridade Cutâneo-Mucosa: Realizado cuidados de higiene/conforto/mudança de decúbito.

Coto umbilical: não observado em virtude da incisão cirúrgica.

Presença de: lanugem e descamação fisiológica.

Presença de curativos -

Região: abdominal, periumbilical (incisão cirúrgica). **Características:** presença de tela de silastic, de aspecto circular com aproximadamente 4 cm de diâmetro, apresentando secreção serosanguinolenta em pouca quantidade. Região perincisional hiperemiada.

Região: dissecação venosa em MSE. **Características:** sem presença de secreção.

Região: MID (região interna do tornozelo) **Características:** região necrosada - extravasamento acidental de medicação na administração EV, sem presença de secreção. Em uso de AGE (ácidos graxos essenciais).

Região: cervico-occipital esquerda. **Características:** região necrosada - úlcera de pressão. Em uso de placa de hidrocolóide.

Região: Tórax superior direito – dreno de tórax. **Características:** sem presença de secreção.

Estímulo Focal: presença de região necrosada em MID.

Estímulo Contextual: extravasamento acidental de medicação na administração EV.

Estímulo Residual: não identificado.

Estímulo Focal: presença de úlcera de pressão na região cervico-occipital esquerda.

Estímulo Contextual: mobilidade do RN diminuída associada a presença de edema.

Estímulo Residual: integridade cutânea comprometida na região cervico-occipital esquerda.

Estímulo Focal: presença de dreno em selo d'água.

Estímulo Contextual: pneumotórax hipertensivo.

Estímulo Residual: integridade cutânea comprometida na região do tórax.

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Regulação neurológica:

Nível de consciência: comatoso. **Reflexos** - não verificados em virtude do estado do RN

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Sono e vigília: RN em sono profundo.

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): dissecação venosa em MSE.

Medicação EV: Ampicilina 270mg - Gentamicina 3,3 mg - HEV – SG5% 20ml + SG10% 64ml + GluCa10% 5,2ml + NaCl20% 1,5ml - SG5% 5,6ml + adrenalina 0,4ml - SG5% 8,6ml + dopamina 1,9ml + dobutamina 1,5ml - SF 0,9% 26ml – fase rápida - Lasix – 2,6ml - SF0,9% 5,5ml + lásix 0,5ml - SF0,9% 4,1ml + adrenalina 1,9ml - Plasma sanguíneo 30ml

Exames realizados: Coleta de sangue – 3,5ml

Obs.: Realizamos orientações e suporte emocional aos pais.

20/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pneumotórax hipertensivo ◆ Presença de dreno em região torácica ◆ Urina hematurica ◆ RN não evacua há 3 dias ◆ Região necrosada em MID ◆ Úlcera de pressão na região cervical-occipital esquerda ◆ Presença constante dos pais de Hariel, demonstrando preocupação e 	<p>Os diagnósticos do dia anterior se mantêm, acrescidos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Comprometimento do sistema respiratório relacionado ao pneumotórax hipertensivo e evidenciado pela presença de drenos na região torácica. ◆ Distúrbio de coagulação sanguínea evidenciado pela presença de urina hematurica. ◆ Comprometimento do sistema gastrointestinal evidenciado pela ausência de evacuações. ◆ Comprometimento da integridade cutânea em região de MID relacionado ao extravassamento acidental de medicação na administração EV. ◆ Comprometimento da integridade cutânea na região cervical-occipital esquerda relacionado a mobilidade do RN diminuída associada a presença de edema, evidenciado pela presença de 	<p>O plano e implementação do dia anterior se mantêm, acrescido de.:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Trocar curativo do dreno de tórax pela manhã ou sempre que houver secreção. → Manter cuidados com dreno de tórax – observar e registrar presença de oscilação. → Passar AGE em lesão de MID após o banho de leito. → Observar e registrar evolução da úlcera de pressão em região cervico-occipital. → Administrar NPP de acordo com prescrição médica. → Observar e registrar presença de urina hematurica. → Estimular os pais para que continuem se fazendo presentes na UTI,

<p>ansiedade.</p> <p>Obs.: Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantém similares ao dia anterior.</p>	<p>úlceras de pressão.</p> <p>♦ Avanço no processo adaptativo dos pais frente a malformação, relacionado a percepção da gravidade do caso e evidenciada pelos sentimentos de preocupação e ansiedade.</p> <p>♦ Aproximação do vínculo entre os pais e o RN, evidenciado pela presença constante e demonstração de carinho dos pais e melhora no processo adaptativo de interdependência do bebê.</p>	<p>demonstrando carinho e aconchego para com o recém-nascido.</p> <p>→ Orientar sobre as respostas adaptativas do recém-nascido, e demonstrar as formas de acariciar.</p> <p>→ Mostrar-se disponível para conversar com os pais sempre que estes solicitarem.</p>
--	--	---

Evolução de Enfermagem em 20/09/2004

RN apresentando quadro geral grave, mantém estado comatoso, corado, acianótico e anictérico. Permanece em VM, expandindo bem. Presença de drenos em região torácica, devido pneumotórax do dia anterior. Temperatura corporal elevada. Presença de anasarca e turgor da pele diminuído. Aumento significativo da diurese, porém com presença de urina hematúrica. Permanece sem evacuar. Mantém drenagem de secreção gástrica biliosa via SOG em grande quantidade. Presença de úlcera de pressão em região cervical occipital esquerda, em uso de placa de hidrocolóide. RN apresentando novos comportamentos ineficientes em relação ao modo adaptativo fisiológico. Melhora no processo de adaptação dos pais, evidenciado pela aceitação, contribuindo na melhora do modo adaptativo de interdependência do RN.

Dados coletados no dia 21/09/2004

Dados Antropométricos: PC: 33 cm / PT: 33,5 cm / Peso: não foi pesado / Altura: 47 cm

Oxigenação

FR: 54-68 bpm **Ritmo:** Ventilação Mecânica (IMV)

Características da respiração: expandindo regular, sem retrações. **Saturação Δ :** 86-96 %

Coloração da pele: discretamente hipocorado. **Oxigenoterapia:** recebendo O₂ a 80 -100%

Presença de dreno de tórax em região torácica superior direita, funcionando, em selo d'água.

Obs.: Aspirado VAS 6 vezes em média quantidade e 1 vez em pequena quantidade.

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Circulação: FCA: 100-188 bpm **Ritmo:** rítmico **Ausculta cardíaca:** sp

PAS: 49-94 mmHg **PAD:** 17-43 mmHg **PAM:** 33-66 mmHg

Nutrição / hidratação: Recebendo nutrição parenteral – NPP em dissecção venosa em MSE

Turgor da pele: diminuído. **Presença de edema:** em região genital e MMII. Redução do edema em relação ao dia anterior (+++/4+).

Fontanelas: depressíveis. **Bregmática:** 2,5cm. **Lambdóide:** 1,5cm

Glicemia capilar: 89-129 mgdl

Estímulo Focal: níveis glicêmicos aumentados.

Estímulo Contextual: provável administração de HEV (SG5%) em excesso.

Estímulo Residual: não identificado.

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Regulação Térmica: RN em berço aquecido **TCA:** 36,2-37,5°C **TB:** 20-30% à B.Desligado

Estímulo Focal: RN com discreta hipertermia.

Estímulo Contextual: não identificado (atentar para possível sinal de infecção).

Estímulo Residual: não identificado.

Eliminações:

Vesical: presença de cateter vesical –

Volume: 471 ml/dia **Características:** hematúrica (++/4+) - Sonda vesical Foley nº 8

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Intestinal: não evacuou **Obs:** Abdome tenso, distendido. Ausência de ruídos hidroaéreos.

Estímulo Focal: paciente não evacua há 4 dias.

Estímulo Contextual: não identificado.

Estímulo Residual: abdome tenso e distendido.

Drenagens: presença de resíduo gástrico por sondagem

Volume: 30ml **Características:** amarelo esverdeado - bilioso

Obs.: realizado lavado gástrico com 5ml de água destilada de 4/4 horas – SOG aberta

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Integridade Cutâneo-Mucosa: Realizado cuidados de higiene/conforto/mudança de decúbito.

Coto umbilical: não observado em virtude da incisão cirúrgica

Presença de: lanugem e descamação fisiológica

Presença de curativos -

Região: abdominal, periumbilical (incisão cirúrgica). **Características:** presença de tela de Silastic, de aspecto circular com aproximadamente 4 cm de diâmetro, apresentando secreção serosanguinolenta em média quantidade.

Região: dissecação venosa em MSE. **Características:** sem presença de secreção

Região: MID (região interna do tornozelo). **Características:** região necrosada - extravasamento acidental de medicação na administração EV, sem presença de secreção (redução da área necrosada em relação ao dia anterior).

Região: em toda a extensão da nuca. **Características:** região necrosada - úlcera de pressão.

Em uso de placa de hidrocolóide.

Região: Tórax superior direito - dreno de tórax. **Características:** sem secreção.

Estímulo Focal: integridade cutânea comprometida na região da nuca.

Estímulo Contextual: presença de úlcera de pressão.

Estímulo Residual: mobilidade do RN diminuída associada a presença de edema.

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Regulação neurológica:

Nível de consciência: torporoso. ***Reflexos*** - não verificados em virtude do estado do RN

Estímulo Focal: uso de medicação sedativa.

Estímulo Contextual: sensação dolorosa aumentada e reatividade do paciente.

Estímulo Residual: paciente apresentando-se torporoso.

Sono e vigília: RN em sono leve

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): dissecação venosa em MSE.

Medicação EV: NPP 7,2ml/h - Ampicilina 270mg - Gentamicina 3,3 mg - Cefotaxime 250mg - SG5% 12,6ml + NaCl20% 0,76ml + KCl19,1% 0,35ml + dopamina 1,9ml + dobuta 1,5ml + fentanil 1,2ml - SG5% 4,1ml + adrenalina 1,9ml - SF0,9% 5,5ml + lásix 0,5ml - SG5% 13,7ml + dopamina 1,9ml + dobutamina 1,5ml + fentanil 1,2ml.

Exames realizados: Coleta de sangue – 10,5ml

21/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Níveis glicêmicos aumentados ◆ RN com discreta hipertermia ◆ RN não evacua há 4 dias ◆ Integridade cutânea comprometida na região da nuca ◆ RN apresentando-se torporoso ◆ Ausência dos pais no período da prática assistencial. <p>Obs.: Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.</p>	<p>Os diagnósticos do dia anterior se mantêm, acrescidos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Alteração dos níveis glicêmicos, provavelmente relacionado a administração de HEV (SG5%) em excesso. ◆ Integridade cutânea comprometida na região da nuca, relacionada a mobilidade do RN diminuída associada a presença de edema, evidenciado pela presença de úlcera de pressão. ◆ Alteração do nível de consciência, relacionado ao uso de medicação sedativa e evidenciado pelo estado torporoso do RN. ◆ Bebê apresentando melhora no processo adaptativo fisiológico, evidenciado pelo aumento do débito urinário e redução do edema. 	<p>O plano e implementação do dia anterior se mantêm, acrescido de:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Observar e registrar evolução da úlcera de pressão na região da nuca. → Atentar para sinais de alteração dos níveis glicêmicos. → Avaliar evolução do nível adaptativo do RN

Evolução de Enfermagem em 21/09/2004

RN torporoso, discretamente hipocorado, hidratado e anictérico. Mantém VM e drenos de tórax funcionantes. Recebendo NPP via dissecação em MSE. Redução do edema generalizado.

Pico nos níveis glicêmicos. Boa diurese via sonda vesical de demora, com redução da hematúria. Permanece sem evacuar a 4 dias. Mantém resíduo gástrico por sondagem. Aumento da extensão da úlcera de pressão (toda a região da nuca). Oferecemos cuidados de conforto, carinho e aconchego, de modo especial devido a ausência dos pais. Frente a este cuidado observamos discreta melhora no processo de interdependência. Bebê demonstrando melhora no processo de adaptação fisiológico evidenciado pelo aumento do débito urinário e redução do edema.

Dados coletados no dia 22/09/2004

Dados Antropométricos: PC: 33 cm / PT: 33,5 cm / **Peso:** não foi pesado / **Altura:** 47 cm

Oxigenação

FR: 40-64 bpm **Ritmo:** Ventilação Mecânica (IMV)

Características da respiração: expandindo regular, sem retrações. **Saturação Δ :** 92-98 %

Coloração da pele: discretamente hipocorado. **Oxigenoterapia:** recebendo O₂ a 90%

Presença de dreno de tórax em região torácica superior direita funcionante, em selo d'água.

Obs.: Aspirado VAS 1 vez em pequena quantidade, 3 vezes em média quantidade e 1 vez em grande quantidade. Troca do circuito do respirador.

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Circulação: FCA Δ : 130-174 bpm / **Ritmo:** rítmico / **Ausculta cardíaca:** sp

PAS: 42-94 mmHg **PAD:** 26-36 mmHg **PAM:** 31-49 mmHg

Nutrição / hidratação: Recebendo nutrição parenteral – NPP em dissecação venosa MSE

Turgor da pele: diminuído. **Presença de edema** em região genital e MMII. Redução do edema em relação ao dia anterior (++/4+). **Glicemia capilar:** 98-126 mgdl

Fontanelas: depressíveis **Bregmática:** 2,5cm **Lambdóide:** 1,5cm

Estímulo Focal: redução do edema.

Estímulo Contextual: aumento do débito urinário.

Estímulo Residual: não identificado.

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Regulação Térmica: RN em berço aquecido TCA Δ :36,3-37,7°C **T berço:**20-30%-B.desligado

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Eliminações:

Vesical: presença de cateter vesical

Volume: 418 ml/dia **Características:** hematúrica (+/4+) - Sonda vesical Foley nº 8

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Intestinal: não evacuou. **Obs:** Abdome tenso, distendido. Ausência de ruídos hidroaéreos.

Estímulo Focal: paciente não evacua há 5 dias.

Estímulo Contextual: não identificado.

Estímulo Residual: abdome tenso e distendido.

Drenagens: presença de resíduo gástrico por sondagem – SOG aberta.

Volume: -20ml (foi administrado 30ml e drenou 10ml)

Características: amarelo esverdeado (bilioso)

Obs.: realizado lavado gástrico com 5ml de água destilada de 4/4 horas.

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Integridade Cutâneo-Mucosa: Realizado cuidados de higiene/conforto/mudança de decúbito.

Coto umbilical: não observado em virtude da incisão cirúrgica

Presença de: lanugem e descamação fisiológica.

Presença de curativos -

Região: abdominal, periumbilical (incisão cirúrgica). **Características:** presença de tela de Silastic, de aspecto circular com aproximadamente 4 cm de diâmetro, apresentando secreção serosa em média quantidade.

Região: dissecação venosa em MSE. **Características:** sem presença de secreção.

Região: MID (região interna do tornozelo). **Características:** região necrosada - extravasamento accidental de medicação por administração EV, sem presença de secreção.

Região: em toda a região da nuca. **Características:** região necrosada - úlcera de pressão. Em uso de placa de hidrocolóide.

Região: Tórax superior direito – dreno de tórax. **Características:** sem presença de secreção

- Os estímulos focais, contextuais e residuais se mantêm similares ao dia anterior.

Regulação neurológica:

Nível de consciência: torporoso. **Reflexos** - não verificados em virtude do estado do RN

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Sono e vigília: RN em sono leve

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): dissecação venosa em MSE.

Medicação EV: Ampicilina 270mg - Cefotaxime 280mg - Cefepime 130mg - Vancomicina 39mg - SG5% 13,7ml + dopamina 1,9ml + dobutamina 1,5ml + fentanil 1,2ml - SG5% 4,1ml + adrenalina 1,9ml - SF0,9% 5,5ml + lásix 0,5ml - Água destilada 19ml + NaCl20% 3,7ml + KCl19,1% 1,1ml + GluCa10% 2,6ml - SG 5% 2,6ml + dopamina 1,1ml + dobutamina 1,1ml + fentanil 1,2ml - SF0,9% 5,74ml + lasix 0,26ml

Medicação IM: Vitamina K 1mg

Exames realizados: Coleta de sangue – 7ml

Obs.: Realizamos orientações e suporte emocional aos pais.

22/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<p>◆ Redução do edema</p> <p>◆ Aumento do débito urinário</p> <p>◆ Presença dos pais apresentando sentimentos de aceitação e esperança.</p> <p>Obs.: Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.</p>	<p>Os diagnósticos do dia anterior se mantêm, acrescidos de:</p> <p>◆ Redução significativa do edema, relacionado ao aumento do débito urinário.</p> <p>◆ Forte demonstração de carinho e atenção dos pais para com seu bebê, evidenciado pelos sentimentos de aceitação e esperança relacionada a melhora do estado geral do RN.</p> <p>◆ Evolução significativa do RN no modo adaptativo fisiológico e de interdependência.</p>	<p>O plano e implementação do dia anterior se mantêm.</p>

Evolução de Enfermagem em 22/09/2004

RN apresentando melhora significativa do quadro geral, mantém estado torporoso, discretamente hipocorado. Em VM, com drenos de tórax funcionantes. Recebendo NPP. Mantém hipertermia. Redução significativa do edema em região genital e MMII, turgor da pele diminuído. Aumento do débito urinário e redução da hematúria. Não evacuou. Redução do resíduo gástrico. Melhora discreta do aspecto da incisão cirúrgica na região abdominal. Presença de comportamentos efetivos por parte do RN, frente aos estímulos internos e externos no que diz respeito ao modo fisiológico e de interdependência. Processo de adaptação favorável por parte dos pais evidenciado pela aceitação e aumento do vínculo com o seu filho, relacionada a frequência e tempo de permanência das visitas. Reforçada a importância de manterem-se presentes na UTIN.

Evolução de Enfermagem do dia 23/09/2004

RN torporoso, hipoativo, discretamente hipocorado. Permanece em VM, mantém drenagem pleural. Apresentando grande quantidade de secreção em VAS. Recebendo NPP via dissecação venosa. Novamente apresentando hipertermia. Redução da secreção da região abdominal (incisão cirúrgica). Redução da úlcera de pressão na região da nuca. Permanece sem evacuar há 6 dias, sem diagnóstico da possível causa. Bebê apresentando discreta evolução no processo adaptativo fisiológico evidenciado pela melhora no estado geral. Presença de respostas efetivas em relação a presença das acadêmicas e prestação de cuidados, como o acalento quando da realização de procedimentos agressivos ou até mesmo da contenção protetora, a fim de organizar o RN, entre outros cuidados visando promover conforto.

3ª Cirurgia – Ressutura da parede abdominal -gastrosquise com perineostomia.

24/09/2004

1) Antissepsia e retirada da tela da perineostomia. 2) Liberação das alças intestinais das bordas da incisão. 3) Parede abdominal aproximada com facilidade: fechamento desta (peritônio e aponeurose com prolene 2.0. 4) Fechamento por planos. 5) Curativo.

Potencial de contaminação da cirurgia: potencialmente contaminada.

