

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

**TOCAR E ACARICIAR O SER HUMANO PREMATURO:
UM DESAFIO PARA A ASSISTÊNCIA
HUMANIZADA DE ENFERMAGEM**

Florianópolis, julho de 1997

**ÉRICA CRISTINA TEODORO BOMFIM
MICHELINI FÁTIMA DA SILVA**

**TOCAR E ACARICIAR O SER HUMANO PREMATURO:
UM DESAFIO PARA A ASSISTÊNCIA
HUMANIZADA DE ENFERMAGEM**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0303

Autor: Bomfim, Érica Cris

Título: Toçar e acariciar o ser humano p



972491828 Ac. 241496

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0303

Ex.1

*Relatório da Prática Assistencial
apresentado à disciplina Enfer-
magem Assistencial Aplicada,
pertencente a 8ª Fase do Curso
de Graduação em Enfermagem.*

Orientadoras: *Maria Inês Bez Kroeger
Myrna D. B. Duarte*

Co-orientadora: *Nazaré Otilia Nazário*

Supervisoras: *Francisca A. Gonçalves
Iracema Maria de Souza
Sônia M. P. Pereira*

Banca: *Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Myrna D. B. Duarte
Sônia M. P. Pereira*

Florianópolis, julho de 1997



Pelo companheirismo, ...

'A

Michelini e Luca

Depois de tudo, é momento de agradecer a tudo o que fizeram por nós, principalmente a Giancarlo.

Não tenho o dom de escrever palavras bonitas, mas sim de reconhecer com imensa gratidão o carinho dispensado com o meu filho. A vontade dele, e suas sorrisos e palavras ajudaram na sua recuperação.

Hoje estou indo embora, não de suas vidas, pois tenho certeza que eu e Giancarlo levamos um pouco da "mágica" e da simplicidade de vocês. E deixamos a nossa força de vontade de viver. Esperamos e estamos torcendo para que vocês possam exercer suas profissões da melhor forma possível, sempre desta forma, ajudando os outros e respeitando a ética profissional.

Saudades!!! Estranho essa palavra, mas vamos sentir muito. Quando Giancarlo crescer vou poder contar para ele sua trajetória e pronunciar seu nome para ele, e que o ajudaram no seu restabelecimento. Vocês estarão na nossa lembrança.

Tudo o que queremos é desejar a vocês uma boa carreira profissional e quando tiverem seus filhos sobeirão a alegria que eles nos proporcionem.

Carinhosamente

Giancarlo e Cleide

O prematuro deixou brutalmente o ventre materno e se encontra em incubadora, restringido, muitas vezes entubado, sempre manipulado, explorado. Enquanto um recém-nascido em boa saúde é embalado por braços e palavras humanas, o prematuro hospitalizado está isolado, nú, em um corpo onde nada nem ninguém colocou ainda limites.

(Autor desconhecido)

POR FAVOR, ME TOQUE

Seu sou seu bebê,

Por favor, me toque.

Preciso de seu afago de uma maneira que talvez nunca saiba.

Não se limite a me banhar, trocar minha fralda e me alimentar,

Mas me embale estreitado, beije meu rosto e acaricie meu corpo.

Seu carinho gentil, confortador, transmite segurança e amor.

Se sou sua criança,

Por favor, me toque.

Ainda que eu resista e até o rejeite,

Insista, descubra um jeito de atender minha necessidade.

Seu abraço de boa noite ajuda a adoçar meus sonhos.

Seu carinho de dia me diz o que você sente de verdade.

Se sou seu adolescente,

Por favor, me toque.

Não pense que eu, por estar quase crescido,

Já não precise saber que você ainda se importa.

Necessito de seus braços carinhosos, preciso de uma voz terna.

Quando a vida fica difícil, a criança em mim volta a precisar.

Se sou seu amigo,

Por favor, me toque.

Nada como um abraço afetuoso para eu saber que você se importa.

Um gesto de carinho quando estou deprimido me garante que sou amado,

E me reafirma que não estou só.

Seu gesto de conforto talvez seja o único que eu consiga.

Se sou seu parceiro,

Por favor, me toque.

Talvez você pensa que sua paixão basta,

Mas só seus braços detêm meus temores.

Preciso de seu toque terno e confortador,

Para me lembrar de que sou amada apenas porque eu sou eu.

Se sou seu filho adulto,

Por favor, me toque.

*Embora eu possa até ter minha própria família para abraçar,
Ainda preciso dos braços de mamãe e papai quando me machuco.*

Como pai, a visão é diferente,

E eu os estimo mais.

Se sou seu pai idoso,

Por favor, me toque.

Do jeito que me tocaram quando era bem pequeno.

Segure minha mão, sente-se perto de mim, dê-me força,

E aqueça meu corpo cansado com sua proximidade.

Minha pele, ainda que muito enrugada, adora ser afagada.

Não tenha medo.

Apenas me toque.

DAVIS, 1991.

COM CARINHO, ÉRICA E MICHELINI
Acadêmicas de Enfermagem/1997

AGRADECIMENTOS

É chegada a hora de finalizar mais uma etapa de nossas vidas. Assim, chegou a hora de agradecer. Agradecer é olhar para frente e ver que aquilo que era sonho se tornou realidade.

Agradecer a todos que de uma maneira ou de outra, nos ajudaram a crescer na profissão e como pessoas e que tiveram ao nosso lado para que pudéssemos chegar a este final gratificante, e destes agradecemos especialmente:

A Deus

Senhor, por todos estes anos que estivestes conosco a cada hora de nossa árdua batalha, para aprender e assimilar os conhecimentos recebidos nas madrugadas que passamos em claro. Pelas vezes que o desânimo de abateu sobre nós, todo o agradecimento seria muito pouco.

Querido Deus, pedimos orientação para alcançarmos a vitória, coragem para enfrentarmos os obstáculos, sabedoria para criar e inteligência para planejar.

Te agradecemos Senhor por ter colocado em nossas vidas pessoas como:

Nossos Pais, Clóvis e Aparecida. Edinaldo e Ivonete;

Nosso maior agradecimento dirige-se àqueles que, a o nos darem a vida não nos imaginaram capazes de um dia ajudar a cuidar de outras vidas.

Já por isso seríamos infinitamente gratas, mas vocês não se contentaram em presentear-nos apenas com ela; revestiram nossas exigências de amor, carinho e dedicação. Cultivaram na criança todos os valores que nos transformou num adulto responsável e consciente. Abriram as portas do nosso futuro, iluminando nossos caminhos com a luz mais brilhante que puderam encontrar: *O Estudo*. Trabalharam dobrado, sacrificando seus sonhos em favor

dos nossos, não foram apenas pais mais amigos, companheiros, mesmo distantes, vocês se tornaram próximos.