Evolução de Enfermagem em 25/09/2004

RN em primeiro dia de pós-operatório de ressutura da parede abdominal. Encontrava-se agitado com face de choro, reativo ao exame físico, hipocorado, hidratado, acianótico e

desnutrido. Apresentando abdome flácido, porém hiperemiado. Em VM a 60%, presença de secreção sanguinolenta pelo tubo orotraqueal (TOT), SOG aberta, dissecação em MSE, presença de dreno de tórax anterior e lateral D em aspiração contínua, sonda vesical de demora com diurese presente. Recebendo HEV, dobutamina, fentanil e adrenalina. Presença de comportamentos inefetivos do modo adaptativo fisiológico, relacionado ao estresse causado pelo ato cirúrgico, evidenciado pelo agravamento do quadro geral do RN. Ausência dos pais no período da prática assistencial.

Evolução de Enfermagem em 27/09/2004

RN encontrava-se hipocorado +/4+, hidratado, com icterícia leve e reativo. Foi extubado. Em uso de cateter de O₂ a 1-2 l/min, presença de grande quantidade de secreção em VAS, SNG drenando secreção de aspecto borra de café, dissecação em MSE, dreno de tórax anterior e lateral D em selo d'água, ambos oscilando, presença de tiragem subcostal, retirada sonda vesical de demora, e diurese presente. Recebendo NPP, HEV dobutamina e fentanil. Abdome distendido. RN apresentando quadro geral estável. Os pais de Mikael mostraram-se presentes e ativos na prestação de cuidados de conforto ao seu filho, por várias vezes questionando sobre o estado dele e provável prognóstico. Pais apresentando elevado nível de interação com o RN e com as acadêmicas, fato que contribuiu perceptivelmente na adaptação destes. Bebê demonstrando processo de adaptação do modo fisiológico eficaz, evidenciado pela melhora no sistema respiratório, não necessitando mais de ventilação mecânica, retirada de sonda vesical, entre outras melhoras no aspecto geral. A partir da melhora do modo fisiológico do RN e do vínculo com os pais, pudemos perceber ainda significativa melhora no processo adaptativo de interdependência.

Evolução de enfermagem em 29/09/2004

RN tranquilo, um pouco choroso ao manuseio, corado, com taquipnéia leve. Em uso de cateter de O₂ a 2 l/min, SOG aberta, dissecação em MSE, dreno de tórax anterior e lateral D em selo d'água. Recebendo NPP, HEV dobutamina e fentanil. Abdome com curativo oclusivo, aumento da pressão abdominal, infra-umbilical, com presença de extrusão de fezes pela deiscência de sutura (motivo da inexistência de evacuação por vários dias consecutivos). RN foi encaminhado ao Centro Cirúrgico (CC) às 17:40h para realização de Ileostomia dupla boca. Retorna do CC em VM a 60%, ambuzado, hipocorado +++/4+, sedado e diurese presente às 21:30h. VAS apresentando grande quantidade de secreção. Respostas adaptativas

ineficientes no que diz respeito ao modo fisiológico do RN, relacionado ao processo cirúrgico e evidenciado pelo estado geral agravado. Mãe de Mikael demonstrando ansiedade e preocupação frente a necessidade de mais uma intervenção cirúrgica. Procuramos tranquilizar a mãe, oferecendo apoio emocional, esclarecendo as dúvidas, explicando a necessidade da cirurgia e enfatizando que tudo que estava sendo feito era para o bem de Mikael. Sentimos que a cada dia que passava nossa relação de amizade e confiança com os pais aumentava e conseqüentemente de certa forma sentíamos que estávamos contribuindo no processo adaptativo de ambos, RN/família.

4º Cirurgia - Laparotomia exploradora/ileostomia dupla boca - Peritonite 29/09/2004

1) Antissepsia e colocação de campos. 2) Abertura da incisão prévia. 3) Identificação de segmento do íleo distal (a +/- 5cm da VIC) com lesões em sua parede por necrose (+/-30%). 4) Optado por ileostomia dupla boca em hipogastro e fixação com vicryl 5.0. 5) Limpeza de alças com SF morno. 6) Fechamento da parede abdominal com prolene 3.0 pontos separados (aponeurose) e sutura cutânea com monovicryl 5.0 7) Curativo oclusivo em FO com gaze e micropore. Curativo em ostomia com gaze vaselinada.

Evolução de Enfermagem em 06/10/2004

RN em incubadora desligada, corado, alerta, hipoativo. Em uso de catéter de O2 a 1l/min, respiração com presença de retração, mantendo boa saturação. Recebendo NPP e fentanil. SOG aberta drenando secreção biliosa em grande quantidade. Apresentando boa diurese e ausência de evacuação, sendo administrado enema estimulador duas vezes/dia. Abdome com hiperemia, em uso de dersani e presença de sangramento em pequena quantidade nas colostomias. Suspenso fentanil e O2 via cateter nasal. As 11:30h transferido para o berçário. Melhora significativa do quadro geral do bebê, apresentando comportamentos efetivos, evidenciado pela transferência para a unidade de berçário por não necessitar mais de cuidados intensivos. Pudemos perceber ainda comportamentos efetivos relacionado ao modo de interdependência, evidenciado pela ótima aceitação quando da aproximação e prestação de cuidados das acadêmicas. Ausência dos pais no período da prática assistencial.

Evolução de Enfermagem em 08/10/2004

RN calmo, sinais vitais dentro dos padrões esperados, corado, hidratado e ictérico. Diurese presente, eliminando fezes pela ferida operatória e deiscência de pele do lado esquerdo do

abdome. Diagnosticado fistulas intestinais e optado por relaparotomia. Abdome distendido e flácido, com presença de ileostomias com bom aspecto. * Cirurgia*. Readmissão na UTIN – RN em VM após laparotomia exploradora – enterectomia + entero-anastomose. Discreta palidez cutânea, hidratado, sedado, saturando bem. Mucosas coradas e saliva reduzida. Abdome globoso com presença de sutura longitudinal com curativo oclusivo e duas ostomias. Sinais vitais estáveis, diurese diminuída e concentrada. RN necessitando de nova intervenção cirúrgica e a partir da realização desta, apresentando novos comportamentos ineficientes do modo adaptativo fisiológico. Não realizamos acompanhamento aprofundado neste dia, e em virtude disso, não pudemos observar os comportamentos de interdependência do RN/família.

5ª Cirurgia – Laparotomia Exploradora – Enterectomia + entero-anastomose.

08/10/2004

1) Antissepsia e colocação de campos. 2) Abertura sobre incisão prévia. 3) Presença de necrose em vários segmentos de alças sem a possibilidade de exorta, identificações se proximais ou distais, com muitas aderências fracas entre as alças. 4) Realizado descolamento das alças, sendo detectados dois locais de perfurações devido a necrose. 5) Optado por enterectomia de +/- 15cm de alças necróticas, com perfurações. Fechado em plano total com monovicryl 5.0 e segundo plano em parede anterior. 6) Limpeza e fechamento em plano único com pontos de reforço de parede (vicryl 1.0). Potencial de contaminação da cirurgia: potencialmente contaminada.

Evolução de Enfermagem em 14/10/2004

RN ativo, em berço aquecido, corado, hidratado, icterícia leve. Apresentando melhora significativa do quadro geral. Com SNG aberta drenando secreção biliosa. Dorme bem. Mantém sinais vitais estáveis. Foi extubado pela manhã, mantendo boa saturação inicialmente em cateter nasal a 1l/min e depois em ar ambiente. Apresentando grande quantidade de secreção amarela e espessa em VAS. Recebendo NPP. Eliminações vesicais e intestinais presentes. Evacuando por ileostomias. Retirada da sonda vesical de demora. Abdome com edema discreto e hiperemia próxima a incisão cirúrgica. Suspenso o fentanil a critério médico. Excelente resposta adaptativa quanto ao modo fisiológico do bebê, relacionado pela melhora considerável do quadro geral, evidenciado pela boa resposta dos sistemas gastrointestinal, respiratório e urinário. Pais presentes, mostrando-se entusiasmados com a evolução de Mikael, oferecendo cuidados de conforto a este. Frente a todos estes comportamentos

eficientes, nos sentimos satisfeitas com a nossa interação com o RN/família, de modo especial no que diz respeito ao progresso destes.

Observações em Relação à Adaptação dos Pais (MODO DE INTERDEPENDÊNCIA):

Avaliação de 1º nível

- **Visitas freqüentes ao RN internado no Berçário ou na UTIN.** - Sim
- **Tempo de permanência dessas visitas.** - Longo
- **Presença de toque, carinho e aconchego ao RN.** – Sempre, tanto o pai quanto a mãe permanecem por longo tempo conversando e acariciando o RN.
- **Participação dos pais nos cuidados ao RN, quando permitido.** – Nunca, o cuidado não é permitido na UTIN.
- **Relacionamento família / equipe de enfermagem.** - Disseram que não tem do que reclamar
- **Questionamentos a respeito da situação do bebê.** – Sempre, principalmente em relação a evolução do bebê e da cirurgia.

Avaliação de 2º nível

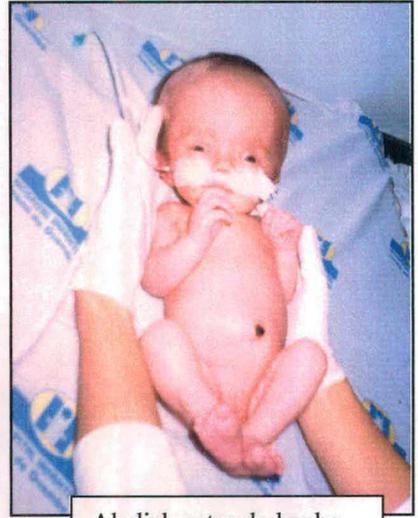
Estímulo Focal: visitas freqüentes, de longa duração com presença de carinho e aconchego ao RN.

Estímulo Contextual: bom relacionamento da família com a equipe de enfermagem.

Estímulo Residual: não identificado.

ALADIAH

O processo seguinte (quarto processo) foi realizado com um recém-nascido internado na unidade de Berçário (apêndice VII). Trata-se de um RN do sexo feminino, ao qual denominamos **Aladiah**, portador de **hidrocelafia** importante. Ao nos depararmos pela primeira vez com Aladiah, ficamos comovidas frente a situação em que ela encontrava-se, tanto em relação a malformação quanto a ausência de sua família, que de acordo com nossa percepção passava por uma fase de difícil adaptação.



Aladiah antes do banho

Conforme já foi dito no referencial teórico, com o nascimento de um recém-nascido malformado os membros da família experimentam uma sensação de perda. Kenner (2001) refere ainda que o nascimento de um recém-nascido malformado pode parecer uma tragédia para a família que, durante o transcurso da gravidez, criou expectativas de um filho cujas características iriam refletir as suas, cuja capacidade eles poderiam adestrar e cujos interesses eles iriam compartilhar. Com o nascimento da criança, a família experimenta a perda do filho "perfeito" dos seus sonhos. Os pais devem lidar com essa perda e o pesar que ela provoca e encontrar maneiras de adaptar suas expectativas e seus planos para que combinem com a realidade do filho que nasceu. Trata-se de um estágio em que os pais tentam negar a realidade ou a gravidade da condição do filho; isso lhes permite ter esperança de que a criança possa

melhorar. Eles não podem renunciar subitamente às esperanças e sonhos que desenvolveram durante a gravidez. Adiado o reconhecimento da condição do filho, eles se protegem até que estejam prontos para encarar e enfrentar a situação.

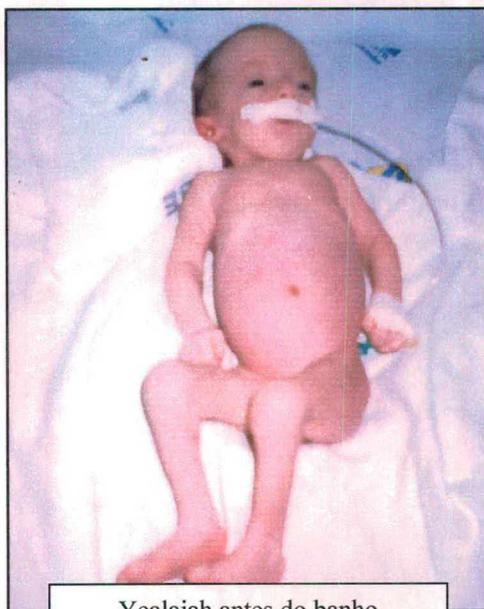


Aladiah pronta para a alta hospitalar

Este foi um bebê que tivemos a oportunidade de acompanhar desde a sua admissão, evolução, e posterior alta. Em relação ao contato com a família, tivemos um breve encontro com a avó de Aladiah, e com sua mãe no momento da alta, sendo que não conseguimos obter informações significativas em relação a história do recém-nascido.

YEALIAIAH

O quinto e último processo de enfermagem, foi aplicado a um recém-nascido também internado na unidade de berçário. **Yealaiah** foi o nome que escolhemos para este pequeno bebê do sexo feminino, portador de **síndrome de Edwards**. A nossa escolha para acompanhar este recém-nascido foi motivada pelo fato de apresentar uma síndrome rara, o que despertou nosso interesse e a nossa motivação em participar do processo de adaptação do bebê e de sua família.



Yealaiah antes do banho

Além dos bebês aos quais aplicamos o processo de enfermagem, prestamos cuidados ainda a outros RNs internados na UTIN ou no Berçário, porém optamos por não aplicar o processo, em virtude da necessidade de dedicar maior tempo com outras atividades, visando cumprir os demais objetivos propostos. Entre os recém-nascidos atendidos, gostaríamos de relatar o acompanhamento de um bebê internado na UTIN, do sexo feminino, portador de **encefalocele occipital e meningocele**, ao qual designamos **Mehiel**. Foi admitida na UTI neonatal em 06 de outubro de 2004, procedente do HU – Florianópolis/SC. Nascido em 06/10/2004 através de parto cesárea, apresentando um apgar 6 no 1º min. e 9 no 5ºmin. Nasceu com 36 semanas e 4 dias, pesando 4.100Kg. Realizou 4 consultas pré-natal. A mãe de Mehiel tem 28 anos, é Gesta IV Para II Aborto II (um faleceu com horas de vida), desenvolveu DM gestacional, em uso de insulina. O nascimento de Mehiel se deu através de cesariana devido TPP + encefalocele + meningocele, difícil extração. O diagnóstico médico foi de encefalocele occipital com saída de pequena quantidade de tecido cerebral (21,1x15,1mm) e meningocele medindo 71x43mm). A cirurgia foi realizada em 15/10/2004.

Mehiel antes da cirurgia



Mehiel após a cirurgia – presença de sutura na região posterior da cabeça.

Ao analisarmos como foi cuidar destes recém-nascidos e suas famílias, gostaríamos de enfatizar que as respostas adaptativas foram observadas caso a caso e encontram-se descritas em cada um dos processos. Surpreendeu-nos a forma como esses pequenos anjos mostravam-se fortes e reagiam a cada obstáculo. A cada novo dia, uma nova esperança, um novo motivo para acreditar que tudo iria ficar bem. A presença dos pais mostrou-se fundamental na conquista de cada progresso, favorecendo tanto a adaptação do RN como a da própria família.

Em relação ao cuidado profissional, este deveria favorecer a adaptação do RN, porém por muitas vezes observamos que ele não estava atingindo o objetivo satisfatoriamente. Pudemos perceber que algumas vezes o cumprimento das rotinas e dos procedimentos era realizado de maneira mecanicista, sem avaliação individual e holística. Esta prática resultava em intervenções que acabavam interferindo no processo de adaptação.

O cuidado intensivo prestado em unidades de terapia intensiva é repleto de técnicas traumatizantes, como freqüentes punções, aspiração de vias aéreas superiores, trocas de curativos, passagens de sondas, retirada de drenos, entre outras, que, associadas ao estado debilitado em que geralmente os RNs encontram-se, acaba gerando todo um trauma psicológico. Com relação a isto, pudemos perceber que a cada vez que alguém se aproximava do leito, o RN apresentava sinais de temor frente ao desconhecido. Havia queda na saturação, aumento na freqüência cardíaca e quando este não encontrava-se totalmente sedado, era possível observar ainda fâcies de dor e choro.

Compreender estas situações e buscar alternativas para minimizá-las é um cuidado importante que deve ser tomado por toda a equipe de saúde, buscando desta forma, um atendimento diferenciado. Entre as alternativas sugeridas, podemos citar algumas que procurávamos oferecer durante a prestação do cuidado, como o toque, a sucção não nutritiva durante procedimentos traumáticos, conversar com o recém-nascido procurando acalmá-lo, segurar no colo, embalar, conter de forma a transmitir proteção, entre outras. Todos os cuidados prestados eram orientados aos familiares, e estes eram estimulados a tocar o recém-nascido e conversar com os mesmos sempre que possível e quando se sentissem à vontade para fazê-lo.

Com a equipe de saúde, trabalhamos no sentido de favorecer a aproximação dos pais ao RN sem, no entanto julgá-los, deixando-os à vontade caso não quisessem estar presentes em alguns momentos. Sugerimos a adoção de simples medidas, como permitir e incentivar a presença dos pais sempre que estes se sentissem disponíveis para tal, favorecer a amamentação materna, consentir na prestação de cuidados mínimos quando possível, entre

outras ações significativas que pudessem contribuir na adaptação do recém-nascido com sua família.

Por vezes sentíamos que a força que os RNs demonstravam, ultrapassava o cuidado profissional e até mesmo a energia que o familiar transmitia. Estes recém-nascidos pareciam pequenos guerreiros, lutando com bravura contra as patologias e as intercorrências que estas traziam.

Durante a aplicação do processo, sentimos necessidade de reforçar nossos conhecimentos a respeito da teoria escolhida (Teoria da adaptação de Sister Callista Roy). Trabalhar com uma teoria até então desconhecida, mostrou-se como um desafio. No início tivemos algumas dificuldades com sua aplicação, tanto na prática quanto na descrição do processo. Para aplicar a teoria da adaptação, precisamos primeiramente nos adaptar ao modelo proposto. Com o passar dos dias, sentíamos que estávamos incorporando a teoria e as dificuldades aos poucos iam sendo superadas. Pudemos perceber então a importância da utilização desta teoria no cuidado aos recém-nascidos mal formados, buscando a sua adaptação.

Avaliação do objetivo nº. 4

A aplicação dos processos de enfermagem foi uma das atividades mais trabalhosas que tivemos, levando-se em conta o tempo demandado tanto no campo de estágio, como em casa, quando descrevíamos e avaliávamos dia a dia a evolução de cada RN. Por outro lado, podemos dizer que foi também muito gratificante, em vista de todo o aprendizado que obtivemos e de todo crescimento pessoal e profissional. A cada processo aplicado, percebemos um estreitar de laços afetivos com as famílias atendidas, fato que facilitou a implementação do projeto na prática assistencial, e conseqüentemente, favoreceu a adaptação RN/família. Tendo em vista a diversidade e riqueza dos casos encontrados, nos motivamos a ir além do objetivo proposto, superando o número de processos pré-estabelecidos.

A percepção das respostas adaptativas do RN portador de malformação e sua família, inicialmente não foi tarefa fácil, principalmente em se tratando de recém-nascidos que na grande maioria das vezes encontravam-se sedados. No decorrer da prática, o processo de adaptação foi se tornando mais visível e perceptível, e sentíamos que nossa familiarização com os recém-nascidos e famílias facilitava esta prática. Aos poucos fomos aprendendo a interpretar cada gesto, cada olhar, cada expressão, enfim, sinais de adaptação ou a ausência desta. Em relação aos pais, os processos de adaptação se mostraram os mais variados, a cada

caso, a cada família, uma história diferente, diferentes respostas. Acreditamos, que por várias vezes, influenciámos positivamente nestes processos adaptativos, através de gestos, palavras ou até mesmo de um simples olhar.