Hoje procuramos entre as palavras aquela que gostaríamos que seus corações ouvissem do nosso, e só encontramos uma, simples e sincera: *Obrigado*. Obrigado nossos pais pelas compreensões e por tudo que fizeram por nós sem que ao menos nós soubéssemos. Obrigado pela liberdade que nos deram em escolher nossos desafios e buscar nossos sonhos. Obrigado pelo sonho realizado, e sobretudo, pela lição de amor que nos ensinaram toda a vida. Tomara Deus que nós possamos transmiti-la no exercício de nossa profissão. Ensiná-la aos nossos filhos com a mesma dignidade com a qual vocês fizeram chegar até nós. Se isto nós conseguirmos, estaremos realizadas: seremos acima de profissionais, suas filhas.

Aos Irmãos, Belisiani, Cleiton, Graziela e Mirela

Com quem sempre pudemos contar, por compartilharem conosco os momentos difíceis e manterem uma retaguarda firme a qual permitiu a conclusão deste trabalho. Sem vocês, esta experiência não seria tão rica.

Aos demais familiares

Que direta ou indiretamente nos apoiaram.

Aos Recém-Nascidos Pré-Termos e Família

Diante de nossa inexperiência, vocês mostraram-se pacientes e compreensivos.

Com nossas mãos trêmulas tocamos em seus corpos que vocês nos ofereciam confiantes. Na sua presença por sua simplicidade, parecíamos grandes e sábias, tenham certeza que suas imagens ficarão fixadas em nossas lembranças. Vocês nos mostraram a força e a beleza da relação humana.

Agradecer é pouco, porém, é só o que podemos fazer neste momento àqueles que representam para nós uma magnífica lição de sabedoria e de luta pela vida.

A nossas Orientadoras

Pela dedicação, orientação segura e humana, por compartilharem idéias e pelo apoio emocional. Realizar este trabalho sob suas orientações, foi uma experiência muito agradável.

As Supervisoras

Gostaríamos de agradecer pelas suas colaborações, incentivo e participação, que tornaram possível este trabalho. Obrigado por nos fazerem acreditar que ainda há esperança. E que a transformação é sempre possível e só depende de nós.

A equipe do Berçário do Hospital Universitário

Pela receptividade, pela colaboração e pela amizade. Por vocês termos sempre carinho e admiração.

A Psicóloga, Professora Doutora Elvidina Adamson Macedo

Pelas ricas contribuições e sugestões do trabalho e pela sensibilidade em criar um método como "TAC-TIC", desenvolvido especialmente para prematuros.

A equipe do Berçário do Hospital das Clínicas (São Paulo)

Em especial as doutoras Cléa Leone e Lilian, as enfermeiras Edi e Carmem e a fisioterapeuta Juliana, pela receptividade, apoio, e pelo fornecimento de bibliografias para a condução deste trabalho.

Aos Professores de Graduação em Enfermagem

Por contribuírem significativamente com nosso crescimento pessoal e profissional e por nos oportunizarem o desvelamento de novos horizontes. Em especial agradecemos: Angela, Ari, Beatriz, Claudete, Evanguelia, Gelson, Geraldo, Grace, Ilca, Maria de Lourdes, Margareth, Neuza, Ruvani, Saionara, Silvia, Terezinha, Wilson.

A Marisa

Pela maneira apaixonada, abnegada e competente com que semeia o saber de enfermagem.

A Nazaré

Amiga e incansável, na sua maneira direta e clara de esclarecer dúvidas e questionar a forma e o conteúdo deste trabalho. Te admiramos muito.

A Jânia

A amiga que dividiu conosco os bons e maus momentos, contando coisas, trocando idéias, ouvindo e deixando que nós contássemos nossas coisas e vivêssemos nossos momentos.

As professoras Marta Verdi e Sandra Caponi

Pela oportunidade de aprendermos e crescermos com vocês e pelo apoio precioso em momentos difíceis.

Ao professor Fernando

Pela sua colaboração tão valiosa, pelas traduções competentes e pontuais.

Aos amigos

Que aprendemos a conhecer, admirar, gostar e que contribuíram para que a nossa vida em Florianópolis fosse tão cheia de alegria, carinho e calor, em especial: Andréia, Aparecida, Cunha, Elizete, Eugeni, Isabel, Karin, Karina, Maria Cristina, Patrícia, Rafael (in memoriam), Ridi, Seu Romualdo, Rose, Suian, Valdete. E todos aqueles que não tem seus nomes aqui resgistrados mas que são inesquecíveis pelo que para nós significam.

A Ana

Obrigado pela amizade, pelas noites de sono e os dias de tranquilidade perdidas em prol da digitação de nosso relatório.

A Belisiani

Por ter confeccionado com tanta criatividade e beleza os cartazes e lembrancinhas que enriqueceram nosso trabalho.

A Francisca

Nossa supervisora e especialmente amiga, pelas ricas contribuições e sugestões ao trabalho, pelas horas que te roubamos, e pelas demonstrações de carinho e preocupação, que revitalizaram e valorizaram a nossa caminhada.

A Mirela

Pela receptividade e disposição em nos receber em São Paulo. Sem sua ajuda, nos sentiríamos “perdidas”.

Ao Pedro, Vanderleia e D. Daura

Por terem me acolhido quando cheguei a Florianópolis e permitido que eu fizesse parte de sua família.

Ao Sandro

Que foi mais que um colega de curso, foi um amigo ou melhor “um anjo”. Obrigado pelo carinho, ajuda, paciência, pelas horas que te roubamos e pelo apoio nos momentos difíceis. Este trabalho é tão teu quanto nosso.

Estas pessoas muito queridas, através do exemplo e do cuidado para conosco, estimularam-nos a perseverar em nossa jornada, pois inspiraram-nos a autoconfiança, uma vez que elas acreditam em nosso potencial humano, e por isso, mesmo, formentam em nós a determinação em obter intimamente o que a vida espera de cada um de nós: o amor do próximo e a si mesmo, direção, coragem, persistência, paciência e sabedoria.