Os estudos realizados sobre a teoria escolhida, atenderam nossas necessidades e certamente facilitaram o alcance de nossos objetivos.

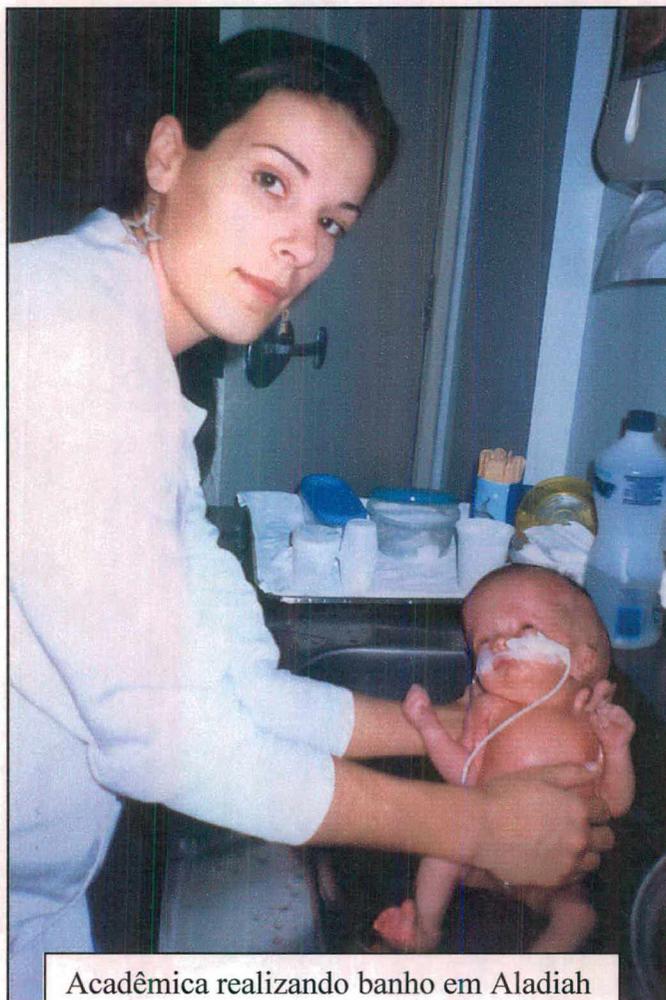
Consideramos que este objetivo foi plenamente alcançado e que a colaboração das famílias mostrou-se primordial para o alcance do mesmo. Assim como acreditávamos em nosso projeto, pudemos constatar que estas são pessoas especiais, que não passam por estas situações simplesmente por acaso, as quais lhes foi dada a chance de provar que são maiores e mais fortes do que julgam ser.

7.5. Objetivo 5 – Realizar técnicas de enfermagem e procedimentos de cuidado ao RN em terapia intensiva neonatal e ao RN em cuidados intermediários.

Ao dar início a nossa prática, como já era esperado, sentimo-nos um pouco receosas quanto à realização de procedimentos técnicos junto aos RNs. A insegurança era evidente, frente às complexidades encontradas. Aqueles pequenos seres pareciam de certa forma intocáveis, era um emaranhado de cateteres, drenos, válvulas, tubos, eletrodos, enfim, um aparato tecnológico que parecia prescindir de um cuidado ao qual não estávamos habituadas até então.

O cumprimento deste objetivo se deu de forma lenta e gradual. Inicialmente colocamo-nos como meras espectadoras na execução das técnicas pela equipe de cada unidade, aproveitando a oportunidade para aperfeiçoar nossos conhecimentos através da observação das técnicas realizadas. Em todos os momentos, buscávamos apreender como estava se dando o processo adaptativo do recém-nascido frente aos estímulos a que estava exposto.

Na medida que os dias se passavam, íamos adquirindo autoconfiança, através de fundamentação prática e teórica, e nos mostrando disponíveis para a execução dos procedimentos. Sentíamos a cada dia, que íamos conquistando o respeito e a confiança da equipe.



Acadêmica realizando banho em Aladiah

Aos poucos fomos assumindo a execução de procedimentos, como: aspiração de vias aéreas superiores, punção venosa, coleta de gasometria, troca de curativos, retirada de drenos, cuidados de higiene e conforto, sondagem vesical (de alívio e de demora), sondagem nasogástrica, montagem de pressão arterial média (PAM), enteroclistma, lavagem gástrica, retirada de dissecação venosa, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, auxílio em situações de emergência (parada cardio-respiratória), administração de dieta através de sucção nutritiva, via sonda nasogastrica e via sonda nasojejunal, instalação de oxigenioterapia, montagem e instalação de respirador com técnica estéril.

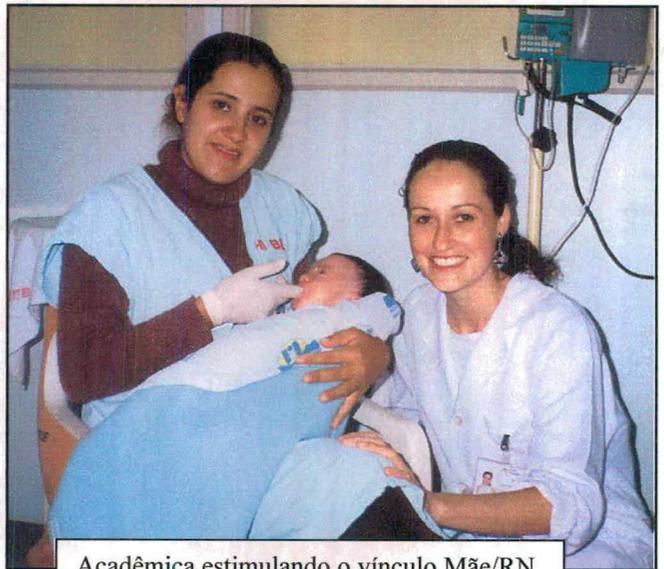
Avaliação do objetivo nº. 5

No cumprimento deste objetivo entendemos que quando se busca o cume da montanha, as pedras no caminho se tornam degraus que nos impulsionam e nos motivam na busca de nosso ideal. Sem perceber estávamos executando as técnicas sem aquele receio que tínhamos no início, adquirimos confiança e sabedoria, não somente no que diz respeito as técnicas em si, mas de forma especial, da maneira como estávamos prestando este cuidado de forma a reduzir, sempre que possível, o trauma daqueles pequenos grandes seres.

Desta maneira consideramos que este objetivo foi alcançado plenamente, de maneira árdua, porém construtiva.

7.6. Objetivo 6 – Estimular a participação dos pais no contato com o neonato, favorecendo a adaptação e compreensão da situação a ser enfrentada e a formação do vínculo.

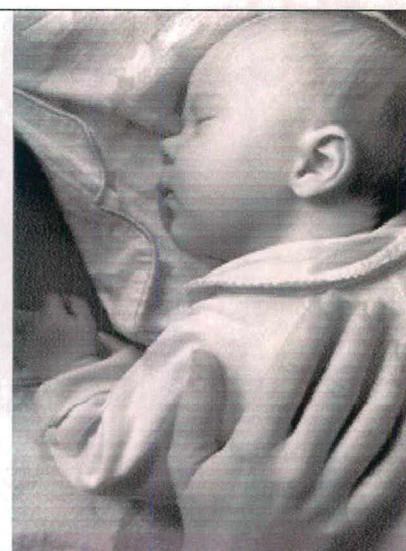
Este foi um dos principais alvos da nossa prática assistencial, favorecer a adaptação e a formação do vínculo RN/família. A partir da literatura descrita no projeto, reforçamos os conhecimentos sobre o processo adaptativo da família, frente ao nascimento de um bebê portador de malformação e da dificuldade na formação do vínculo, quando da ocorrência de internação hospitalar do RN, de maneira especial em ambiente estressante como a UTIN

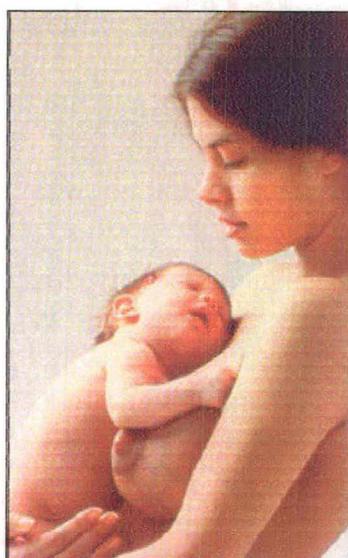


Acadêmica estimulando o vínculo Mãe/RN

Uma das estratégias utilizadas para o alcance deste objetivo, foi o estímulo ao contato físico mãe/Rn/pai, o incentivo ao toque, fala, carinho, calor humano e sempre que possível o estímulo à presença e atuação dos pais na unidade de internação, prestando cuidados mínimos ao seu bebê. Orientamos os familiares sobre o seu papel na recuperação e evolução do recém-nascido.

Um dos instrumentos que utilizamos para favorecer esta aproximação e incentivar o aleitamento materno foi através da elaboração de cartazes que foram fixados nas paredes da UTIN. Seguem abaixo:

<p>Diz para mamãe e para o papai quando virem aqui, falar comigo e me fazerem um carinho!</p> <p>Tô com saudade de ouvir a voz deles!!</p>	
--	---

	<p>Mamãe!</p> <p>Não esquece de ir preparando o leitinho pra quando eu ficar bom...</p> <p>Não vejo a hora de ficar juntinho de ti, sentir a tua pele e ouvir as batidinhas do teu coração.</p>
---	--

Utilizamos conforme proposto, um questionário, cujo objetivo era conhecer os sentimentos dos pais frente ao nascimento de um RN portador de malformação. A sua aplicação, possibilitou atuar de forma mais efetiva na adaptação RN/família. Descrevemos abaixo alguns relatos de acordo com cada questionamento:

1) Qual foi a reação da família (sentimentos experienciados) ao saber que o seu bebê era portador de malformação?

Eu já desconfiava que ia nascer com algum probleminha. Porque não era normal. Eu sentia uns tremores na barriga. As vezes também, minha barriga ficava diferente, meio pontuda e dura de um lado. Eu achava muito estranho porque nas minhas outras gravidez eu não senti isso. Na hora do parto eu encarei bem, porque eu já sabia que ia nascer com a cabecinha grande. Só não esperava que fosse tanto (mãe de Aladiah).

Foi um choque, porque eu vim pra cá pra ela ganhar peso. Ainda penso que é mentira, que não está acontecendo comigo. Eu tava pensando que eu ia ganhar uma filha perfeita porque o meu filho é perfeito e minha gravidez tava tudo certo. Tinha feito muitos planos pra ela. Sempre conversava com ela e dizia que ela ia ser a minha princesinha, minha rainha. Dizia que ela ia ser Miss Brasil, perfeitinha. As vezes prefiro me afastar pra não me apegar tanto. E tudo que eu tenho é fé em Deus pra acontecer o melhor. Eu só peço a Deus que se for pra tirar ela de mim daqui a um ano, prefiro que tire agora (mãe de Yealaiah).

Fiquei desesperada. Eu estava sozinha na consulta quando o médico me disse o que ela tinha. Eu e o meu marido nos perguntava por várias vezes porque aquilo estava acontecendo com a gente. Mas quando o bebê nasceu me emocionei, porque a cabeça não era tão grande como me falaram que ia ser... fiquei muito feliz (mãe de Damabiah).

2) Sentem-se preparados para cuidar de um bebê portador de malformação?

Mais ou menos. Eu só tenho medo da cabecinha dela na ora de dar banho, parece que eu vou ta machucando (mãe de Aladiah).

Sempre tem aquele medo. Medo se pode isso, se pode aquilo... Outro dia ela ficou roxinha e se eu não tivesse no hospital, não saberia o que fazer. Mas a gente vai se acostumando né? (mãe de Yealaiah).

Sim, depois que aprendi a fazer o cateterismo fiquei bem mais segura (mãe de Damabiah).

3) Quais são suas preocupações futuras em relação ao seu filho?

Por enquanto não penso no futuro ainda, mas eu sei que vai ser uma criança que vai precisar de um tratamento especial (mãe de Mehiel).

Eu aceito tudo. Se tiver que trocar a fralda dela para o resto da vida eu vou trocar, isso eu aceito. Mas minha maior preocupação é se um dia eu ela vai me ouvir e falar comigo. Eu queria muito poder conversar com ela normalmente (mãe de Aladiah).

Prefiro enfrentar cada dia como se fosse único, sem ficar pensando muito no futuro (mãe de Damabiah).

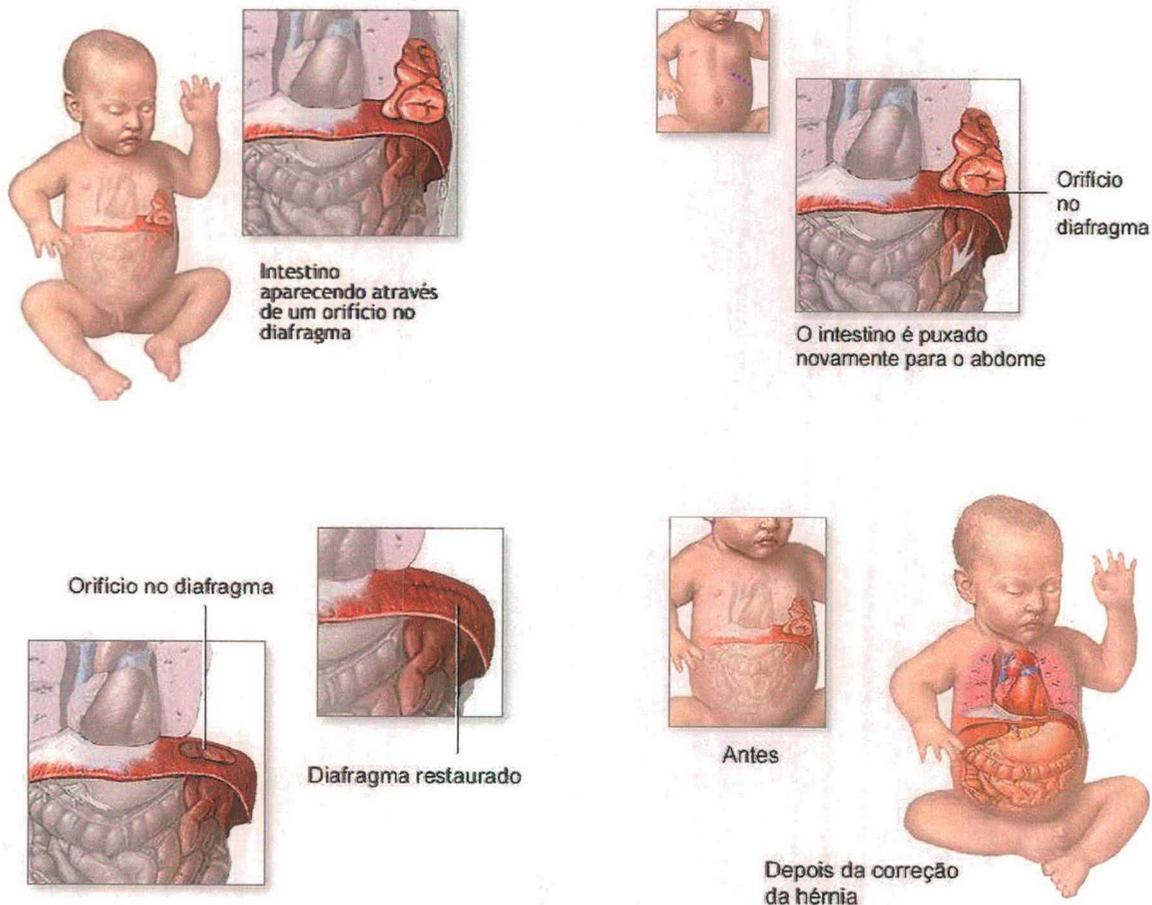
Frente aos mais variados comportamentos presenciados chegamos a conclusão de que cada família encontra, ou melhor, passa por distintas fases de adaptação. A partir dos relatos acima, pudemos perceber sentimentos de medo, tristeza, negação, culpa, afastamento, intelectualização, depressão, esperança, e na maioria dos casos, após passado os primeiros dias presenciamos a aceitação. Todos estes comportamentos evidenciados, são descritos por Klaus et all (2000). Entendemos que muitos são os fatores que desencadearam essas reações, além é claro, do próprio nascimento do RN malformado, a época do diagnóstico, as informações repassadas, as crenças de cada família, o desejo pela criança, a atuação da equipe multiprofissional, a relação entre o casal e o apoio da família, foram questões que influenciaram na adaptação da família diante daquela nova situação.

Para facilitar a compreensão das malformações e do seu tratamento, optamos em demonstrar as possibilidades de correções através de material educativo elaborado pelas acadêmicas. Focamos dois tipos de malformações, as quais julgamos ser de maior necessidade, pelos motivos abaixo justificados.

Uma delas foi a Hidrocefalia, tendo em vista a alta frequência com que ela ocorre na Unidade de Berçário, somado ao fato de termos percebido, a partir da aplicação dos questionários com os pais e até mesmo das conversas informais que tivemos no decorrer da prática, certo grau de dificuldade em entender como funcionava o sistema de válvula, que era implantado na cabeça de seus bebês, quando da realização da cirurgia. A maioria das famílias demonstrava preocupação com a implantação da válvula, bem como com o resultado pós-cirúrgico, tanto no aspecto funcional como estético. Acreditamos que o material educativo elaborado (segue abaixo) facilitou a compreensão da malformação e da cirurgia (derivação ventrículo-peritonal), instigando questionamentos e possibilitando esclarecimentos de dúvidas que surgiram, promovendo redução da ansiedade dos pais, tornando-os participantes ativos do processo de cuidar de seus filhos.

A outra malformação enfocada foi a Hérnia Diafragmática, tendo em vista a alta frequência com que ela ocorre na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, aliada a complexidade da mesma. Percebemos o quanto era difícil para os pais entenderem a localização dos órgãos no abdome de seus filhos e ainda, como se daria o processo cirúrgico. Assim, como na Hidrocefalia, acreditamos que as ilustrações elaboradas (segue abaixo) possibilitaram o entendimento dos pais, esclarecendo suas dúvidas e facilitando o acompanhamento da problemática de seus bebês de forma mais efetiva.