RESUMO

O presente trabalho trata do relatório final do Projeto Assistencial da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi desenvolvido de março a junho de 1997, pelas acadêmicas ERICA CRISTINA TEODORO BOMFIM E MICHELINI FÁTIMA DA SILVA, no berçário de alto risco do Hospital Universitário. Teve por objetivo principal prestar assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo (RNPT) internado na UTI Neonatal e sua família, facilitando uma melhor interação RNPT/família/equipe de enfermagem e favorecendo o desenvolvimento neuropsicomotor do RNPT através de estímulos táteis. A prática envolveu um total de sete recém-nascidos pré-termos. Selecionou-se para a implantação das atividades, a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, pois esta se adaptaria melhor ao trabalho proposto. Planejou-se de acordo com a capacidade de cada RNPT um programa de estimulação tátil baseado no método "TAC-TIC", levando em consideração sua situação atual de saúde para evitar que o mesmo não sofresse qualquer tipo de estresse. Com este mesmo propósito primou-se por desenvolver, durante o período de estágio, atividades educativas, individuais e coletivas, afim de buscar o envolvimento dos pais e equipe de enfermagem para aplicarem estimulação tátil junto ao RNPT. Acredita-se que o papel dominante do enfermeiro em qualquer nível de saúde é a assistência ao paciente e a seus familiares, com isso prestou-se assistência de enfermagem ao RNPT e sua família, com base nos conceitos propostos para o trabalho, levantando as principais Necessidades Humanas Básicas afetadas durante a hospitalização, para que dessa forma fosse prestado uma assistência individualizada. Acompanhou-se ainda, a organização estrutural das atividades administrativas do campo de estágio. Apesar das dificuldades e limitações que apresentaram-se durante o período de estágio, é possível e necessário através da assistência humanizada de enfermagem, TOCAR e ACARICIAR O SER HUMANO PREMATURO com o intuito de contribuir para seu desenvolvimento neuropsicomotor.

SUMÁRIO

	Pg.
1 - Introdução	15
2 - Objetivos	19
2.1 - Objetivo Geral.....	19
2.2 - Objetivos Específicos.....	19
3 - Revisando a Literatura	21
3.1 - Desenvolvimento Global da Criança.....	21
3.1.2 - Considerações Anátomo-funcionais da Pele.....	21
3.1.1.3 - Estruturas e Funções.....	21
3.1.1.4 - Estruturas Especializadas.....	24
3.1.1.5 - Funções da Pele.....	26
3.1.6 - Considerações Fisiológicas do Sistema Nervoso.....	28
3.1.7 - Desenvolvimento Neuro-psicomotor.....	34
3.1.3.8 - Desenvolvimento do Sistema Nervoso.....	36
3.1.3.9 - Desenvolvimento Motor.....	42
3.1.3.10 - Desenvolvimento da Personalidade.....	45
3.1.1 - Recém-nascido.....	49
3.2.1.2 - Prematuridade.....	50
3.2.1.1.3 - Conceito.....	50
3.2.1.1.4 - Incidência.....	51
3.2.1.1.5 - Etiologia.....	52
3.2.1.1.6 - Profilaxia.....	55
3.2.1.1.7 - Características Clínicas do Prematuro.....	56
3.2.1.1.8 - Características Físicas do Prematuro.....	57
3.2.1.1.9 - Evolução.....	65
3.2.1.1.20 - Complicações.....	66
3.2.1.1.21 - Prognóstico.....	66
3.2.2 - Aspectos Ligados a Alimentação.....	66
3.2.2 - Família.....	69
3.2.3 - Toque Terapêutico.....	75
3.2.4 - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.....	84

4 - Referencial Teórico	88
4.1 - Conhecendo a Teorista.....	89
4.2 - Processo de Enfermagem de Wanda Horta.....	90
4.2.3 - Histórico de Enfermagem.....	91
4.2.4 - Prescrição de Enfermagem.....	91
4.2.5 - Evolução de Enfermagem.....	92
4.2.6 - Pressupostos Básicos que Nortearam o Presente Trabalho.....	93
4.3 - Definição dos Conceitos.....	94
5 - Metodologia	100
5.1 - Descrição do Local de Estágio.....	100
5.2 - População Alvo.....	103
5.3 - Planejamento das Ações.....	104
5.4 - Cronograma.....	110
6 - Apresentação, Discussão e Avaliação dos Objetivos	111
6.1 - Objetivo nº 1.....	111
6.2 - Objetivo nº 2.....	113
6.3 - Objetivo nº 3.....	116
6.4 - Objetivo nº 4.....	122
6.5 - Objetivo nº 5.....	130
6.5.6 - Atividades Educativas.....	133
6.5.1.7 - Atividade Educativa com a Família.....	133
6.5.1.8 - Atividade Educativa com a Equipe de Enfermagem.....	136
7 - Atividades Não Previstas que Surgiram no Decorrer do Estágio	140
7.1 - Visita ao Berçário do Hospital das Clínicas.....	140
7.2 - Elaboração de um Manual.....	147
7.3 - Visita ao Berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão.....	148
8 - Considerações Finais	150
9 - Referências Bibliográficas	155
10 - Apêndice	165
11 - Anexos	180

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata do relato da prática assistencial, vivenciada por suas autoras em campo de estágio, quando da implementação do projeto, o qual visa atender a exigência da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, disciplina integrante da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O estágio foi realizado durante 50 dias (de 31/03 a 12/06 de 1997), somando um total de 238 horas, junto aos Recém-Nascidos Pré-Temos (RNPT) internados em UTI Neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, buscando indissociavelmente a aproximação com seus pais.

Fizeram parte deste trabalho, Érica Cristina Teodoro Bomfim e Michelini Fátima da Silva, alunas da VIII Unidade Curricular, tendo como Orientadoras a Enfermeira Maria Inês Bez Kroeger, a Fisioterapeuta Myrna Deirdre B. Duarte, ambas professoras do Departamento de Enfermagem-CCS-UFSC, e como Co-orientadora, a Enfermeira Mestre Nazaré Otilia Nazário. Contamos com a supervisão das Enfermeiras Iracema Maria de Souza, responsável pela coordenação do Berçário de Alto Risco, Sônia M. P. Pereira, Francisca A. Gonçalves, Enfermeiras Assistenciais.