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

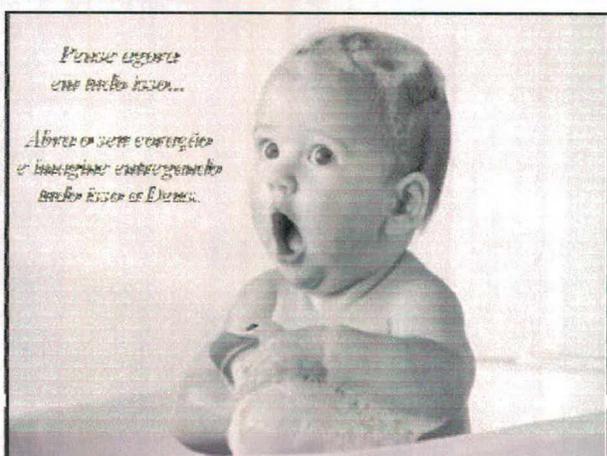
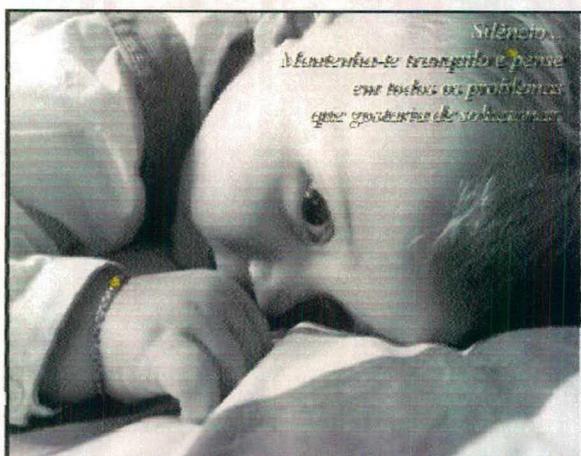
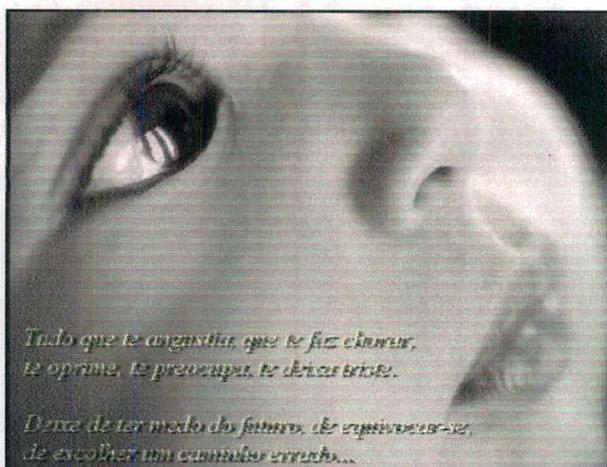


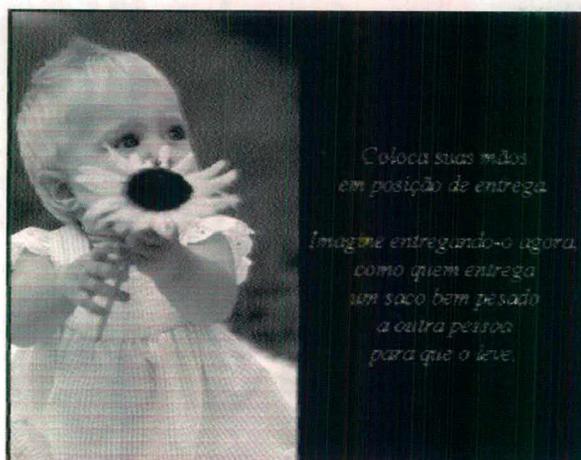
Fonte: Adam.

A cirurgia consta de laparotomia oblíqua subcostal no mesmo lado da hérnia, redução de todas as vísceras para a cavidade abdominal e fechamento do orifício diafragmático.

Em muitos momentos sentimos que nossa participação nos cuidados era bem aceita pelos familiares, possibilitando compreensão de suas ansiedades, favorecendo o oferecimento de apoio emocional. Percebemos algumas vezes, que nossa presença e nossas palavras eram muito bem vindas. Em outros momentos, o simples fato de permanecer ao lado das famílias, mesmo sem emitir nenhuma palavra, se fazia suficiente. O silêncio, muitas vezes, vale mais do que mil palavras. Procurávamos, sempre que possível, passar mensagens de conforto e esperança, mas sempre tomando o devido cuidado para não levantar falsas expectativas quando sabíamos que o prognóstico era reservado. Quando sentíamos que a situação já não se encontrava mais ao nosso alcance, sugeríamos a enfermeira da unidade que solicitasse a intervenção de um profissional especializado, visando suprir aquela necessidade.

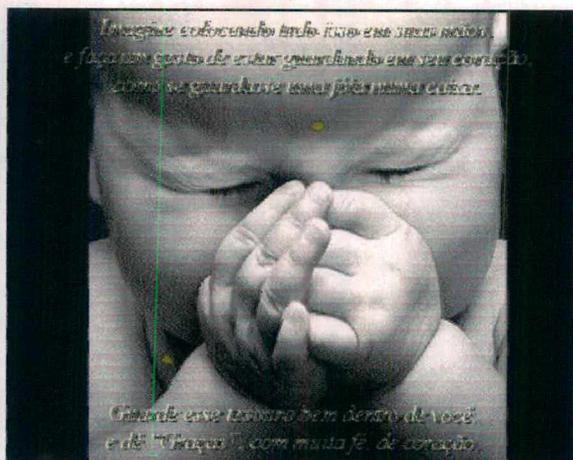
Uma outra forma que encontramos para dar conforto aos pais e contribuir no seu processo de adaptação, foi através da confecção de quadros (segue abaixo) com uma oração, no sentido de favorecer uma auto-reflexão, motivar e reconfortar os pais, procurando mostrar a importância de se ter fé e saber dividir as dificuldades com uma força superior.





*Coloca suas mãos
em posição de entrega*

*Imagine entregando-o agora
como quem entrega
um saco bem pesado
a outra pessoa
para que o leve.*



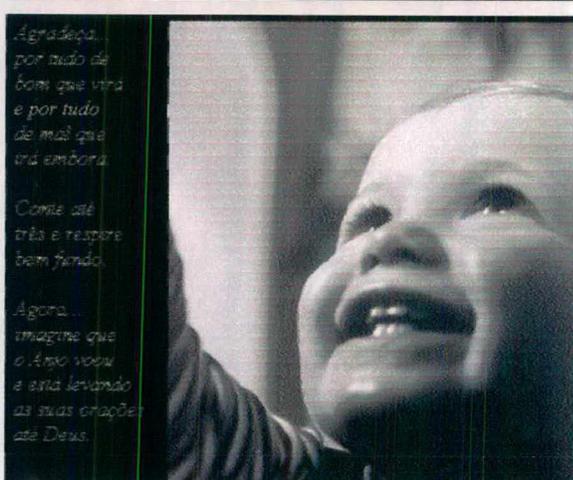
*Imagine entregando-o agora, como quem entrega
um saco bem pesado a outra pessoa para que o leve.*

*Garanta esse trabalho bem dentro de você,
e dê "Umazão", com muita fé e coração.*



*Agora, imagine tudo de bom
que você quer que aconteça,
ou que já tenha acontecido na sua vida.*

*Momentos de felicidade, de amizade, de carinho, de paz,
de amor.*



*Agradeça,
por tudo de
bom que virá
e por tudo
de mal que
irá embora.*

*Conte até
três e respire
bem fundo.*

*Agora,
imagine que
o Espírito
está levando
as suas orações
até Deus.*

Acreditamos que a utilização desta oração foi mais uma estratégia que contribuiu para a superação das angústias dos familiares, favorecendo o enfrentamento de cada dia como um novo dia, superação dos obstáculos e comemoração das vitórias e dos progressos, acreditando na possibilidade de dias melhores.

Quanto à prestação dos cuidados mínimos pelos pais, na unidade de berçário, estimulamos a sua realização sempre que se sentissem seguros para tal, enfatizando a importância deles criarem habilidades e esclarecerem as dúvidas para posterior realização pós-alta. Percebemos no decorrer dos dias, que os pais iam adquirindo autoconfiança e assumindo os cuidados mínimos, como: troca de fraldas, banho, oferta da alimentação, cateterismo vesical de alívio (em alguns casos de mielomeningocele), entre outros.

Por vezes, buscamos refletir com a equipe da UTIN sobre a possibilidade de os pais prestarem cuidados mínimos como, a alimentação ou a troca de fraldas, visando um maior tempo de contato RN/família, enfatizando que a presença deles poderia ser muito útil na evolução do bebê. Procuramos ainda destacar o fato de que muitos RNs portadores de

malformações demandam cuidados especiais em virtude de suas necessidades e portanto, é de suma importância que os pais aprendam a cuidar de seus recém-nascidos no hospital, para que possam cuidar de forma adequada em casa no pós-alta.

Porém encontramos certa resistência por parte dos funcionários em relação a participação dos pais na prestação de cuidados mínimos na UTIN. Talvez, por esta ser uma norma que já vem sendo seguida há muito tempo, ou ainda pela complexidade dos diagnósticos. O tempo de estágio não se fez suficiente para sensibilizar a equipe, no sentido de estimular os pais à prestação de cuidados elementares, como troca de fraldas, alimentação, entre outros, favorecendo desta forma o vínculo e a adaptação. Nas vezes que buscamos estimular esta aproximação, a equipe não se opôs, porém, em nenhum momento presenciamos o estímulo por parte dos funcionários em relação à prestação de cuidados mínimos ao RN.

Avaliação do objetivo nº. 6

Consideramos que nossa atuação e as estratégias implementadas, influenciaram positivamente na aproximação dos pais com o neonato, favorecendo a adaptação e compreensão da situação a ser enfrentada e a formação do vínculo. Percebemos que os pais se sentiam mais próximos de seus filhos e interagem com mais facilidade. A incorporação de seu papel como pais, que a princípio era incipiente, com o passar dos dias, foi se tornando mais patente. Foi gratificante perceber como os pais se sentiam úteis ao prestarem simples cuidados aos seus bebês.

A partir dos sentimentos identificados, pudemos agir de acordo com o que julgamos mais pertinente a cada momento.

Consideramos este objetivo atingido, uma vez que as estratégias previstas foram procedentes, além de ter favorecido o nosso relacionamento com os pais a partir da confiança, do respeito e da amizade que foram estabelecidas.

7.7. Objetivo 7 – Investigar o momento em que os pais receberam o diagnóstico de malformação e seu entendimento a respeito do mesmo.

A partir da coleta dos dados, obtemos de uma forma geral, o nível de compreensão dos pais em relação ao diagnóstico de malformação de seu filho. Tomamos conhecimento das informações que foram repassadas aos pais no momento da descoberta da malformação e após

o nascimento da criança, e de possíveis dúvidas que ainda restavam. Na medida do possível procuramos esclarecer, de acordo com nosso conhecimento, buscando informações, sempre que necessário.

Antes da aplicação do questionário, orientamos sobre as questões que seriam feitas, esclarecemos novamente os objetivos do trabalho, e lhes oferecemos a autorização para que fosse lida e posteriormente assinada, deixando claro que sua participação era de livre e espontânea vontade, podendo estes, desistir a qualquer momento e até mesmo se recusar a responder qualquer questionamento. Segue abaixo alguns relatos, de acordo com cada questionamento:

1) Quando foi diagnosticada a malformação congênita?

Duas semanas antes do nascimento do bebê. Estava indo de 7 em 7 dias consultar no posto, disse ao médico que estava sentindo umas dores, ele quis fazer um ultrassom e suspeitou de uma malformação, me encaminhou para fazer um outro exame mais especializado e foi onde me disseram que o bebê tinha uma hérnia (mãe de Hariel).

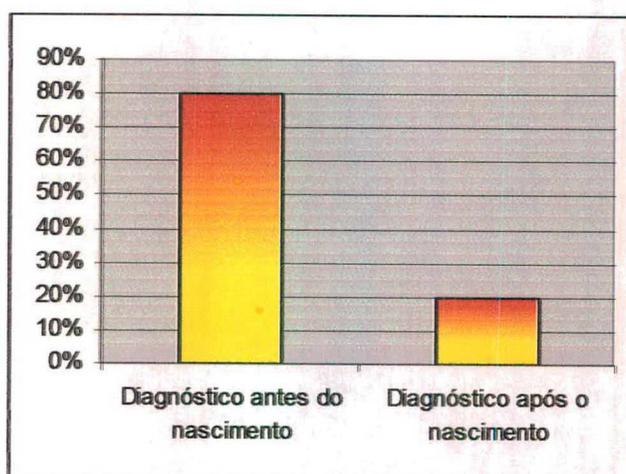
Na hora do nascimento. O médico até fez um ultrassom, quando eu estava de 6 meses e disse que viu umas imagens, mas disse que não dava pra ver o que era e marcou outro ultrassom para o dia 29 de setembro pra ver isso, mas aí, nasceu antes (mãe de Mikael).

Eu estava com oito meses de gestação. Eu fiz o pré-natal desde os quatro meses e nunca descobriram nada. Mas quando eu tava no oitavo mês o médico fez o ultra-som e disse que o bebê tinha um probleminha na cabeça (mãe de Aladiah).

Quando ela nasceu, me disseram que ela era normalzinha e que só precisava ganhar peso. Me deram alta e disseram que ela tinha que comer de 2/2horas, porque senão podia até morrer. Como eu fiquei preocupada, achei melhor vir pra Florianópolis. Aqui internaram ela pra ganhar peso. Aí quando a médica passou e avaliou o bebê, disse que ela podia ter algum tipo de síndrome. Aí que eu fiquei sabendo que ela tinha esse problema (mãe de Yealaiah).

A partir dos dados levantados, através da aplicação do questionário às famílias dos RN notificamos que 80% das famílias receberam o diagnóstico antes do nascimento do neonato e o restante, ou seja, 20% tomaram conhecimento após o nascimento do bebê.

Gráfico 5: Ocorrência de malformação em RNs internados na UTIN e no Berçário do HIJG, segundo época do diagnóstico, no período de 30 de agosto a 30 de outubro de 2004. Florianópolis/SC, 2004.



Fonte: questionário aplicado pelas acadêmicas.

Pudemos perceber, a partir das respostas dos pais, que o período do recebimento do diagnóstico, influencia no processo de adaptação da família e conseqüentemente dos bebês. De modo especial, os casais que foram informados sobre o diagnóstico ainda no período pré-natal, recebendo um preparo prévio sobre a patologia, prognóstico e tratamento, mostraram-se mais sensibilizados em relação ao recém-nascido, conseguiram aproximar-se mais rapidamente de seus bebês, demonstraram menos dificuldades no estabelecimento do vínculo, enfim, tiveram menos problemas na adaptação. Este preparo prévio dos pais favoreceu também a adaptação do recém-nascido, pois os mesmos puderam sentir-se mais amados e próximos de seus familiares.

Já em relação aos pais, cujo diagnóstico foi conhecido somente após o nascimento do recém-nascido, pudemos perceber um afastamento prévio, como se necessitassem de um tempo para aceitarem aquela nova situação, que a princípio não fazia parte de seus planos. Na nossa percepção, este comportamento, refere-se à negação, tendo como finalidade a autoproteção, como bem referem Klaus et all (2000). Com o passar dos dias, este comportamento foi sendo modificado, e os pais iam aos poucos superando este distanciamento, progredindo no sentido de atingir a aceitação.

2) Ao que a família atribui a malformação?

Primeiro achei que era porque eu sou fumante, mas agora não sou mais. Parei de fumar no dia que internei para fazer a cesárea. Mas o médico me disse que não tem muito relação com isso (mãe de Hariel).

No começo eu achei que eu tinha algum problema, e também que podia ser por causa da diabetes, mas depois a enfermeira e a médica me disseram que não era por causa disso. Que tinha sido um erro quando ela tava se formando (mãe de Mehiel).

Pensei que fosse por causa da minha idade. Mas a médica disse pra mim não ficar me culpando, porque não tem nada haver com a minha idade. Ela disse que é uma coisa que acontece. Cada não sei quantas mil crianças uma nasce assim. E aconteceu comigo (mãe de Yealaiah).

Em relação a este questionamento percebemos que a maioria das mães demonstraram sentimentos de culpa, tendo em vista que estas em algum momento da gestação ou até mesmo após o nascimento de seu bebê, procuraram relacionar a malformação de seus filhos à algo ou a alguma atitude tomada por elas. Como bem referencia Kenner (2001) muitos pais de recém-nascidos portadores de malformação congênitas tentam resolver sua impotência através da culpa, dizendo a si próprios que eles fizeram alguma coisa para provocar a anormalidade do filho ou deixaram de fazer alguma coisa para evitá-la.

3) Assim que se deu o diagnóstico, quais foram as informações repassadas?

Falaram que o bebê tinha nascido com os intestinos pra fora e que ia ter que fazer uma cirurgia e iam trazer aqui pro Hospital Infantil(mãe de Mikael).

Que era uma síndrome rara, que não tinha cura e que a qualquer hora podia acontecer o pior. Que ela tinha problema no coraçãozinho também. Eles já me prepararam (mãe de Yealaiah).

O médico indicou para fazer cirurgia intra-útero em São Paulo. Fomos até lá, consultamos e fomos encaminhados para fazer ultra-som e ressonância magnética com um outro médico, tudo de graça. Mas, depois desses exames o médico disse que não ia poder operar porque já estava muito avançado, e o risco/benefício não compensava. O médico que acompanhou meu pré-natal me disse sobre a dificuldade que o bebê teria para andar, sobre a bexiga neurogênica, dificuldade de inteligência e possível hidrocefalia (mãe de Damabiah).

Foi notável a discrepância das informações repassadas aos pais, referentes ao diagnóstico dos RNs. Enquanto alguns profissionais da saúde mostraram-se extremamente minuciosos nas explicações, preocupando-se com os sentimentos dos pais, porém não deixando de salientar a gravidade dos casos, outros foram elementares demais, dando orientações pouco claras e esquecendo de levar em consideração as preocupações dos pais, talvez por não encontrarem uma forma de repassar a eles estas informações de acordo com o entendimento destes ou até mesmo por ignorarem o momento vivenciado pela aquela família.

4) Qual é o conhecimento atual sobre a patologia de seu filho, resta ainda alguma dúvida?

A maior dúvida é saber como ela vai ficar depois da cirurgia. Se ter alguma seqüela? Eu também queria saber logo o resultado da ressonância que é pra sair hoje. Com esse resultado os médicos vão poder dizer melhor como ela vai ficar. Eles estão estudando para ver qual a melhor forma de fazer a cirurgia (mãe de Mehiel).

Eu só queria saber se ela vai conseguir me escutar. Porque às vezes eu falo com ela e parece que ela não me escuta (mãe de Aladiah).

Tudo o que tenho dúvida eu pergunto. Só estou preocupada agora porque ela não se mexe muito, fica molinha (mãe de Damabiah).

A partir deste questionamento obtemos as mais variadas respostas. Ficou perceptível que a maior preocupação dos pais centra-se nas conseqüências futuras que seus filhos terão em virtude da malformação, de forma especial no que diz respeito ao nível neurológico, capacidade de interagir. Outra inquietação que mostrou-se presente nas entrevistas foi em relação a cirurgia de seus bebês , quais os riscos, conseqüências e resultados.

De uma forma em geral, podemos afirmar que este instrumento foi fundamental no sentido de nos orientar na conduta a ser estabelecida com cada família, a partir da demonstração dos sentimentos/preocupações dos pais em relação a seus filhos, visando sempre favorecer no processo adaptativo.

Avaliação do objetivo nº. 7

Os questionários foram aplicados com êxito, em todas as nossas abordagens obtivemos aceitação para participação e colaboração em nosso trabalho de conclusão de curso. Foram

instrumentos fundamentais para avaliação do nível de adaptação de cada família, e essenciais na implementação de nossos objetivos. A partir dos dados levantados pudemos esclarecer as dúvidas que surgiram, instigando a participação ativa dos pais na evolução de seus bebês.

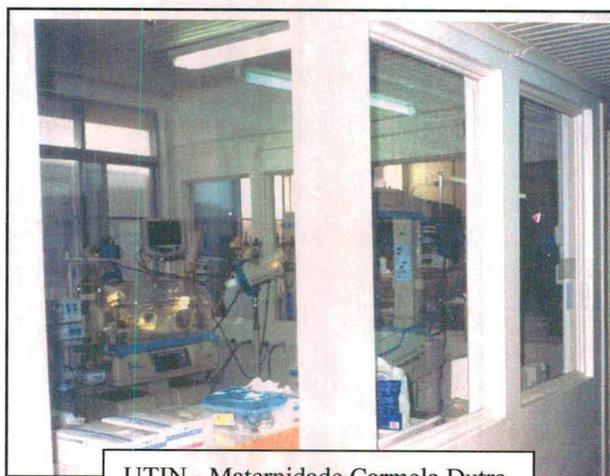
Em relação a época do diagnóstico da malformação, a presença de comportamentos ineficientes foram observados quando da ocorrência de diagnóstico tardio. Consideramos portanto, que realmente ela influencia no nível de adaptação dos pais e conseqüentemente dos neonatos.

Objetivo 8 – Conhecer a realidade de outras UTINs, bem como a assistência prestada nestas.

Através de contatos telefônicos obtivemos a autorização das enfermeiras das unidades que pretendíamos visitar, foram elas: UTIN da Maternidade Carmela Dutra, da Carlos Correia e do Hospital Regional de São José. Abaixo se encontram relatadas, em linhas gerais, a descrição dos ambientes, os focos de atenção, as dificuldades e facilidades na prestação da assistência, de acordo com as informações que foram gentilmente repassadas pelas enfermeiras de cada unidade.

Maternidade Carmela Dutra (MCD)

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da MCD nos foi apresentada pela enfermeira Soraia, enfermeira chefe da unidade. A UTIN é composta por quatro quartos (ambientes com divisórias de vidraças, permitindo uma melhor visualização). Têm disponibilidade para um total de 10 leitos de UTI e 15 leitos de cuidados intermediários. Não possui leitos destinados a isolamento. A equipe de enfermagem por sua vez é composta por cinco enfermeiras e 28 técnicos/auxiliares de enfermagem, sendo uma enfermeira e cinco ou seis técnicos/auxiliares de enfermagem por turno.



O 1º quarto é destinado a admissão dos RNs, trata-se de um local onde é feita a triagem logo que o bebê chega na unidade. É composto por quatro berços aquecidos. Os RNs

ficam neste ambiente até que apresentem condições favoráveis para serem encaminhados ao Alojamento Conjunto, junto de sua mãe.

O 2º quarto é destinado aos leitos de UTI, onde se encontram dois berços aquecidos e duas incubadoras, sendo que um leito está sempre disponível e aquecido para possíveis intercorrências.

O 3º quarto é composto por quatro berços aquecidos, destinados a RNs que necessitem de cuidados intermediários, porém estes podem ser usados para cuidados intensivos, desde que se faça necessário.

O 4º quarto, no dia da visita encontrava-se com três berços aquecidos e duas incubadoras, sendo que pode-se adaptar mais leitos ao ambiente, conforme a necessidade.

A unidade é composta ainda por um expurgo, sendo que a lavagem do material é feita na própria unidade, e só depois é encaminhada para esterilização; uma copa, para uso dos profissionais; uma sala de descanso médico; um almoxarifado; uma sala de descanso de enfermagem; uma sala de banhos dos RNs, a qual é também utilizada para fototerapia dos bebês que deveriam estar no alojamento conjunto e também para a guarda de alguns leitos que não estão sendo utilizados. Conta com um posto de enfermagem; um lactário (existe ainda uma estufa para manter o leite que fica aquecido até que venha a ser utilizado); uma recepção; uma sala para escriturária, a qual também é usada para reunião e para “estudos” (aprofundamento de teorias que as enfermeiras disponibilizam aos técnicos/auxiliares periodicamente); uma sala de espera com lavatório, armários para a guarda de materiais dos funcionários; vestiário destinado a paramentação antes da entrada na UTIN; lavatório na entrada, destinado ao uso dos profissionais e expurgo para desprezar as roupas usadas na saída da unidade. O que falta na unidade é um banheiro, que devido a falta de espaço físico não foi possível ser feito, os funcionários usam o banheiro do centro cirúrgico, que fica ao lado.

A unidade dispõe ainda de duas incubadoras de transporte e dois óxidos nítricos, prontos a serem utilizados sempre que se fizer necessário. Segundo informações da enfermeira, não existem problemas com falta de material. Material e equipamentos para o bom funcionamento da unidade, estão sempre disponíveis. Existe ainda na unidade um aparelho de raio X e um aparelho de eletrocardiograma para uso interno.

Para o alojamento das mães que não estão internadas no alojamento conjunto, existe um albergue chamado “Recanto”, na própria maternidade. Este é formado por quatro leitos,

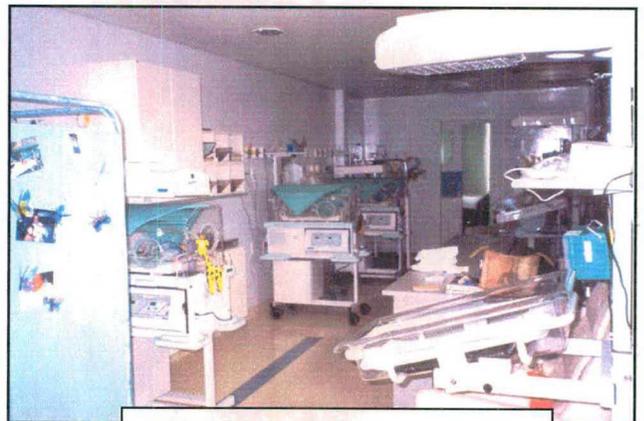
armários para a guarda dos pertences, banheiro e um frigobar. Cabe lembrar que as mães que se encontram no albergue tem direito as refeições servidas na própria MCD.

Nos foi informado ainda que os pedidos são informatizados, a unidade dispõe de dois computadores. As enfermeiras passam visitas com os médicos, discutindo caso a caso. Em relação ao horário de visitas, os pais têm livre acesso (24h/dia), avós e irmãos uma vez por dia e aos demais parentes e amigos, não são permitidas visitas.

Consideramos que, de uma forma geral, a UTIN da MCD dispõe de uma boa infraestrutura, principalmente em relação aos materiais de consumo e materiais permanentes, ambos encontram-se em grande quantidade, de qualidade e atualizados de acordo com o avanço tecnológico/científico. O que talvez deixe um pouco a desejar é a questão do espaço físico, principalmente em relação ao número de leitos e a inexistência de banheiro na unidade. Outro ponto positivo encontrado foi a presença de enfermeira durante as 24 horas/dia na unidade, bem como o sistema de educação continuada que funciona periodicamente junto a equipe de enfermagem a partir das enfermeiras, tratando de temas pré-estabelecidos de acordo com as necessidades encontradas.

Maternidade Carlos Correia

A UTIN da Maternidade Carlos Correia é composta por um ambiente com cinco leitos, sendo três incubadoras e dois berços aquecidos. Não possui isolamento. A equipe de enfermagem é formada por uma enfermeira e quatro técnicas de enfermagem. Estando a enfermeira no turno matutino e parte do turno vespertino e um técnico por turno. Até o momento, tem prestado assistência aos bebês nascidos na própria maternidade. Faz parte ainda da unidade um banheiro, uma sala para o preparo da medicação, uma área para o descanso médico e uma sala de prescrição. O atendimento é disponibilizado para convênios e particular.



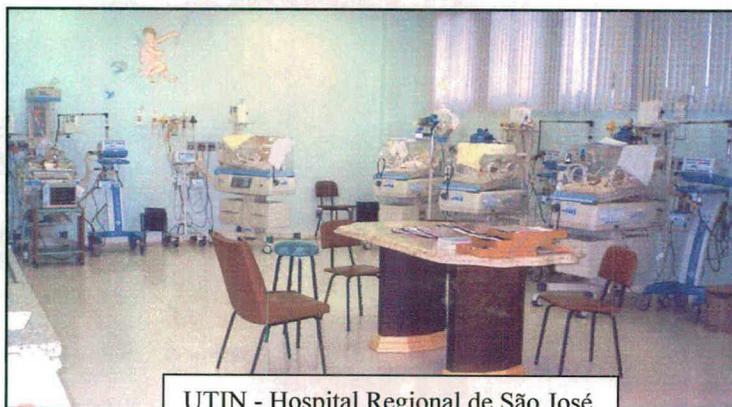
UTIN - Maternidade Carlos Correia

Avaliamos que trata-se de uma unidade recém inaugurada que até o momento apresenta uma área física adequada de acordo com a demanda atendida. Um fator que

acreditamos encontrar-se deficiente está relacionado ao número de funcionários da equipe de enfermagem, tendo em vista que a unidade dispõe cinco leitos, no caso de lotação total, julgamos que apenas um técnico/auxiliar de enfermagem, seja insuficiente para prestar uma assistência de qualidade aos cinco neonatos.

Hospital Regional de São José

A unidade de terapia intensiva neonatal de São José recebe basicamente RNs prematuros. É formada por três grandes quartos. O 1º com 10 vagas, destinadas a cuidados intensivos; o 2º com 10 vagas, para assistência a RNs em cuidados intermediários e um 3º quarto com mais 10 vagas, que no momento encontra-se desativado, devido ao número reduzido de funcionários. Segundo a enfermeira que nos apresentou a unidade, estas vagas futuramente virão a receber os RNs com cuidados entre intensivo e intermediário. Existe também área e equipamentos disponíveis para três vagas de isolamento, porém estas também se encontram desativadas devido a falta de funcionários.



A unidade é composta ainda por uma sala de observação com três leitos, onde os bebês que nascem de cesárea ficam e recebem os procedimentos de cuidados imediatos antes de irem para junto de suas mães; um descanso médico; um descanso de enfermagem; uma rouparia; uma sala de prescrição; um posto de enfermagem; um depósito de materiais; uma sala para lavagem do material; uma sala para guarda do material de limpeza; um expurgo; uma sala de banco de leite; uma sala destinada para o estoque do leite; uma sala para a ordenha do leite materno; um banheiro para a equipe de enfermagem; um banheiro para a equipe de medicina, uma sala para armazenagem das roupas que vem da lavanderia; uma sala de espera; uma sala para escrituração e uma sala de estudos.

Em relação as visitas, os pais tem acesso 24h/dia, para os outros visitantes é permitido uma visita por bebê a cada dia, no horário entre as 15 e 16 horas.

A partir da nossa observação e posterior reflexão, concluímos que em termos de área física e disponibilidade de equipamentos, tanto em questão de quantidade como de qualidade

tecnológica/científica esta foi a unidade que apresentou melhores condições para prestação de uma assistência de qualidade aos neonatos. O que deixou a desejar foi em relação aos recursos humanos, uma vez que, devido ao número restrito de funcionários a unidade não encontra-se plenamente ativa.

Avaliação do objetivo nº. 8

Julgamos ter atingido este objetivo, a partir da realização das visitas, conhecendo a realidade de outras UTINs, de modo especial no que diz respeito a área física, recursos materiais e humanos, entre outras informações que nos foram repassadas e que pudemos perceber a partir da nossa observação.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PROPOSTAS

*“Anjo (mensageiro) é designação de encargo, não de natureza, se
perguntares pela designação da natureza, é um espírito;
se perguntares pelo encargo, é
um anjo:
é espírito pelo aquilo que é.
E é anjo pelo aquilo que faz.”*

(Sto. Agostinho)



8. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PROPOSTAS

8.1. CARTAZES EDUCATIVOS

Visando humanizar o atendimento e facilitar a adaptação dos RNs, elaboramos cartazes educativos no intuito de sensibilizar os pais e principalmente os profissionais a realizarem um cuidado diferenciado aos bebês. Estes cartazes enfatizavam: a lavagem das mãos; a redução das manipulações, sempre que possível; toques carinhosos tanto por parte dos pais quanto dos funcionários sempre que possível; manutenção de um ambiente acolhedor, com um mínimo de ruídos e iluminação e temperatura adequada para os RN, entre outras que julgamos importantes na prestação de um cuidado humanizado.

Depois de levar uma agulhada é tão bom receber um carinho seu ...

Se puder me dar um dedinho de luva pra aliviar a minha dor eu agradeço!!

Ah, e quando eu estiver dormindo, se puder voltar outra hora, por favor, não me acorde!

Muito Obrigada!

Beijinhos!



**Brrruuuuu.....
que friozinho esse arzinho ligado!!**

Por favor me cobre direitinho, minhas mãozinhas e meus pezinhos estão ficando geladinhos!



Ei, lavou as mãozinhas?

Quando entrar aqui, por favor não esquece de lavar as mãos....

Isso é tão importante pra mim...

Eu agradeço com um Beijinho carinhoso!



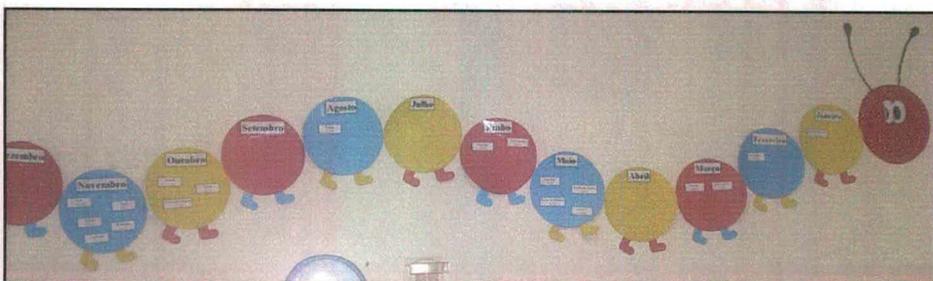
8.2. PLACAS PERSONALIZADAS

No decorrer do estágio, confeccionamos identificações em cartolina, em formato de nuvens para serem colocadas nos berços de cada paciente que era admitido, visando assim, dar visibilidade aos recém-nascidos, estimular que eles fossem chamados pelo nome e num âmbito maior, promover a humanização do atendimento, ressaltando a importância de tratar cada RN como único.



8.3. RELAÇÃO DE ANIVERSÁRIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UTIN

Elaboramos ainda, um cartaz em formato de centopéia, no qual inserimos o nome de todos os funcionários da unidade, com seus respectivos aniversários, promovendo desta forma, a integração e motivação da equipe, pois acreditamos que para trabalhar de forma humanizada, precisamos também humanizar a equipe e o ambiente de trabalho.



8.4. PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES COM OS PAIS NA UNIDADE DE BERÇÁRIO

No decorrer da prática, tivemos a oportunidade de participar de três reuniões com os pais dos recém-nascidos internados na unidade de berçário, sob a coordenação da enfermeira Beatriz e da psicóloga Fernanda. Via de regra estas reuniões são realizadas semanalmente, nas quartas-feiras ou de acordo com as necessidades da unidade.

A primeira reunião que participamos abordou os temas mielomeningocele e hidrocefalia, e contou com a presença de duas mães que tinham seus bebês, portadores de tal anomalia. Foram apresentadas as causas das malformações, as alterações fisiológicas e estruturais, os possíveis prognósticos, o acompanhamento e tratamento de cada caso, cirurgia de derivação ventrículo peritônio (colocação de válvula), os principais cuidados pós-alta, necessidade de fisioterapia, sinais de aumento da hidrocefalia, possibilidade de deformação de membros inferiores e dificuldade na locomoção, bexiga neurogênica e necessidade de cateterismo vesical, possível alteração neurológica e numa perspectiva futura, planejamento de uma próxima gravidez realizando tratamento preventivo com ácido fólico, visando diminuir a ocorrência de malformações. Na oportunidade, foram esclarecidas as dúvidas, e abriu-se um espaço para exposição dos sentimentos dos familiares, possibilitando a troca de experiências e apoio mútuo, visando uma melhor adaptação e conseqüentemente um melhor preparo das famílias para cuidar de seus recém-nascidos.

As mães foram informadas ainda sobre o GAMM (Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Mielodisplásico), acompanhamento semanal às crianças portadoras de mielomeningocele, o qual é ofertado do próprio HIJG. A criança recebe a alta já com sua primeira consulta agendada.

Percebemos que devido ao público restrito, as mães sentiram-se apoiadas e com liberdade para expor suas dúvidas e seus sentimentos.

As outras duas reuniões que participamos foram sobre as normas e rotinas da unidade e sobre o aleitamento materno. O convite foi estendido a todas as mães, objetivando que as mesmas se inteirassem do funcionamento da unidade, bem como das instalações onde estas se encontravam alojadas, a fim de promover um ambiente mais familiar e favorecer a convivência do trinômio família/RN/equipe de saúde, bem como, o bom relacionamento entre as famílias. O enfoque sobre aleitamento materno, incluiu orientações e demonstrações de técnicas de amamentação, cuidados com as mamas, cuidados de higiene, pega correta,

importância da manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, esclarecimento de dúvidas, entre outras.

Consideramos de grande importância a realização destas reuniões, pois proporciona um ambiente mais acolhedor, oferecendo a devida atenção a cada família, contribuindo para a maior permanência desta na unidade, durante a internação de seu filho, e conseqüentemente favorecendo a formação do vínculo e a adaptação da família e do RN.

8.5. CIRURGIA ASSISTIDA

Logo nos primeiros dias de estágio tivemos a oportunidade de presenciar a cirurgia de Damabiah, um RN portador de mielomeningocele e hidrocefalia que estávamos acompanhando na realização de um de nossos processos.

Tratava-se de uma cirurgia de derivação ventrículo-peritoneal (DVP) para o controle da hidrocefalia. Acompanhar cirurgias não estava previsto em nosso projeto, porém, quando surgiu esta possibilidade, julgamos que seria de grande valia para um aprofundamento dos casos que estávamos acompanhando. Inicialmente solicitamos a autorização da enfermeira do Centro Cirúrgico para que esta permitisse a nossa permanência durante a realização da cirurgia.



Acadêmica presenciando a cirurgia de

Momentos antes da cirurgia conversamos com a mãe de Damabiah. Como era de se esperar, encontrava-se aflita e preocupada com a realização da cirurgia. Procuramos então, favorecer a adaptação, observando seus sentimentos e expectativas e a partir disto, agindo no sentido de tranquilizá-la, esclarecendo suas dúvidas e oferecendo apoio emocional. A cirurgia transcorreu bem, sem nenhuma intercorrência. Finalizado o ato cirúrgico, acompanhamos o RN até a sala de recuperação pós-anestésica e em seguida fomos ao encontro da mãe de Damabiah, informar o término da cirurgia e avisar que havia transcorrido tudo dentro do esperado.