Como campo de estágio, optamos pela Maternidade do Hospital Universitário, mais precisamente o Berçário de Alto Risco, devido ao fato de já conhecê-lo anteriormente e também pela sua filosofia(1995) vir ao encontro de

nossos propósitos e expectativas, contemplando o proposto para o nosso projeto. Segundo essa filosofia, acredita-se que:

-> - em se prestando assistência, se ensina;

→ - é direito de toda mulher-recém-nascido(RN)-família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, segundo Cárter, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;

→ - a atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;

- o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundam o de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;

⇒ - a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado, segundo Cárter;

→ - as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mulher-RN-família, devem refletir atitudes de respeito do ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;

- a equipe deve exercer papel atuante na educação mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;

→ - todo pessoal deve ter qualificação da assistência a quem tem direito a mãe, o RN e a família;

- a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e qualquer exceção, ou serão adaptadas após a geração do fato;

- o desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na Maternidade, ou com ela se relacionem;

- a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

A Prática Assistencial foi guiada por um marco conceitual baseado na teoria de Dra. Wanda de Aguiar Horta. Assim, optamos por trabalhar com a teoria referida, pelo fato desta ter sido a teoria com a qual mantivemos o primeiro contato no início do curso de graduação. Outro motivo foi a utilização desta teoria durante as atividades teórico-práticas tendo em vista que a Metodologia Assistencial do HU está baseada na teoria de Wanda de Aguiar Horta.

Nosso interesse em trabalhar com RNPT deu-se ao longo do Curso de Graduação, quando sentimos a necessidade de aprimorarmos nossos conhecimentos relacionados à área materno-infantil, principalmente no que diz respeito ao cuidado do RNPT, visto que nosso currículo não ofereceu prática referente a este tema específico e sabemos que os recém-nascidos pré-termos, apesar de terem potencialidades, necessitam de cuidados de outras pessoas por tempo prolongado. Também acreditamos que a oportunidade de cuidar do RNPT nos primeiros dias de vida, estendendo-se a assistência a seus familiares, contribuirá de maneira significativa para o seu completo bem-estar.

Resolvemos, enquanto graduandas, desenvolver um trabalho de assistência ao RNPT, afim de conhecer este encantador e ao mesmo tempo tão frágil e desconhecido ser; atendendo suas Necessidades Humanas Básicas, bem como as de sua família e estimulando toda a equipe de Enfermagem a buscar um atendimento mais **HUMANIZADO** junto a este RNPT.

Entendemos que, para tanto, fez-se necessário levar em consideração durante nossa prática assistencial a importância da Proteção dos Direitos

Humanos. Com isso, contribuimos para o efetivo comprometimento da profissão no que diz respeito a sobrevivência física e social dos recém-nascidos pré-termo sob os nossos cuidados.

Todos os recém-nascidos pré-termos, bem como sua família que prestamos assistência, foram previamente informados acerca dos seguintes princípios:

- * Nossos nomes e a nossa condição de estudantes de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina;

- * Explicação breve sobre o trabalho a ser desenvolvido e os nossos objetivos;

- * Explicação sobre a importância da participação da família em nosso trabalho;

- * Garantia de seu anonimato, do respeito e sigilo acerca dos dados levantados;

- * Direito absoluto de liberdade e escolha para participarem ou não do trabalho proposto;

- * Possibilidade de solicitar qualquer informação e esclarecimento a respeito do que por ventura estiver sendo registrado sobre eles, bem como, de expressarem por meio de conversas suas opiniões, reclamações e sugestões frente a assistência recebida.

Fundamentadas nestes princípios, cumprimos com a realização deste estágio, onde atuamos junto aos recém-nascidos pré-termos e seus familiares.

2 - OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL

Prestar assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido Pré-Termo(RNPT) internado em UTI Neonatal e a sua família, com referência na Metodologia Assistencial preconizada por Wanda de Aguiar Horta, facilitando uma melhor interação RNPT/Família/Equipe de Enfermagem e favorecendo o desenvolvimento neuropsicomotor deste recém-nascido através de estímulos táteis.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Conhecer a estrutura de trabalho desenvolvida no Berçário de Alto Risco do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.
- 2- Adquirir e atualizar conhecimentos sobre Recém-Nascido, RNPT e sua Família, Estimulação Tátil no RNPT e UTI Neonatal.
- 3- Prestar assistência de Enfermagem ao RNPT e sua família, com base nos conceitos propostos para o trabalho e na metodologia assistencial utilizada na instituição.

- 4- Planejar de acordo com a capacidade de cada RNPT um programa de estimulação tátil baseado no método “TAC-TIC”, levando em consideração sua situação atual de saúde para evitar que o mesmo não sofra qualquer tipo de stress.
- 5- Buscar o envolvimento dos pais e equipe de Enfermagem para aplicar estimulação tátil junto ao RNPT.

3 - REVISANDO A LITERATURA

Neste capítulo apresentamos uma breve revisão do que consideramos significativo na literatura existente para respaldar o trabalho desenvolvido. Desenvolvemos estes tópicos em 5 itens básicos: desenvolvimento global da criança, recém-nascido, família, toque terapêutico e unidade de tratamento intensivo neonatal.

3.1- DESENVOLVIMENTO GLOBAL DA CRIANÇA

3.1.1- CONSIDERAÇÕES ANÁTOMO-FUNCIONAIS DA PELE

3.1.1.1- ESTRUTURAS E FUNÇÕES

A pele é uma estrutura indispensável para a vida humana. Forma uma barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo e participa de muitas funções vitais do organismo.

“A pele (cútis) fornece um revestimento impermeável e protetor para o corpo, contém terminações nervosas e ajuda na regulação da temperatura. A temperatura da pele, em geral, é cerca de 35.8°C 37.8°C. A área de superfície corporal, tem cerca de 2m². A pele varia de espessura a cerca de 0,5 a 3mm.

Recebe cerca de 1/3 de toda a circulação sanguínea do corpo. É mais espessa nas faces dorsais e extensoras do que nas faces ventrais e flexoras do corpo. É mais fina na infância e na velhice” (Ronan, 1988, p. 131).

“Em sua maior parte, a pele é mais grossa na face dorsal que na ventral, mas esta condição é invertida na mão e no pé. Aqui as superfícies palmar e plantar, respectivamente, estão cobertas por uma pele muito mais grossa que em suas faces dorsais” (Hollishead & Rosse, 1991, p. 110).

A pele é composta de três camadas: a epiderme, a derme e o tecido subcutâneo.

A camada externa ou epidérmica da pele é composta de células epiteliais pavimentosas estratificadas. A epiderme consiste em células vivas dividindo-se continuamente e, cobertas na superfície por células mortas que eram originalmente mais profundas na derme, porém foram forçadas para cima pelas células mais novas que estão se desenvolvendo para baixo. A camada externa é quase completamente substituída a cada 3 a 4 semanas. A epiderme tem uma função específica de proteção com contínua formação de novas células. As células mortas contém grande quantidade de queratina, uma proteína fibrosa insolúvel que forma a barreira externa da pele.