Acreditamos que o acompanhamento do recém-nascido no pré, trans e pós-operatório foi fundamental para ampliar o vínculo com a família, e estabelecer laços de confiança, respeito e companheirismo, propiciando atuar de forma mais efetiva na adaptação do recém-nascido e família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Não há emoção no fácil velejar,
Quando os céus estão claros e azuis.
Não há alegria em meramente
fazer as coisas que qualquer um
pode fazer.*

*Mas existe satisfação,
que é muito doce, quando você aporta
num destino onde
pensou que não chegaria.”
(Autor desconhecido).*



9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chega ao fim mais uma etapa de nossa jornada. Algo que nos parecia tão distante está agora prestes a se concretizar, talvez um sonho, um objetivo alcançado.

Este trabalho possibilitou aplicar grande parte do conhecimento adquirido no decorrer destes quatro anos de graduação. A prestação de uma assistência humanizada, visando a adaptação destes pequenos anjos e de suas famílias nos mostrou ser possível e nos impulsionou em busca de novas possibilidades e novas formas de encarar cada dia como um novo dia.

Relatar em algumas linhas tudo o que foi experienciado nesta prática, não reflete a magnitude desta vivência. Foram muitos momentos... Muitas emoções, alegrias, angústias, obstáculos, conquistas... Enfim, sentimentos, ora positivos, ora negativos que nos impulsionaram e nos fizeram ir além dos objetivos propostos.

Conviver com seres tão especiais, tão frágeis e tão únicos, consolidou-se como uma experiência inesquecível, cujas imagens e lembranças ficarão gravadas em nossas mentes e em nossos corações. A cada dia aprendíamos um pouco mais com estes recém-nascidos e suas famílias. Aprendemos a ser pessoas melhores, profissionais mais sensíveis, mais capazes, enfim, mais realizadas. É incrível como estes pequenos grandes seres demonstraram força e garra na busca da superação de obstáculos. Acreditamos que o cuidado prestado por nós acadêmicas, contribuiu de alguma forma na adaptação do recém-nascido ao novo mundo e na adaptação da família ao recém-nascido, pois em todos os momentos da assistência oferecemos nosso apoio, compreensão, carinho, aconchego, conhecimento e o desejo sincero de que as famílias e recém-nascidos atendidos vencessem esta árdua batalha.

A partir da execução da prática assistencial, compreendemos a importância da utilização da teoria da adaptação de Sister Calista Roy quando se trata de cuidar de recém-nascidos malformados, devido a sobrecarga pela qual passam estes bebês e suas famílias. A utilização da teoria que a princípio nos parecia um desafio, foi uma grande aliada no cumprimento dos objetivos. Apesar das dificuldades inicialmente encontradas, em virtude da sua complexidade e do escasso contato com a teoria no decorrer do curso, sentimos que sua aplicação favoreceu a assistência e colaborou na compreensão dos processos adaptativos vivenciados pelos recém-nascidos e suas famílias.

Numa reflexão mais ampla da prática vivenciada, julgamos ter alcançado satisfatoriamente os objetivos propostos. Acreditamos que não foi por acaso que obtivemos esta vitória. Muitas foram as ferramentas que contribuíram para o alcance de nossa conquista. Entre estas, gostaríamos de enfatizar:

A identificação com a área neonatal, possibilitando um olhar diferenciado diante de cada recém-nascido em especial, vendo-os sempre como seres únicos e individualizados, o que nos motivou a superar os obstáculos encontrados.

As participações em eventos na área de neonatologia, que certamente ampliaram nosso conhecimento e nos proporcionaram uma visão mais aprofundada, levando à prestação de um cuidado mais científico e mais humanizado.

A boa aceitação e o relacionamento estabelecido entre as acadêmicas/RN/família, foi uma peça chave, sem a colaboração deles, nossa proposta seria inviável.

A amizade e o companheirismo entre as acadêmicas foram fundamentais nesta caminhada. Muitas foram as vezes que pudemos buscar na outra, um ombro amigo, uma mão estendida, um ouvido atento, fosse por situações nas quais encontrávamos dificuldades, ou simplesmente na hora de comemorar mais uma conquista, compartilhar alegrias. Certamente a caminhada seria mais árdua se não tivéssemos uma o apoio da outra.

O ótimo relacionamento com a orientadora, que além de um simples orientar, nos guiou, nos fortaleceu e nos motivou a ir em busca de nosso ideal sempre que nos sentimos fragilizadas frente aos obstáculos encontrados. Ela soube a hora de nos conduzir, de estar presente, e a hora de nos deixar caminhar com os próprios pés. Estamos certas de que seu incentivo e sua amizade muito contribuíram no alcance de nosso objetivo

As supervisoras também tiveram grande parcela de contribuição, ainda que por vezes um pouco distantes, temos a certeza que se empenharam no sentido de favorecer a nossa atuação nas unidades e conseqüentemente o cumprimento de nossa prática assistencial.

Como em toda conquista, há sempre obstáculos no caminho. No decorrer do estágio nos deparamos com algumas dificuldades, que ao invés de nos desanimar, serviram como alicerce para prosseguirmos na caminhada em busca de nossos ideais, e fortaleceram o nosso aprendizado, contribuindo sobremaneira no nosso crescimento tanto no âmbito profissional como pessoal.

Acreditamos que nosso empenho não tenha sido em vão, ultrapassamos uma barreira. A UTIN que até então não era utilizada como campo de estágio, pela primeira vez aceitou a presença de acadêmicas de enfermagem realizando a prática assistencial curricular proposta no trabalho de conclusão de curso. Este foi um passo importante, pois contribuirá para a abertura do campo para outros acadêmicos que tenham interesse pela área e sintam-se despertados para atuar em um ambiente tão rico em conhecimentos e ao mesmo tempo tão carente em estudos e pesquisas.

Para finalizar, gostaríamos de dizer que muitas vezes nos sentimos inúteis ou mesmo pequeninas diante do sofrimento daqueles seres tão especiais, mas com o passar dos dias, fomos nos dando conta de que a inutilidade se encontrava no ignorar, e que, simples atitudes como um carinho, um afago, aliadas ao conhecimento científico e desejo de fazer o melhor, eram significativos e faziam a diferença no cuidado.

Há uma mensagem que no nosso entendimento expressa todo o significado desta vivência.



“Quando olhamos nosso passado e não nos detemos nos prazeres transitórios da vida, notamos que os momentos marcantes da nossa existência, são aqueles que vivíamos o amor, ou que escondidos, fizemos algo de bom para alguém. Coisas, às vezes, tolas demais para serem contadas, mas que por frações de segundos, nos fizeram sentir como se estivéssemos mergulhadas na eternidade.”

(Autor desconhecido)

10. REFERÊNCIAS

ADAM. Disponível em: <www.connectmed.com.br/cg_bin/view_adam.cgi/encyclopedia>
Revisado em 2002. Acesso em: 13/11/2004.

ALMEIDA, J. S. **Saúde Neonatal - Enfermagem em Neonatologia/UTI Neonatal**.
Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/neonatologia.htm>> Acesso em:
05/08/2004

AMORIM, F. S.; Malformações Congênitas. In: Antônio José Duarte Jácomo; et al.
Assistência ao Recém-Nascido: normas e rotinas. São Paulo: Atheneu, 1998.

BUDAG, S. et al. **Manual de Orientações – Recém-nascidos mielodisplásicos**.
Florianópolis, 2004.

CLOHERTY, J. P.; STARK. **Manual de Neonatologia**. ed. 4. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

Espinha Bífida. Disponível em: <www.spinabifidamoms.com/spanish/about.html>
Acesso em: 13/11/2004

FURTADO, G; SERRA, S; FERRAZ, S. V. C. Meningomielocèle. In: **Neonatologia: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco**. Rio de Janeiro: GUANABARA, 2004.

GALBREATH J. G. Sister Callista Roy. In: Julia B. George. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

GOLLOP, T. R. Malformações Congênitas. In: Dráuzio Viegas, Roberto de Vilhena-moraes. **Neonatologia: para o estudante de Pediatria e de Enfermagem pediátrica**. v. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

Hospital Infantil Joana de Gusmão. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/hijg> Acesso em: 06/08/2004

PFÜTZENREUTER, S. M.; RAMOS, T. **NASCER E CONTINUAR NO HOSPITAL**: uma proposta de assistência de enfermagem à criança portadora de malformação e sua família, buscando a adaptação. Florianópolis, 1999. 192 p.

RESCORLA, F. J. Emergências Cirúrgicas no Recém-Nascido. In: Richard A. Polin et al. **Neonatologia Prática**. ed. 2. Porto Alegre: ARTES MÉDICAS SUL, 1996.

TANNURI, U. Afecções Cirúrgicas Congênitas do Esôfago. In: João Fazio Júnior et al. **Cuidados Intensivos no Período Neonatal**. São Paulo: SARVIER, 1999.

TANNURI, U. Emergências Abdominais. In: João Fazio Júnior et al. **Cuidados Intensivos no Período Neonatal**. São Paulo: SARVIER, 1999.

UFV. Revisado em 2002. Disponível em: <www.ufv.br/dbg/trab2002/DHC/DHC013.htm>
Acesso em:13/11/2004.

VILELA, P. Patologias Cirúrgicas. In: **Neonatologia: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco**. Rio de Janeiro: GUANABARA, 2004.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. ed. 8. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

WHALEY, L. F. WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. ed. 2. Rio de Janeiro: GUANABARA, 1989.

WIEDEMANN, H. R., KUNZE, J; DIBBERN, H **Atlas de Síndromes Clínicas Dismórficas**. ed. 3. São Paulo: MANOLE, 1992.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. ed. 5. Rio de Janeiro: KOOGAN, 1999.

APÊNDICE

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Processo de Enfermagem adaptado

Avaliação de 1º Nível

Identificação do RN -

Nome: _____

Local de Internação: _____

Data do nascimento: __ / __ / ____

Tipo do Parto: _____

Apgar: 1º min. _____ 5º min. _____

Idade Gestacional: _____ Sexo: () F () M

Peso ao nascer: _____ Posição na família: _____

Raça: _____ Procedência: _____

Nº de consultas pré-natais: _____

Teste do pezinho: _____

Nome dos Pais: _____

Estado Civil dos Pais: _____

Idade pai/mãe: _____

Antecedentes obstétricos: _____

Escolaridade dos pais: _____

Malformação: _____

Data da Internação: __ / __ / ____

Avaliação de 2º Nível

Dados Antropométricos:

PC: _____

PT: _____

Peso: _____

Altura: _____

Oxigenação

FR: _____ bpm

Ritmo: _____

Características da respiração: _____

Coloração da pele: _____

Oxigenoterapia (forma): _____

Circulação:

FC: _____ bpm

Ritmo: _____ PA: _____ mmHg

Ausculata cardíaca: _____

Nutrição / hidratação:

- Tipo de alimentação: leite materno
 leite industrializado
 nutrição parenteral

- Forma de ingestão: seio materno
 sucção nutritiva
 SNG / SNE
 via parenteral

Pega da aréola: _____

Poder de sucção: _____

Turgor da pele: _____

Presença de edema: _____

Fontanelas: _____

Sinais de hipo/hiperglicemia: _____

Glicemia capilar: _____

Estímulo Focal:

Estímulo Contextual:

Estímulo Residual:

Regulação Térmica:

TC: _____ °C

T berço: _____ °C

- berço normal
- berço aquecido
- incubadora

Eliminações:

Vesical:

- micção espontânea

Frequência: _____ Características: _____

- cateter vesical

Volume: _____ Características: _____

- coletor de urina

Volume: _____ Características: _____

Intestinal:

- Tipo de fezes: mecônio
- fezes de transição
 - fezes de leite

Frequência: _____

- Características: pastosas
- semi-líquidas
 - líquidas
 - endurecidas

Drenagens:

- resíduo gástrico por sondagem

Volume: _____ Características: _____

- vômitos Características: _____

- regurgitação Características: _____

- salivagem excessiva

Estímulo Focal:

Estímulo Contextual:

Estímulo Residual:

Estímulo Focal:

Estímulo Contextual:

Estímulo Residual:

Integridade Cutâneo Mucosa:

Icterícia: () até 24h de vida () entre 24 e 48h
() após 48h () não observado

Grau de icterícia:

- () 1 – cabeça e pescoço
- () 2 – tronco até o umbigo
- () 3 – abdome e coxa
- () 4 – membros até punhos e tornozelos
- () 5 – mãos e pés, inclusive regiões palmares e plantares

Coto umbilical: _____

Presença de:

- () vérnix caseoso () bossa serosanguinolenta
- () millium sebáceo () lanugem
- () mancha mongólica () angiomas teleangectásios
- () cefalohematoma () descamação fisiológica
- () outros: _____

() Presença de curativos

Região: _____

Características: _____

Regulação neurológica:

Nível de consciência:

- () sonolento () alerta
- () torporoso () comatoso
- () outros: _____

Presença de reflexos: () Babinski () sucção () perioral
() deambulação () Moro () preensão palmar/plantar () ciliar

Estímulo Focal:

Estímulo Contextual:

Estímulo Residual:

Estímulo Focal:

Estímulo Contextual:

Estímulo Residual:

Sono e vigília:

- sono profundo alerta sem atividade motora
- sono leve alerta com atividade motora
- sonolento atividade motora intensa/choro vigoroso

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): _____

Medicação EV: _____

Medicação IM: _____

Medicação SC: _____

Medicação VO: _____

Estímulo Focal:

Estímulo Contextual:

Estímulo Residual:

Estímulo Focal:

Estímulo Contextual:

Estímulo Residual:

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Instrumento para coleta de dados sobre o nível de adaptação da família*

- Quando foi diagnosticada a malformação congênita?
 - a) Ainda no pré-natal.
 - b) No momento do nascimento.
 - c) Algum tempo depois do nascimento.

- Qual foi a reação da família (sentimentos experienciados) ao saber que o seu bebê era portador de malformação?

- Ao que a família atribui a malformação?

- Assim que se deu o diagnóstico, quais foram as informações recebidas?

- Qual é o conhecimento atual sobre a patologia de seu filho, resta ainda alguma dúvida?

- Quais são suas preocupações futuras em relação ao seu filho?

- Sentem-se preparados para cuidar de um bebê portador de malformação?

Outros:

APÊNDICE III



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Instrumento para Observação*

Em Relação ao Diagnóstico do RN

- É possível corrigir a malformação completamente ou não?
- Ela afeta o sistema nervoso central?
- Apresenta risco de vida?
- Ela irá afetar o desenvolvimento futuro do bebê?
- As malformações são várias ou é só uma?
- Ela é uma malformação rara?
- Serão necessárias hospitalizações repetidas e visitas a médicos ou locais especializados?

Em Relação à Adaptação dos Pais

- Visitas freqüentes ao RN internado no Berçário ou na UTIN.
- Tempo de permanência dessas visitas.
- Presença de toque, carinho e aconchego ao RN.
- Participação dos pais nos cuidados ao RN, quando permitido.
- Relacionamento entre os pais.
- Relacionamento familiar.
- Relacionamento família / equipe de enfermagem.
- Questionamentos a respeito da situação do bebê.
- Demonstram sentimentos de negação raiva, culpa, afastamento, intelectualização, depressão, aceitação.

* Instrumento elaborado por Ana Paula Minuzzi e Aracelli Ghedin Dias.

APÊNDICE IV

Consentimento Livre e Esclarecido das Famílias dos Recém-nascidos Internados na UTI Neonatal e no Berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão*

É de meu conhecimento que os dados por mim fornecidos podem ser utilizados pelas acadêmicas da última fase do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina: Ana Paula Minuzzi e Aracelli Ghedin Dias no desenvolvimento da sua prática assistencial, a realizar-se na UTIN e no Berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão., sob orientação da Prof^a Enf.^a Maria Emilia de Oliveira e supervisão da Enf.^a Joseila Cristina Franzon e Enf.^a Beatriz Inês Reckziegl

Compreendo que a prática assistencial será realizada com o nosso recém-nascido que se encontra internado na UTIN / Berçário e que envolverá também a minha participação e a participação de outros membros de nossa família que concordarem em participar.

Estou ciente de que as acadêmicas farão coleta de dados através de observação direta, entrevistas e exame físico e que os dados serão mantidos sob confidencialidade e utilizados apenas para a assistência no hospital; as acadêmicas somente utilizarão gravador para entrevistar-me caso eu concorde; a participação nesta prática não irá prejudicar o cuidado ao recém-nascido e a nenhum membro da nossa família.

Participo voluntariamente e poderei, a qualquer momento, negar-me a participar da prática ou mesmo desistir de participar se assim o desejar; poderei ter acesso ao relatório do estudo, caso solicite, tendo o suporte das acadêmicas para tirar possíveis dúvidas sobre o estudo e meus direitos como participante.

Data: __/__/____.

Pai / Mãe ou Responsável

* Instrumento elaborado por Ana Paula Minuzzi e Aracelli Ghedin Dias.

APÊNDICE V

Autorização para a Realização e Uso de Registros Fotográficos da Prática Assistencial na UTI Neonatal e no Berçário do HIJG*

Eu, _____ autorizo as acadêmicas Ana Paula Minuzzi e Aracelli Ghedin Dias, do último ano do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a fazerem registros fotográficos (dos RNs, familiares e/ou integrantes da equipe de enfermagem) durante o período da prática assistencial na UTIN e no Berçário do HIJG.

Estou ciente de que as fotos selecionadas sob minha autorização serão utilizadas somente em trabalhos desenvolvidos pelas acadêmicas.

Data: __/__/____

Assinatura

- Pai / Mãe / Responsável pelo RN.
- Membro da equipe de enfermagem da UTIN ou do Berçário.

* Instrumento elaborado por Ana Paula Minuzzi e Aracelli Ghedin Dias.

APÊNDICE VI

Informações às Famílias dos Recém-nascidos Internados na UTI Neonatal e no Berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão*

Nós acadêmicas da última fase do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina: Ana Paula Minuzzi e Aracelli Ghedin Dias no desenvolvimento da prática assistencial, a realizar-se na UTIN e no Berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão, sob orientação da Prof^a Enf.^a Maria Emilia de Oliveira e supervisão da Enf.^a Joseila Cristina Franzon e Enf.^a Beatriz Inês Reckziegl.

A prática assistencial será realizada com o recém-nascido que se encontra internado na UTIN / Berçário e envolverá também a sua participação e a participação de outros membros de sua família que concordarem em participar.

Faremos a coleta de dados através de observação direta, entrevistas e exame físico, os dados serão mantidos sob confidencialidade e utilizados apenas para a assistência no hospital; Somente utilizaremos gravador para entrevistar caso você concorde; a participação nesta prática não irá prejudicar o cuidado ao recém-nascido e a nenhum membro da sua família.

A sua participação é voluntária e você poderá, a qualquer momento, negar-se a participar da prática ou mesmo desistir de participar se assim o desejar; poderá ter acesso ao relatório do estudo, caso solicite, tendo o suporte das acadêmicas para tirar possíveis dúvidas sobre o estudo e seus direitos como participante.

Os registros fotográficos (dos RNs e familiares) durante o período da prática assistencial na UTIN e no Berçário do HIJG somente serão realizados caso você autorize.

Data: ___ / ___ / ____.

Pai / Mãe ou Responsável

* Instrumento elaborado por Ana Paula Minuzzi e Aracelli Ghedin Dias.