A epiderme consiste de cinco camadas, da superfície para a profundidade. São elas:

- extrato córneo;
- extrato lúcido;
- extrato granuloso;
- extrato espinhoso;
- extrato germinativo.

Os melanócitos são células especiais da epiderme envolvidas primariamente na produção da melanina. Uma variação no conteúdo de melanina é o principal fator responsável pela diferença de cor entre as raças. A

coloração normal da pele depende da raça e é variável, desde o róseo claro até o matiz pardo.

A produção de melanina esta sob o controle de um hormônio secretado pelo hipotálamo no cérebro, designado hormônio estimulante dos melanócitos (MSH).

A epiderme é modificada em diferentes áreas do corpo. O ponto onde a epiderme e a derme se encontram formam uma área de muitas ondulações e cavilhas, designadas cristas interpapilares. Essa junção fixa a epiderme com a derme e permite o livre intercâmbio de nutrientes essenciais entre as duas camadas.

Cecil (1994, p. 2332) afirma que, além do melanócito, existem outros tipos de células na epiderme: as células de Langerhans que são possuidoras de uma função imunológica na pele. Elas contém receptores de superfície para imunoglobulinas, complemento e antígeno Ia e são capazes de capturar materiais antigênicos externos que entram em contato com a pele, desempenhando um papel central nas reações de hipersensibilidade tardia da pele.

Abaixo da epiderme está a principal massa da pele, a derme ou cório. É freqüentemente chamada de “pele verdadeira”. Ela consiste numa matriz tridimensional de tecido conjuntivo frouxo contendo fibras colágenas brancas e fibras elásticas amarelas. Na derme estão embebidos vasos sanguíneos, nervos, vasos linfáticos, folicos pilosos e glândulas sudoríparas.

O tecido subcutâneo é primariamente tecido adiposo. É nesse ponto que a pele é fixada aos músculos e ossos. Os tecidos subcutâneos e a quantidade de gordura depositada são fatores importantes na regulação da temperatura corporal.

3.1.1.2 -ESTRUTURAS ESPECIALIZADAS

Segundo Cecil (1994, p. 2334), existem dois tipos de anexos importantes na pele. São eles: anexos cutâneos e anexos pilossebáceos”.

Anexos Cutâneos

As glândulas sudoríparas são encontradas na pele na maior parte da superfície corporal. São maciçamente encontradas nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. Estimou-se que há 3.000 glândulas sudoríparas por cm² na palma da mão. Somente a glândula do pênis, a borda dos lábios, o ouvido externo e o leito das unhas são desprovidos de glândulas sudoríparas.

As glândulas sudoríparas são subclassificadas em 2 categorias: écrinas e apócrinas.

As glândulas écrinas são encontradas em toda parte da superfície do corpo cujos ductos se abrem diretamente na superfície cutânea. Desempenha um papel importante na termorregulação por produzirem uma solução hipotônica (suor) que proporciona o resfriamento evaporativo em situações de estresse por calor. As glândulas respondem a estimulação térmica e ao estresse emocional.

As glândulas apócrinas são maiores e tem uma localização restrita às regiões axilares, circundam a região anal e perianal, no escroto e nos grandes lábios, aos canais auditivos externos e as aréolas mamárias. Seus ductos geralmente abrem-se nos folículos pilosos. A secreção apócrina ocorre tanto com a estimulação adrenérgica quanto com a colinérgica.

Anexos Pilossebáceos

Estão presentes por toda a superfície do corpo exceto nas regiões palmo-plantares e da glândula. Cada pelo é composto de três partes: a cutícula, o córtex e a medula. Consiste em uma raiz formada na derme e de uma haste que se projeta além da pele. Os folículos pilosos empreendem ciclos de crescimento e de repouso. A velocidade do crescimento é variável.

Cecil afirma que “são vistos dois tipos de pêlos: a lanugem (finos, macios, curtos, não pigmentados e comuns nas áreas não pilosas do corpo) e o pelo terminal (grossos, longos, pigmentados e encontrados nas áreas pilosas do corpo”.

Jacob & cols. (1990, p. 116) afirmam que o pêlo possui papilas que contém vasos sangüíneos, de onde vem a nutrição e terminações nervosas. Quando os músculos eretores dos pêlos (feixes de fibras musculares lisas ligadas ao folículo piloso) se contraem, a pele assume um aspecto chamado “carne de ganso” onde os pêlos são esparsos, o que resulta em certo grau de “ereção nas extremidades”, onde são proeminentes. Ronan (1988, p. 132) comenta que os eretores dos pelos são inervados por fibras simpáticas e se contraem em resposta à emoção ou frio.

A pele é o mais antigo e extenso órgão do sentido de nosso corpo. Na evolução dos sentidos, o tato foi o primeiro a surgir. Falar de tato, é falar de pele. A pele que nos cobre é como um envelope gigante, é um órgão que recebe impressões táteis ou sensoriais e reage a qualquer contato com sensações específicas.

A sensação do tato ocorre em consequência do mínimo contato e ativa os terminais nervosos apropriados, que transmitem mensagens sensoriais ao longo da coluna vertebral para o cérebro. A experiência mais precoce, mais elementar e, provavelmente mais dominante do bebê por nascer é a tátil.

De acordo com Nielsen (1989, p. 7) a sensibilidade da pele é a primeira função desenvolvida do feto e quanto mais cedo uma função se desenvolve, mais importante para o desenvolvimento geral.

Segundo Davis (1991, p. 31) a pele é o maior órgão de nosso corpo, compreende de 15 a 20% de nosso peso corporal. O corpo humano médio apresenta 1,67m² de pontilhada por aproximadamente 5 milhões de músculos terminais nervosos que atuam como transmissores de sensações.

Segundo Navarro (1991, p. 59) a pele é um gigantesco cérebro periférico através do qual estamos sempre vigilantes enviando mensagens ao cérebro de cada distúrbio, cada ameaça, cada agressão que venha do periférico.

Por intermédio da pele envolvemo-nos constantemente com o que passa em nosso exterior. Independente da idade nossa pele reage sensivelmente ao mundo exterior.

A sensibilidade de nossa pele pode ser responsável por graves problemas de saúde. A pele humana constitui uma saída simbólica para os problemas emocionais íntimos e para as sensações reprimidas.

Nossa pele é um grande órgão do sentido, quando nos referimos ao sentido do tato. É muito importante estimular nossa pele através do toque.

3.1.1.3- FUNÇÕES DA PELE

Segundo Brunner e Suddarth (1994, p. 1229 a 1230) a pele funciona na sensação, proteção, termo-regulação e secreção.

Função Protetora

Ela forma um revestimento elástico, resistente que protege o homem do seu complexo meio ambiente. A pele espessa das palmas das mãos e da planta dos pés protege contra os efeitos do trauma constante que ocorre nessas áreas.

A epiderme é relativamente impermeável a maioria das substâncias químicas e é tal sua propriedade cutânea que permite funcionar como uma barreira eficaz de proteção.

Função Sensorial

As funções primárias dos receptores cutâneos são a de sentir a temperatura, a dor, o toque leve e a pressão.

Diferentes terminações nervosas são responsáveis pelas respostas a cada um dos diferentes estímulos, e embora as terminações nervosas estejam distribuídas pelo corpo inteiro, são mais concentradas em algumas áreas do que em outras.

Equilíbrio da água

A pele forma uma barreira que impede a perda de água e de eletrólitos do ambiente interno e também impede o ressecamento dos tecidos subcutâneos.

Quando a pele é lesada são perdidas rapidamente grandes quantidades de fluidos e eletrólitos.

Regulação da Temperatura

O calor é perdido do corpo por condução, convecção, radiação e evaporação. Estes processos são regulados por atividades nervosas e químicas das glândulas sudoríparas e por dilatação e constricção dos vasos cutâneos.

A pele é ricamente suprida de vasos sanguíneos, que transportam o calor a partir do centro do corpo.

Para Jacob e cols (1990, p. 84), a pele desempenha um papel nas funções secretoras do corpo. O sebo secretado pelas glândulas sebáceas tem propriedade antifúngicas e antibacterianas e auxilia na manutenção da textura da pele.

Montagu (1988, p. 25) descreve muitas funções para a pele, dentre elas temos:

- Base dos receptores sensoriais, localizados no mais delicado de todos os sentidos, o tato;
- Fonte organizadora e processadora de informações;
- Mediadora de sensações;

- Barreira entre organismo e ambiente externo;
- Responsável por um papel de destaque na regulação de pressão e do fluxo sanguíneo;
- Órgão reparador e regenerativo;
- Órgão implicado no metabolismo e armazenamento de gordura;
- Responsável pelo metabolismo de sal e água, através de transpiração;
- Reservatório de alimento e água;
- Órgão de respiração e facilitação de entrada e saída de gases através do mesmo;
- Sintetizadora de vários compostos importantes, inclusive vitamina D;
- Autopurificadora.

As funções acima relacionadas pertencem ao plano físico da pele e são de importância fundamental.

“A pele é permeável e impermeável. Ela é superficial e profunda. É voraz e enganadora. É regeneradora, em vista do permanente ressecamento. É o lugar de bem estar e também da sedução. Ela nos oferece a mesma quantidade de dor e de prazer. A pele é sólida e frágil, está a serviço do cérebro mas ela se regenera enquanto que as células nervosas não o podem fazer. Ela traduz por sua finura, sua vulnerabilidade, nosso desamparo originário, maior que o de todas as outras espécies e ao mesmo tempo, nossa flexibilidade adaptativa e evolutiva. Ela tem uma importância capital diante da psicanálise quando ela fornece ao aparelho psíquico as representações constitutivas do EU e de suas principais funções”(Anzieu, 1989, p. 216).

3.1.2 - CONSIDERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO SISTEMA NERVOSO

“O Sistema Nervoso Central e Autônomo são requisitados à estabelecer inter-relações cooperativas funcionais. As porções segmentares e supra-

segmentar do Sistema Nervoso Central precisam atingir um complexo de coordenações numa integração una. Durante a primeira semana após o nascimento, os sistemas neurológico e humoral se encontram num estado de desequilíbrio e irritabilidade daí resultando as tendências a respostas rápidas, tremores e choro e também a flutuações amplas e por vezes erráticas nos ajustamentos fisiológicos e comportamentais”(Gesell e Amatruda; 1990, p. 287).

“A nível celular, o Sistema Nervoso Central pode ser entendido como um entrelaçamento de várias conexões diferentes de células nervosas. Através dos dendritos, as células nervosas podem receber informações que, na células, são geralmente transformadas em atividade elétrica. As células nervosas fazem um verdadeiro somatório de todas as informações que deságuam sobre elas e, em resultado positivo, essas informações, em forma de atividade elétrica, são, então, transportadas pelos seus axônios até as subseqüentes células nervosas. Esses axônios, por sua vez, através de sinapses elétricas, químicas ou mesmo gasosas, estabelecem contatos com dendritos, corpo celular e/ou axônios, das outras células nervosas. Os neurônios sensitivos de córtex reagem com impulsos elétricos quando os receptores periféricos são estimulados. Esses neurônios não reagem indiferentemente a cada forma de estímulo; pelo contrário, reagem somente a excitações determinadas e limitadas. A limitação depende tanto da localização do estímulo, quanto da qualidade do estímulo” (Annunciato, 1994, p. 05).

A célula nervosa do organismo é parte integrante de um único sistema organizado, o sistema nervoso. A célula nervosa emite impulso que vai proporcionar um meio de comunicação entre várias regiões do corpo.

“A grosso modo, de acordo com suas funções o cérebro se divide, em área sensitivo-motora e área associativa. A área predominantemente sensitiva serve para a análise e o processamento de estímulos; a área motora, para o comando dos movimentos conscientes voluntários. Já a área associativa integra as informações dos diferentes sistemas sensitivos e motores e, por conseguinte,

coordenação do planejamento de movimentos e/ou comportamentos. Em outras palavras, estas áreas tratam da conversão da percepção em reação. Frequentemente, encontramos diferentes tipos de receptores de sensibilidade somática. Assim, no caso da espécie humana, temos como receptores da sensibilidade somática: os exteroceptivos (dor, tato, temperatura e pressão) e os proprioceptivos (fusos neuromusculares, órgãos neurotendinosos e receptores das cápsulas articulares) os quais são organizados em distintas áreas corticais”. (Annunciato, 1994, p. 5).

Existe segundo Brandão (1984, p. 44) um terceiro tipo de sensibilidade, denominada interoceptiva, que é captada pelos receptores espalhados pelas nossas vísceras, promove o funcionamento dos aparelhos e sistemas que constituem o nosso corpo.