APÊNDICE VII

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nota de Admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

RN recebida da emergência externa às 19 h do dia 21 de setembro de 2004, proveniente da Maternidade Carmela Dutra. Diagnóstico de hidrocefalia, apresentando crepitação em clavícula esquerda, hipotermia, hipoativo, cianose generalizada, recebendo soro em veia periférica e colocado em berço aquecido. Prescrito dieta de 20 ml de leite via oral, sugando e deglutindo irregularmente. Colhido sangue para exames. Às 24 h foi suspenso o soro de manutenção e aumentado a dieta para 30 ml de leite. À 1 hora e 45 min. apresentou episódio de apneia de duração em torno de 3 min, no qual foi aspirado e feita pressão nas narinas com oxigênio. Em decorrência deste fato, por apresentar cianose intensa e generalizada foi suspensa a dieta e retornou com HEV. Às 2 horas e 10 min. foi realizado Raio X de tórax. Eliminações fisiológicas presentes e espontâneas.

Histórico da Família

O.P.L., mãe de Aladiah, proveniente de Três Barras/SC, atualmente encontra-se separada do marido, com quem tem dois filhos. Aladiah é o terceiro filho de O.P.L. O RN chegou na unidade de berçário sem a presença de acompanhantes. Não foi possível obter contato um contato inicial com a mãe, pois esta permaneceu na maternidade em virtude de complicações no parto.

Avaliação de 1º Nível

Identificação do RN –

Nome: RN de O.P.L. - Aladiah

Local de Internação: Berçário

Data do nascimento: 21/09/2004

Tipo do Parto: cesárea **Apgar:** 1º min. 6 5º min. 8

Idade Gestacional: capurro: 37 semanas e 1 dia **Sexo:** (x) F () M

Peso ao nascer: 3.375 **Posição na família:** III

Raça: branca **Procedência:** Três Barras/SC

Nº de consultas pré-natais: 8 consultas

Nome da mãe: O.P.L.

Idade: pai 30 anos mãe: 25 anos

Antecedentes obstétricos: Gesta III Para II aborto Ø

Escolaridade da Mãe: 6ª série do ensino fundamental

Malformação: Hidrocefalia

Diagnósticos Médicos: Hidrocefalia importante, macrocefalia importante, creptação em clavícula esquerda e disjunção de suturas.

Data da Internação: 21/09/2004

Avaliação de 2º Nível

Estímulo Focal: RN hospitalizado

Estímulo Contextual: Hidrocefalia

Estímulo Residual: não identificado

DADOS COLETADOS NO DIA 22/09/2004

Dados Antropométricos:

PC:48cm / **PT:**29 cm / **Peso:**3.400Kg / **Altura:** 49cm

Estímulo Focal: perímetro cefálico aumentado, fontanelas abauladas e disjunção de suturas cranianas.

Estímulo Contextual: acúmulo excessivo do LCR dentro da cavidade intra-craniana

Estímulo Residual: hidrocefalia

Oxigenação

FR: 48-60 bpm

Ritmo: regular **Características da respiração:** eupneico

Coloração da pele: corado. Cianose após as mamadas **Saturação Δ :** 89% - 100%

Oxigenoterapia: colocado RN em cateter de O2 após apresentar cianose durante a mamada

Estímulo Focal: cianose

Estímulo Contextual: esforço exagerado para sugar.

Estímulo Residual: não identificado

Circulação:

FCA: 120 – 138 bpm

Ritmo: rítmico

Ausulta cardíaca: sp

Nutrição / hidratação:

Tipo de alimentação: leite industrializado

Forma de ingestão: sucção nutritiva

Poder de sucção: bom

Turgor da pele: normotenso

Fontanelas: abauladas com disjunção de suturas

Bregmática: 5/6cm **Lambdóide:** 3/4cm

Estímulo Focal: fontanelas abauladas e com disjunção de suturas cranianas.

Estímulo Contextual: presença de líquido cefalorraquidiano

Estímulo Residual: hidrocefalia importante

Regulação Térmica:

TCA: 35,9 – 36,5°C

Berço: aquecido

Estímulo Focal: hipotérmico

Estímulo Contextual: hidrocefalia

Estímulo Residual: distúrbio do sistema termo-regulador

Eliminações:

Vesical: micção espontânea

Frequência: 8 vezes **Características:** amarelo citrino em média quantidade

Intestinal:

Tipo: mecônio

Frequência: 8 vezes

Características: pastosas

Drenagens:

Vômitos: em grande quantidade após as mamadas

Estímulo Focal: vômitos

Estímulo Contextual: provável aumento da PIC (pressão intracraniana)

Estímulo Residual: hidrocefalia rapidamente progressiva

Integridade Cutâneo Mucosa:

Realizado cuidados de higiene e conforto.

Obs.: crepitação em clavícula esquerda

Coto umbilical: enegrecido, em processo de mumificação.

Presença de: millium sebáceo e lanugem

Regulação neurológica:

Nível de consciência: sonolento

Presença de reflexos: sucção, perioral, preensão palmar/plantar e ciliar.

Estímulo Focal: crepitação em clavícula esquerda

Estímulo Contextual: fratura de clavícula

Estímulo Residual: não identificado

Estímulo Focal: ausência de reflexos (Babinski, deambulação, moro)

Estímulo Contextual: hidrocefalia

Estímulo Residual: incapacidade de desenvolvimento da inibição cortical normal.

Estímulo Focal: sonolência.

Estímulo Contextual: hidrocefalia rapidamente progressiva.

Estímulo Residual: não identificado

Sono e vigília: sonolento

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): sem acesso venoso

Medicação VO: - paracetamol 3 gts

Exames: ultra-som de crânio

DIA: 22/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">◆ RN hospitalizado.◆ Perímetro cefálico aumentado., fontanelas abauladas e disjunção de suturas cranianas.◆ Cianose .◆ Fontanelas abauladas e com disjunção de suturas cranianas.◆ Hipotermia.◆ Vômitos.◆ Crepitação em clavícula esquerda.◆ Ausência de reflexos (Babinski, deambulação, moro).◆ Sonolência.◆ Ausência da mãe.◆ RN apresentando fâcies de dor e choro sempre que alguém se	<ul style="list-style-type: none">◆ Hospitalização relacionada a hidrocefalia importante◆ Perímetro cefálico aumentado, fontanelas abauladas e disjunção de suturas cranianas, relacionado pelo acúmulo excessivo do LCR dentro da cavidade intra-craniana.◆ Cianose relacionado ao esforço exagerado para sugar.◆ Fontanelas abauladas e com disjunção de suturas cranianas, relacionado a presença de líquido cefalorraquidiano.◆ Hipotermia relacionada a dificuldade em manter a temperatura corporal e evidenciada pela hidrocefalia.◆ Vômitos, provavelmente relacionado ao aumento da PIC (pressão intracraniana) e evidenciado a hidrocefalia rapidamente progressiva.◆ Crepitação em clavícula esquerda◆ Atos reflexos inadequados,	<ul style="list-style-type: none">◆ Realizar cuidados de higiene e conforto◆ Verificar sinais vitais.◆ Manter cuidados em relação ao risco de infecção (lavar bem as mãos antes e após a realização dos procedimentos, utilizar técnica asséptica sempre que executar procedimentos invasivos entre outros cuidados de acordo com a CCIH).◆ Medir perímetro cefálico 1x/dia.◆ Palpar fontanela e linhas de sutura para determinar tensão, proeminência, separação.◆ Monitorar níveis de saturação de O2.◆ Avaliar atividade motora.◆ Oferecer dieta prescrita◆ Administrar medicamentos de acordo com prescrição médica.◆ Observar e registrar episódio de cianose.◆ Manter berço aquecido sempre que o RN apresentar hipotermia.◆ Manter o braço esquerdo imobilizado.◆ Manter RN em DLD.◆ Observar e registrar episódio de vômitos.◆ Avaliar nível de consciência

<p>aproximava do leito.</p>	<p>relacionado a incapacidade de desenvolvimento da inibição cortical normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sonolência relacionada a hidrocefalia rapidamente progressiva. ◆ RN recebendo medicação para alívio de dor, provavelmente relacionado ao aumento da PIC e crepitação da clavícula esquerda. ◆ Paternidade alterada relacionada a ausência da mãe. 	<p>(letargia, irritabilidade,...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Avaliar reflexos arcaicos. ◆ Limpar coto umbilical e colocar álcool na base do coto. ◆ Observar e registrar presença e característica das eliminações. ◆ Aguardar procedimento cirúrgico. ◆ Proporcionar conforto ao RN sempre após os procedimentos agressivos, como o toque, a sucção não nutritiva, conversar com o recém-nascido procurando acalmá-lo, segurar no colo quando possível, conter de forma a transmitir proteção, entre outras. ◆ Verificar a evolução no nível de adaptação do RN.
-----------------------------	---	---

Evolução de Enfermagem em 22/09/2004

Realizado cuidados de higiene e conforto. RN sonolento, eupneico, hipotérmico, anictérico. Mantém-se em berço aquecido, tórax elevado, saturando bem. Recebendo Hidratação endovenosa. Iniciou com dieta de NAN 30 ml VO, porém apresentou episódios de vômitos e de cianose generalizada durante a sucção, onde foi colocado cateter de oxigênio / 1 litro. Passado sonda nasojugal com dieta contínua. RN apresentando alteração no processo de adaptação em virtude do comprometimento da patologia. Proporcionamos conforto à Aladiah, através do toque, contenção no sentido de acalmar e organizar a posição do bebê visando contribuir no processo de adaptação. No entanto, o bebê permaneceu demonstrando deficiência na adaptação. RN sem a presença dos pais.

DADOS COLETADOS NO DIA 23/09/2004

Dados Antropométricos:

PC: 48 cm / **PT:** 29 cm / **Peso:** 3.390 Kg / **Altura:** 49 cm

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Oxigenação:

FR: 40-60 bpm

Ritmo: regular **Características da respiração:** eupneico

Coloração da pele: corado **Saturação Δ :** 98% - 100%

Circulação:

FCA Δ : 115 – 141 bpm **Ritmo:** rítmico

Nutrição / hidratação:

Tipo de alimentação: leite industrializado

Forma de ingestão: SNJ

Poder de sucção: bom

Obs: passado sonda nasojunal devido aos episódios de cianose.

Turgor da pele: normotenso

Fontanelas: abauladas com disjunção de suturas.

Bregmática: 5/6 cm **Lambdóide:** 3/4cm

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Regulação Térmica:

TCA Δ : 35,2 – 36,8°C **Berço:** aquecido

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Eliminações:

Vesical: micção espontânea

Frequência: 6 vezes **Características:** amarelo claro média quantidade

Intestinal:

Tipo: mecônio

Frequência: 3 vezes **Características:** pastosas

Drenagens: vômitos: em grande quantidade após a administração de leite

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Integridade Cutâneo Mucosa:

Realizado cuidados de higiene e conforto

Obs.: crepitação em clavícula esquerda

Coto umbilical: enegrecido, em processo de mumificação.

Presença de: millium sebáceo e lanugem

Regulação neurológica:

Nível de consciência: alerta

Reflexos: sucção, perioral, preensão palmar/plantar e ciliar.

Estímulo Focal: alerta

Estímulo Contextual: manuseio excessivo

Estímulo Residual: comprometimento do nível de consciência

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Sono e vigília: alerta sem atividade motora

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): sem acesso venoso

Medicação VO: paracetamol 3 gts

DIA: 23/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
◆ Perímetro cefálico aumentado, fontanelas abauladas e disjunção de suturas cranianas. ◆ Fontanelas abauladas e com disjunção de suturas cranianas	Os diagnósticos do dia anterior se mantêm, acrescidos de: ◆ RN alerta relacionado ao comprometimento do	O plano e implementação do dia anterior se mantêm, acrescidos de:

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hipotermia ◆ Vômitos ◆ Crepitação em clavícula esquerda ◆ Alerta <p>Ausência de reflexos (Babinski, deambulação, moro)</p>	<p>nível de consciência e evidenciado pelo manuseio excessivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tentar contato com a família do RN, solicitar presença da mãe.
---	--	--

Evolução de Enfermagem em 23/09/2004

Realizado cuidados de higiene e conforto. RN alerta, eupneico, acianótico, abdome depressível, períneo íntegro. Apresentou episódio de hipotermia, onde foi ligado o berço até equilibrar a regulação térmica. Sem presença de acompanhante. Permanece em decúbito lateral direito, devido fratura em clavícula esquerda. RN com dificuldade para sucção e deglutição. Deslocou SNJ, necessitando ser repassada. Presença de vômitos em grande quantidade. Realizado ultra-som de crânio onde apresentou acentuada dilatação ventricular. Pais ausentes (mãe encontra-se internada na MCD).

DADOS COLETADOS NO DIA 24/09/2004

Dados Antropométricos:

PC: 48 cm / **PT:** 29 cm / **Peso:** 3.3400 Kg / **Altura:** 49 cm

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Oxigenação

FR: 48-60 bpm

Ritmo: regular **Características da respiração:** eupneico

Coloração da pele: corado. **Saturação Δ :** 89% - 100%

Circulação:

FCA: 120 – 138 bpm

Ritmo: rítmico

Nutrição / hidratação:

Tipo de alimentação: leite industrializado

Forma de ingestão: SNJ

Poder de sucção: regular

Turgor da pele: normotenso

Fontanelas: abauladas com disjunção de suturas.

Bregmática: 5/6 cm **Lambdóide:** 3/4cm

Obs: realizado punção ventricular e retirado em torno de 7ml de LCR de coloração clara.

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Regulação Térmica:

TCΔ: 35,9 – 36,5°C **Berço:** aquecido

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Eliminações:

Vesical: micção espontânea

Frequência: 8vezes **Características:** amarelo citrino em média quantidade

Intestinal:

Tipo: fezes de transição **Frequência:** 8 vezes **Características:** pastosas

Drenagens: vômitos: em grade quantidade após o leite

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Integridade Cutâneo Mucosa:

Realizado cuidados de higiene e conforto.

Obs.:- crepitação em clavícula esquerda

Coto umbilical: enegrecido, em processo de mumificação.

Presença de: millium sebáceo e lanugem

Regulação neurológica:

Nível de consciência: sonolento

Reflexos: sucção, perioral, preensão palmar/plantar e ciliar.

Estímulo Focal: sonolência.

Estímulo Contextual: hidrocefalia rapidamente progressiva.

Estímulo Residual: não identificado

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Sono e vigília: sonolento

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): sem acesso venoso

Medicação VO: paracetamol 3 gts

DIA: 24/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">◆ Perímetro cefálico aumentado, fontanelas abauladas e disjunção de suturas cranianas.◆ Fontanelas abauladas e com disjunção de suturas cranianas◆ Hipotermia◆ Vômitos◆ Crepitação em clavícula esquerda◆ Sonolência◆ Ausência de reflexos (Babinski, deambulação, moro).◆ RN apresentando fácies de dor e choro sempre que alguém se aproximava do	<p>Os diagnósticos do dia anterior se mantêm, acrescidos de:</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Sonolência relacionada a hidrocefalia rapidamente progressiva.◆ Mãe demonstrando sentimento de pesar, relacionado a malformação e o estado de gravidade do bebê.◆ Mãe com dificuldade de lidar com um recém-nascido não-perfeito.	<p>O plano e implementação do dia anterior se mantêm.</p> <p>mantêm, acrescidos de:</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Observar e registrar qualquer alteração no nível de consciência.◆ Manter comunicações abertas e prestar especial atenção às necessidades da mãe.◆ Permitir e incentivar, sempre que possível, que a mãe toque e segure seu bebê e se aproprie de algumas tarefas de cuidados simples como trocar fraldas, alimentar, dar banho, entre outros.◆ Dar apoio emocional a mãe, ouvindo atentamente suas dúvidas e esclarecendo as mesmas quando necessário.◆ Estimular a mãe a visitar com frequência o seu filho; se isso não for

leito. ◆ Presença da mãe e demonstração de sentimento de pesar.		possível, promover o contato desta com a equipe de enfermagem por telefone. ◆ Verificar a evolução no nível de adaptação do RN e família. ◆ Favorecer e estimular o contato mãe/RN.
--	--	---

Evolução de Enfermagem em 24/09/2004

Realizado cuidados de higiene e conforto. RN acordado e sem atividade motora, eupneico, corado e hidratado. Eliminações fisiológicas presentes. Dificuldade de deglutição e episódio de vômito em grande quantidade de coloração amarelada. Fontanela tensa. Realizado punção ventricular. RN recebeu visita da mãe por quatro horas, porém esta se manteve um pouco distante em relação aos cuidados com o bebê. prestamos cuidados de conforto e aconchego visando favorecer suas respostas adaptativas. Mãe de Aladah passando por etapa do processo de adaptação, mostrando sinais de pesar e dificuldade em lidar com seu bebê. Frente a este comportamento, procuramos oferecer apoio emocional a mãe, bem como, estimular a visitar com frequência o seu filho.

DADOS COLETADOS NO DIA 27/09/2004

Dados Antropométricos:

PC: 44 cm / **PT:** 29 cm / **Peso:** 3.3400 Kg / **Altura:** 49 cm

Estímulo Focal: perímetro cefálico aumentado, fontanelas depressivas e disjunção de suturas cranianas.

Estímulo Contextual: acúmulo excessivo do LCR dentro da cavidade intra-craniana

Estímulo Residual: hidrocefalia

Estímulo Focal: diminuição do perímetro cefálico

Estímulo Contextual: punção ventricular

Estímulo Residual: não identificado

Oxigenação: FR: 48-60 bpm

Ritmo: regular

Características da respiração: eupneico

Coloração da pele: corado

Saturação Δ : 89% - 100%

Circulação: FCA: 120 – 138 bpm

Ritmo: rítmico

Nutrição / hidratação:

Tipo de alimentação: leite industrializado

Forma de ingestão: SNJ

Poder de sucção: regular

Obs: retirado SNJ e passado SOG.

Turgor da pele: normotenso

Fontanelas: depressíveis com disjunção de suturas.

Bregmática: 5/6 cm **Lambdóide:** 3/4cm

Estímulo Focal: fontanelas depressivas.

Estímulo Contextual: retirada de LCR

Estímulo Residual: não identificado

Regulação Térmica:

TCA: 35,9 – 36,5°C

Berço: aquecido

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Eliminações:

Vesical: micção espontânea

Frequência: 8 vezes **Características:** amarelo citrino em média quantidade

Intestinal:

Tipo: fezes de transição **Frequência:** 8 vezes **Características:** pastosas

Drenagens:

Vômitos: em grande quantidade após o leite

- Os estímulos focal, contextual e residual se mantêm inalterados em relação ao dia anterior.

Integridade Cutâneo Mucosa:

Realizado cuidados de higiene e conforto

Obs.: crepitação em clavícula esquerda

Coto umbilical: caiu.

Presença de: millium sebáceo e lanugem

Regulação neurológica:

Nível de consciência: alerta

Reflexos: sucção, perioral, preensão palmar/plantar e ciliar.

Estímulo Focal: alerta

Estímulo Contextual: manuseio excessivo

Estímulo Residual: comprometimento do nível de consciência

- Os demais estímulos focal, contextual e residual se mantêm similares ao dia anterior.