Machado (1993, p. 123) admite, morfológicamente, que existem receptores especiais relacionados com os chamados órgãos especiais do sentido (visão, audição, equilíbrio, gustação, olfação) todos localizados na cabeça; e os receptores gerais livres que são os principais responsáveis pelo desencadeamento dos impulsos dolorosos. Eles envolvem também os folículos pilosos, desencadeando impulsos táteis, quando os pêlos são tocados.

Guyton (1992, p. 238) afirma que, existem as sensações profundas que são aquelas proveniente dos tecidos profundos, como ossos, fâscias e daí por diante. Essas incluem, principalmente, a pressão “profunda”, dor e vibração. Então, dizemos que embora o tato, pressão e vibração sejam frequentemente classificados como sensações distintas, eles são todos, detectados pelos mesmos tipos de receptores. As únicas diferenças entre esses três tipos sensações são:

- A sensação tátil, que geralmente é causada pela estimulação de receptores táteis na pele ou em tecidos imediatamente abaixo da pele;
- A sensação de pressão que, por via de regra, resulta da deformação de tecidos mais profundos; e
- A sensação vibratória, que advém de sinais sensitivos rapidamente repetitivos, porém alguns dos mesmos tipos de receptores, como os destinados

ao tato e pressão são utilizados - especialmente os tipos de receptores de adaptação rápida.

Guyton (1992, p. 239), ainda divide os receptores em dois tipos diferentes: Táteis e Cinestésicos.

Receptores Táteis

- Corpúsculo de Meissner é uma terminação nervosa encapsulada que excita uma grande fibra nervosa sensitiva mielinizada. Esses receptores são abundantes nas pontas dos dedos, lábios e outras áreas da pele em que sua capacidade de discernir características especiais de sensação tátil é muito desenvolvida. Eles são responsáveis pela capacidade de reconhecer exatamente qual o ponto do corpo que foi tocado e a textura dos objetos tocados. Sendo, provavelmente, adaptados dentro de um segundo ou talvez até menos após terem sido estimulados, o que significa que eles são muito sensíveis a movimentos de objetos muito leves sobre a superfície da pele e também à vibração de baixa frequência;

- O Disco de Merkel são receptores que diferem dos corpúsculos de Meissner pois eles transmitem primeiro um sinal forte, mas parcialmente adaptável, e depois um sinal contínuo mais fixo se adapta apenas lentamente. Por isso, eles talvez sejam responsáveis por sinais de um dado momento que permite a determinação de um toque contínuo de objetos contra a pele. As partes pilosas do corpo contém poucos corpúsculos de Meissner, mas encerram alguns receptores de extremidades dilatadas.

- Órgão piloso terminal, constitui também um tipo de receptor tátil. Através de ligeiros movimentos dos pêlos do corpo estimulamos as fibras nervosas que envolvem a sua base. Este receptor adapta-se facilmente e, por essa razão, assim como os corpúsculos de Meissner, detecta principalmente movimentos de objetos na superfície do corpo;

- Órgãos terminais de Ruffini são terminações ramificadas, localizados nas camadas mais profundas da pele e também nos tecidos mais profundos do corpo. Adaptam-se muito pouco e por isso, são importantes para assimilarem estados contínuos de deformação da pele e tecidos profundos, como sinais táteis incipientes e contínuos, além dos sinais de pressão. Eles também são encontrados nas cápsulas articulares e assinalam o grau de rotação articular;
- Os corpúsculos de Pacini, localizam-se tanto abaixo da pele como também na profundidade dos tecidos do corpo. Eles são estimulados apenas por movimentos muito rápidos dos tecidos porque os seus receptores se adaptam em uma fração de segundo. Por isso, são importantes para a detecção de vibração tecidual ou outra alteração extremamente rápida no estado mecânico desses tecidos.

Receptores Cinestésicos

Três grandes tipos de terminações nervosas foram descritos nas cápsulas e ligamentos articulares próximo às articulações:

- As terminações de Ruffini são os tipos mais abundante. Sendo fortemente estimuladas quando a articulação é movida de súbito; adaptam-se ligeiramente, porém transmitem logo após um sinal constante;
- Tipo de terminação semelhante aos receptores de estiramento encontrados nos tendões musculares (determinados receptores terminais de Golgi), são encontrados nos ligamentos próximos as articulações, apresentam as mesmas propriedades de respostas que as terminações de Ruffini;
- Uns poucos corpúsculos de Pacini também são encontrados nos tecidos em torno das articulações, adaptam-se com muita rapidez, e presumivelmente auxiliam na detecção da frequência de rotação na articulação”

“Os corpúsculos de Meissner nas papilas dermais, discos de Merkel na epiderme e outras terminações levam a sensibilidade do tato. Algumas fibras de tato seguem uma via cruzada semelhante à via de dor-temperatura, enquanto outras vão para cima atravessando a corda espinhal sem cruzar, pela via proprioceptiva” (Garoute, 1984, p. 67).

Segundo Montagu (1988, p. 386), no córtex, é o giro ou circunvolução pós-central que recebe os impulsos táteis da pele através dos gânglios sensoriais próximos à medula espinhal; estes transmitem os impulsos para os funículos posteriores da medula espinhal e medula oblonga, daí para os núcleos ventro posteriores no tálamo, que por meio de seus neurônios de terceira ordem, se projetam através da perna posterior da cápsula interna para o córtex sensitivo do giro pós-central. As fibras nervosas que conduzem os impulsos táteis são em geral de maior tamanho que as associadas aos outros órgãos dos sentidos. As áreas sensório-motoras do córtex estão situadas de cada um dos lados do giro-central. O giro pré-central é essencialmente sensorial, enquanto que o giro pós-central é motor. A proporção da área tátil no cérebro não representa precisamente, até certo ponto, a importância das funções táteis no desenvolvimento da pessoa. Poder-se-á deduzir das mesmas quão extensa é a representação da mão do polegar e dos lábios.

Ganong (1983, p. 256), comenta “ que a informação tátil é transmitida tanto pelo Sistema Lemniscal, como pelo Sistema Espinotalâmico (anterior e lateral) e, portanto, lesões muito extensas interrompem completamente a sensação tátil transmitida pelos dois sistemas.

Guyton (1992, p. 242) diz que o sistema espinotalâmico apresenta uma capacidade especial ausente no sistema da coluna posterior: a possibilidade de transmitir um amplo espectro de modalidades sensoriais - dor, calor, frio e sensações táteis incipientes; o sistema da coluna posterior está limitado apenas a sensações mecanorreceptivas.

Krusen (1986, p. 385) comenta, que o Reflexo fusomotor cutâneo é iniciado pela estimulação da pele sobrejacente ao ventre do músculo e ao tendão de inserção e resulta em facilitação localizada.