Sono e vigília: sonolento

Terapêutica:

Acesso venoso (tipo e região): sem acesso venoso

Medicação VO: paracetamol 3 gts

DIA: 27/09/2004

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
◆ perímetro cefálico aumentado, fontanelas depressivas e disjunção de suturas cranianas. ◆ diminuição do perímetro cefálico ◆ fontanelas depressivas. ◆ Hipotermia	Os diagnósticos do dia anterior se mantêm, acrescidos de: ◆ Fontanelas depressivas e com disjunção de suturas cranianas, relacionado a retirada de líquido cefalorraquidiano através	O plano e implementação do dia anterior se mantêm, acrescido de: ◆ Avaliar periodicamente as características da fontanela; ◆ Observar e registrar tamanho do perímetro cefálico. ◆ Proporcionar conforto ao

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vômitos ◆ Crepitação em clavícula esquerda ◆ RN alerta Ausência de reflexos (Babinski, deambulação, moro). ◆ Presença da avó materna demonstrando sentimentos de amor e carinho pela neta. 	<p>da punção ventricular.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Diminuição do perímetro cefálico relacionado a retirada de líquido cefalorraquidiano através da punção ventricular. ◆ RN alerta relacionado ao comprometimento do nível de consciência e evidenciado pelo manuseio excessivo. 	<p>RN sempre após os procedimentos agressivos, como o toque, a sucção não nutritiva, conversar com o recém-nascido procurando acalmá-lo, segurar no colo quando possível, conter de forma a transmitir proteção, entre outras.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Verificar a evolução no nível de adaptação do RN e família.
--	--	--

Evolução de Enfermagem em 27/09/2004

Realizado cuidados de higiene e conforto. RN apresentou alerta durante o período, com intervalo de sonos regulares. Eupneico, corado e hipotérmico. Episódios de vômitos em grande quantidade após administração da dieta. Retirado sonda nasोजejunal e colocado sonda orogástrica. Macrocefalia visivelmente menor, fontanela deprimida com importante disjunção de suturas e com cavalgamento frontal. Realizado ultra-som de crânio para controle. Mãe do RN foi reinternada na MCD devido complicações na sutura da cesárea. Proporcionamos conforto à Aladiah, através do toque, contenção no sentido de acalmar e organizar a posição do bebê visando contribuir no processo de adaptação. RN recebeu a visita da avó materna, que permaneceu durante todo o período matutino. Orientada em relação a situação neurológica do bebê.

Evolução de Enfermagem em 09/10/2004

Paciente realizou a cirurgia ontem de derivação ventrículo-peritoneal, introduzido cateter de 9 cm mais 50 cm de cateter em cvidade abdominal. RN foi submetido a anestesia geral, no qual transcorreu dentro do esperado na sala de recuperação pós-anestésica. Inicialmente manteve-se com acesso venoso em MSD por abocath com soto para hidratação. Após avaliação médica, o acesso venoso foi retirado e iniciado alimentação VO. RN ainda com dificuldade de deglutição, porém aceitou toda a dieta. Proporcionamos conforto à Aladiah, através do toque, contenção no sentido de acalmar e organizar a posição do bebê visando contribuir no processo de adaptação. RN permaneceu demonstrando deficiência na

adaptação provavelmente relacionado a gravidade do estado do bebê e a ausência de familiares.

Evolução de Enfermagem em 15/10/2004

Ao recebermos a passagem de plantão e a mãe estava presente. Nos apresentamos e solicitamos a permissão para o desenvolvimento do trabalho e a mesma consentiu. Acompanhamos a mãe no sentido orientá-la na realização do banho, manuseio com o RN, alimentação, cuidados com o local cirúrgico, a fim de detectar sinais de infecção, e demais cuidados com seu bebê. Durante todo o período que estivemos com a mãe, esta, apesar de mostrar-se um pouco ansiosa e insegura, estava sempre disposta a colaborar com os cuidados do bebê. No final da manhã, sentamos com ela no intuito de aplicarmos o questionário referente ao nível de adaptação da família. Rn tem alta hospitalar. Mãe apresentando certa insegurança, porém disposta e consciente do cuidado que prestará ao seu bebê. E por fim, orientamos ainda como a criança responde à presença, à voz e ao toque dos pais, bem como, oferecemos estímulo sensorial de modo que ela participe ativamente no desenvolvimento da criança.

Observações em Relação à Adaptação dos Pais (MODO DE INTERDEPENDÊNCIA):

Avaliação de 1º nível

- **Visitas freqüentes ao RN internado no Berçário ou na UTIN:** Não
- **Tempo de permanência dessas visitas:** Médio
- **Presença de toque, carinho e aconchego ao RN. Participação dos pais nos cuidados ao RN, quando permitido:** Às vezes – geralmente a mãe se encontra distante, com certo medo de tocá-la Mas disse que já está perdendo esse medo, que é só questão de costume.
- **Relacionamento família / equipe de enfermagem:** Bom
- **Questionamentos a respeito da situação do bebê:** Em relação a fala e a audição do bebê.

Avaliação de 2º nível

Estímulo Focal: Receio da mãe em prestar cuidados ao seu bebê.

Estímulo Contextual: baixa freqüência de visitas, devido seu estado de saúde

Estímulo Residual: não identificado

ANEXOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE, CAIXA POSTAL 476
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 324-3000 - TELEFAX: (48) 324-3068

CERTIFICADO

Certificamos que **ARACELLI GHEDIN DIAS** participou da aula sobre "Sinais e Sintomas do Parto, Parto Súbito, Cuidados Imediatos com RN" do curso de "ATUALIZAÇÃO PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA GNC/TO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS" realizado no dia 27/05/2004, com carga horária de 04 horas.

Florianópolis, junho de 2004.

ENFª. LÉLIA EMÍLIA MAY
COORD. CEPEM/DE/HU/UFSC
COREN - SC - 23.924

PROFª FRANCINE LIMA GELBECKE
DIRETORA DE ENF. HU/UFSC
COREN - SC - 25.782

CEPEM/HU
REG. Nº. 663
LIVRO Nº. 64
Fis. Nº. 30



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA.
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

CERTIFICADO

Certificamos que ANA PAULA MINUZZI participou da aula sobre "Sinais e Sintomas do Parto, Parto Súbito, Cuidados Imediatos com RN" do curso de "ATUALIZAÇÃO PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA GNC/TO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS" realizado no dia 27/05/2004, com carga horária de 04 horas.

Florianópolis, junho de 2004.

ENF.^a LÉLIA EMÍLIA MAY
COORD. CEPE_n/DE/HU/UFSC
COREN - SC - 23.924

PROF.^a FRANCINE LIMA GELBECKE
DIRETORA DE ENF. HU/UFSC
COREN - SC - 25.782

CEPE_n/HU
REG. Nº. 664

LIVRO Nº. 04

Fis. Nº. 30

Visto

VII SEMINÁRIO DO PARTO

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO
CONTROLADORES DE ENFERMAGEM

Certificado

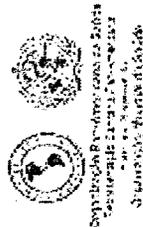
Certificamos que Aryelle Gabriela Koda
participou do VII Seminário do Parto "Qualidade da Assistência ao Parto:
Contribuições da Enfermagem", nos dias 08 a 10 de julho de 2004, 30
horas/aula promovido pela ABEn-PR, na qualidade de Participante

pele que lhe é conferido o presente certificado.

Curitiba, 08 de Julho de 2004.

Simone Peruzzo

SIMONE APARECIDA PERUZZO
Presidente da ABEn-PR



B-105
UN PAIS DE TODOS

GOVERNO DO
PARANÁ

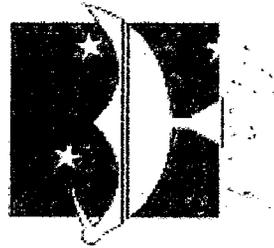
CURITIBA
CONTABILIDADE

DFID

Department for
International
Development

ABEN-PR

ABEN-PR



VII SEMINÁRIO
DO PARTO

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO:
CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Certificado

Certificamos que Ara Paula Moimuzzi
participou do VII Seminário do Parto "Qualidade da Assistência ao Parto:
Contribuições da Enfermagem", nos dias 08 a 10 de julho de 2004, 30
horas/aula promovido pela ABEn-PR, na qualidade de Participante

_____ pelo que lhe é conferido o presente certificado.

Curitiba, 08 de Julho de 2004.

Simone Peruzzo

SIMONE APARECIDA PERUZZO
Presidente da ABEn-Paraná

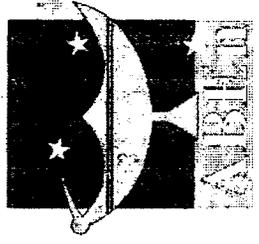


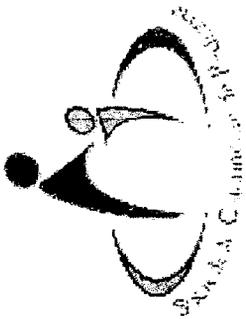
Organização Pan-Americana de Saúde
Representação Brasileira - Curitiba
Organização Mundial da Saúde



DFID

Department for
International
Development





Certificado

Certificamos que *Araceli Ghedin Dias* participou do "Curso de Manejo e Promoção de Aleitamento Materno", realizado no Hospital Infantil João de Gusmão, em Florianópolis-SC, nos dias 14 e 15 de setembro de 2004, com carga horária de 18:00 horas.

Florianópolis, 15 de setembro de 2004.

Leila Denise Cassiano Pereira

Dir. Certificacões e Registro
Presidente da Associação Catarinense de Educação

Dr. Valeri Cruz
Coordenador de Educação de Saúde da Mulher
Centro de Melhoria do Ambiente do Estado da Saúde

Dr. Edson Luís Jurema
Presidente do Conselho Municipal de Saúde do
Hospital Infantil João de Gusmão



Certificado

Certificamos que *Ana Paula Minuzzi* participou do "Curso de Manejo e Promoção de Aleitamento Materno", realizado no Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis-SC, nos dias 14 e 15 de setembro de 2004, com carga horária de 18:00 horas.

Florianópolis, 15 de setembro de 2004.

Leila Denise Cesário Pereira

Dr. Leila Denise Cesário Pereira
Presidente da Sociedade Catarinense de Pediatria

Dr. Halesi Cruz
Coordenador da Divisão de Saúde da Mulher,
Criança e do Adolescente da Secretaria do Estado de Saúde

Dr. Edson Luis Lemos
Presidente do Centro de Estudos do
Hospital Infantil Joana de Gusmão

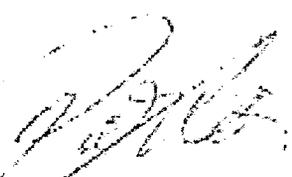
SEMANA MUNDIAL DA AMAMENTAÇÃO

CERTIFICADO

ARACELLI GHEDIN DIAS participou do Fórum

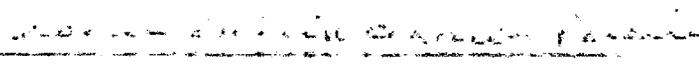
"Aleitamento Materno - Um Olhar Multidisciplinar", evento da Semana Mundial da Amamentação, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina em 15 de setembro de 2004.

Florianópolis, 15 de setembro de 2004.



Prof. Carlos Eduardo Pinheiro

Chefe do Serviço de Neonatologia do HU / UFSC



Dra. Leila Denise Cesário Pereira

Presidente da Sociedade Catarinense de Pediatra

Programa

19:00 h - Conferência: "Amamentação Exclusiva" - Profa. Dra. Elza R. J. Giugliani

20:00 h - Coquetim

20:15 h - Coffee-break

20:30 h - Mesa redonda.

"Nutrição da gestante e da nutriz" - Nutricionista Ana Cláudia Berenhauser Bornhauser

"Aspectos psicológicos da amamentação" - Psicóloga Zaira A. de Oliveira Custódio

"Ser mãe, her mãe, HIV / AIDS e amamentação" - Profa. Dra. Evanguêlia K. A. dos Santos

Organização

Sociedade Catarinense de Pediatra

Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina

Hospital Infantil João de Gusmão

Hospital Regional de São José

Hospital Universitário - UFSC

Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis

Maternidade Gannela Dutra

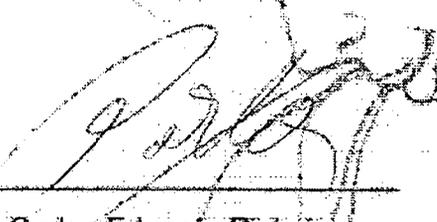
Hospital Florianópolis

SEMANA MUNDIAL DA AMAMENTAÇÃO

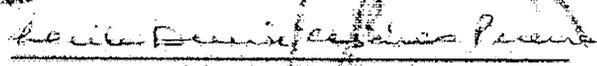
CERTIFICADO

ANA PAULA MINUZZI participou do Fórum
"Aleitamento Materno - Um Olhar Multidisciplinar", evento da Semana
Mundial da Amamentação, no Hospital Universitário da Universidade
Federal de Santa Catarina em 15 de setembro de 2004.

Florianópolis, 15 de setembro de 2004.


Prof. Carlos Eduardo Pinheiro

Chefe do Serviço de Neonatologia do HU / UFSC


Dra. Leila Denise César Pereira

Presidente da Sociedade Catarinense de Pediatria

Programa

19:00 h - Conferência: "Amamentação Exclusiva" - Profa. Dra. Elza R. J. Giugliani

20:00 h - Colóquio

20:15 h - Coffe-break

20:30 h - Mesa redonda:

"Nutrição da gestante e da nutriz" - Nutricionista Ana Cláudia Berenhauser Bornhausen

"Aspectos psicológicos da amamentação" - Psicóloga Zaira A. de Oliveira Custódio

"Ser mulher mãe, HIV / AIDS e amamentação" - Profa. Dra. Evanguelia K. A. dos Santos

Organização:

Sociedade Catarinense de Pediatria

Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina

Hospital Infantil Joana de Gusmão

Hospital Regional de São José

Hospital Universitário - UFSC

Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis

Maternidade Carmela Dutra

Hospital Florianópolis



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE, CAIXA POSTAL 472
CEP: 88020-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONES: (48) 336-2100 - TELEFAX: (48) 231-1000

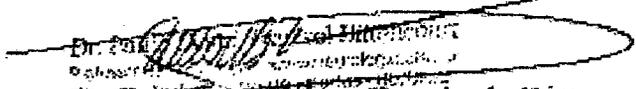
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que ARACELI GHEDIN DIAS participou do 'Curso de CAPACITAÇÃO EM ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÊM-NASCIDO DE BAIXO PESO - MÉTODO MÃE CANGURU' no Hospital Universitário HU/UFSC no período de 16 a 17 de setembro de 2004 na qualidade de participante, com carga horária de 16 horas.

Programa: Apresentação dos participantes - Acendendo a chama; Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método mãe Canguru; Aspectos psicofetivos no nascimento pré-termo; A família na unidade neonatal; Do acolhimento à alta; O cuidador e o ambiente na unidade neonatal; Considerações sobre o desenvolvimento afetivo do bebê; Desenvolvimento comportamental do neonato e intervenções no meio ambiente; Cuidados posturais e manuseios individualizados; Técnicas p/Promoção do aleitamento materno no prematuro; Seguimento ambulatorial; Abordagem clínica; Seguimento ambulatorial; Desenvolvimento: Equipe interdisciplinar; Implantação da atenção humanizada ao RN de baixo peso-método mãe Canguru na maternidade do Hospital Universitário/UFSC

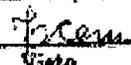
Florianópolis 17 de setembro de 2004


Prof. Paulo César Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos do HU/UFSC
CES/HU

Reg. nº. 010

Livro nº. 006

Fls. nº. 075


Visto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP: 88010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4063

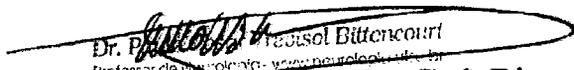
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que ANA PAULA MINUZZI participou do 'Curso de CAPACITAÇÃO EM ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO - MÉTODO MÃE CANGURU' no Hospital Universitário HU/UFSC no período de 16 a 17 de setembro de 2004 na qualidade de participante, com carga horária de 16 horas.

Programa: Apresentação dos participantes - Acendendo a chama; Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método mãe Canguru; Aspectos psicoafetivos no nascimento pré-termo; A família na unidade neonatal: Do acolhimento à alta; O cuidador e o ambiente na unidade neonatal; Considerações sobre o desenvolvimento afetivo do bebê; Desenvolvimento comportamental do neonato e intervenções no meio ambiente; Cuidados posturais e manuseios individualizados; Técnicas p/Promoção do aleitamento materno no prematuro; Seguimento ambulatorial: Abordagem clínica; Seguimento ambulatorial: Desenvolvimento; Equipe interdisciplinar; Implantação da atenção humanizada ao RN de baixo peso-método mãe Canguru na maternidade do Hospital Universitário/UFSC

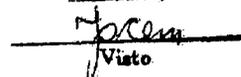
Florianópolis 17 de setembro de 2004

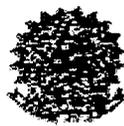

Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt
Professor de Pediatria - www.pediatria.ufsc.br
~~Prof. Paulo César Trevisol Bittencourt~~
Presidente do Centro de Estudos do HU/UFSC
CES/HU

Reg. n.º 009

Livro n.º 006

Fls. n.º 015


Visto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
 CEP: 88.010-870 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
 TELEFONE: (48) 331-2000 - TELEFAX: (48) 234-3069

CERTIFICADO

Certificamos que *Aracelli Ghedin Dias* participou como Membro Efetivo da V Jornada Científica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, promovida pelo Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (GIAM) com o tema central: Cuidando da Família no Processo do Nascimento no período de 21 e 22 de outubro de 2004, com carga horária de 10hs.

Florianópolis, 22 de outubro de 2004

Sérgio Aurilo Steffens
 Ginecologia / Obstetrícia
 CRM 5322

Presidente do GIAM

Presidente do Centro de Estudos
 Dr. Roberto Moraes do Carmo
 Chefe da Divisão de
 Tecnológica
 CRM 1277

CES/HU

Reg. n.º 040

Livro n.º 006

Fla. n.º 082

Roberto Moraes do Carmo
 Vieira



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRAVESSA - CAIXA POSTAL 274
CEP: 88010-870 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9478 - TELEFAX: (48) 331-8377

CERTIFICADO

Certificamos que *Ana Paula Minuzzi* participou como Membro Efetivo da V Jornada Científica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, promovida pelo Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (GIAM) com o tema central: Cuidando da Família no Processo do Nascimento no período de 21 e 22 de outubro de 2004; com carga horária de 10hs.

Florianópolis, 22 de outubro de 2004

Dr. Sérgio Marinho Steffens
Coordenador do GIAM - HU

Presidente do GIAM

Presidente do Centro de Estudos



DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O trabalho ressalta uma importante preocupação com a humanização da assistência, o fortalecimento do vínculo pais-recém-nascidos e o estímulo à participação dos pais no cuidado ao recém-nascido malformado na Unidade de Intervenções Neonatais e no Berçário. Sensibiliza os profissionais de saúde para ir além do mecanicismo e do técnico.

É um trabalho de leitura fácil, e bem elaborado. Faz uma ótima revisão de literatura, sendo recomendado a todos que desejem trabalhar com malformações.

Flópolis, 14 de dezembro de 2004


MARIA EMILIA OLIVEIRA
ORIENTADORA