Garoutte (1984, p. 63), afirma que as entradas sensoriais possuem três parâmetros: localização, intensidade e modalidade. As fibras dorsais das raízes posteriores que entram em cada segmento espinhal, transmitem impulsos de cada região específica da pele, um dermatomo; do músculo específico, um miótomo; e de regiões específicas dos ossos e articulações, um esclerótomo.

“Ademais, a pele encontra-se enervada por neurofibrilas do Sistema Nervoso Autônomo e as glândulas sudoríparas, vasos sanguíneos e músculos eretores do pêlo possuem uma inervação autônoma a base de neurofibrilas colinérgicas positivas”. (Domonkos, 1975, p. 195).

3.1.3 - DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

“Desenvolvimento significa aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas. O indivíduo desenvolve controle neuromuscular, destreza e traços de caráter, funções que só podem ser medidas por meio de testes ou provas funcionais. Maturação e diferenciação são muitas vezes termos empregados como sinônimos de desenvolvimento” (Marcondes, 1992, p. 28-29).

Já no conceito de Gesell & Amatruda (1990, p. 3-4), o desenvolvimento é a conduta da criança e compreende todas as suas reações reflexas, voluntárias, espontâneas ou aprendidas. O corpo da criança cresce e a conduta comportamental evolui à medida que o sistema nervoso se modifica pelo crescimento, a conduta se diferencia, torna-se mais complexa, sofre ações ambientais. Isto constitui o desenvolvimento e se faz não de maneira desordenada, mas de acordo com um plano contido no potencial genético de cada criança e sempre seguindo a mesma escala de etapas evolutivas.

Gesell & Amatruda (1990, p. 5), afirmam que as manifestações da conduta comportamental divide-se em quatro setores: conduta motora, conduta adaptativa, conduta de linguagem e conduta sócio-pessoal. Quando estes setores são afetados por fatores patogênicos ou quando uma criança encontra-se com desenvolvimento normal de um ou mais dos setores, porém apresentando atraso ou aceleração em outro deles, concluímos estarem estas crianças com distúrbios no seu desenvolvimento neuropsicomotor.

“Quanto ao crescimento mental é um processo de organização do comportamento que leva o indivíduo a um estágio de maturação psicológica. Então, afirmamos que o desenvolvimento é um processo de padronização, ou seja, um padrão comportamental que é simplesmente uma resposta definida do sistema neuromotor a uma situação específica. Cada situação específica praticada pela criança constitui um padrão comportamental indicativo de um estágio de maturação” (Gesell & Amatruda, 1990, p. 06).

Downie, P. in Cash (1987, p. 28) afirma que o desenvolvimento é um conceito que implica tanto o crescimento quanto à maturação. O crescimento não é apenas um aumento de tamanho, mas o desenvolvimento de interconexões muito mais complexas dentro do cérebro.

Na criança normal, o desenvolvimento é um processo contínuo que envolve a visão, audição, controle motor e função, reações sociais e emocionais. É importante reconhecer que todas as crianças se desenvolvem à sua maneira, e ver o seu desenvolvimento como um todo.

“O crescimento, globalmente, é o somatório de fenômenos celulares, bioquímicos, biofísicos e morfogenéticos, cuja integração é feita segundo um plano pré-determinado pela herança e modificado pelo ambiente”. (Marcondes, 1992, p. 4).

“Os princípios que regem o desenvolvimento Neuro-psicomotor da criança são os seguintes, segundo Downie, P. in Cash (1987, p. 30):

- A maturação é céfalo-caudal;

- A maturação vai do próximo-distal;
- A maturação considerando a posição anatômica ela vai da linha média para as extremidades do corpo;
- A maturação se dá da posição Prona-Supina;
- O desenvolvimento de atividades se dá das atividades generalizadas para as atividades mais específicas”.

3.1.3.1 - DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO

“De início, no bebê, a falta de maturidade do sistema nervoso impede que as vias ascendentes aos centros mais superiormente situados possam ser facilmente requisitadas, somente os centros de níveis mais inferiores podem reagir aos estímulos sensoriais. Com o tempo, o desenvolvimento e a maturidade do sistema nervoso vão permitir, em um determinado momento da evolução, o acesso fácil das sensações captadas até o córtex” (Brandão, 1984, p. 54). Este mesmo autor diz que desde o nascimento, o sistema nervoso é bombardeado e ativado por um sem-número de sensações. Quando o sistema nervoso central adquire maturidade tem habilidade de selecionar, entre as sensações captadas, as que devem atingir esses centros e as que devem ser inibidas, de observar um grande número delas e de responder, de modo adequado e seletivo, às demais.

Ao nascimento o sistema nervoso central do bebê não está totalmente desenvolvido, sendo que as partes do encéfalo que estão bem formadas são aquelas contidas no mesencéfalo que está localizada na porção inferior do encéfalo e que regula as funções de sono, atenção, eliminação de urina e fezes. A parte que está menos desenvolvida ao nascimento é o córtex cerebral, estrutura que está envolvida na percepção, movimentos corporais e pensamentos. Ao nascer, o córtex cerebral do bebê, não tem qualquer influência

sobre as regiões inferiores porque os neurônios não estão bem conectados e o processo de mielinização não se faz presente à nível de córtex cerebral.

“A mielinização é necessária para que os impulsos partidos de um centro nervoso possam passar ao longo das fibras nervosas em direção ao sistema nervoso” (Holle, 1990, p. 12).

Existe, portanto, uma estreita conexão entre a mielinização e o desenvolvimento das atividades fisiológicas, inclusive os movimentos da criança sob ações reflexas, isto é, reações motoras involuntárias. Um movimento reflexo é sempre realizado da mesma maneira após o mesmo estímulo externo.

De acordo com Ferreira(1996) a mielinização inicia-se por volta do 4º mês de vida uterina, começando pelas raízes espinhais, ventrais e dorsais (porções filogenéticas mais antigas) e está quase completo quando a criança tem perto de 2 anos de idade. A medida que o córtex e as bainhas de mielina se desenvolvem, é estabelecida conexão com a medula espinhal, que já se encontra mielinizada, tornando possível todos os movimentos voluntários do neonato, isto é, respostas motoras involuntárias causadas por um estímulo ao redor.

“Desde o nascimento, os órgãos dos sentidos (receptores sensoriais) estão aptos a funcionar e a recolher as impressões neles determinadas pelos diferentes estímulos. As reações do neonato ao estímulo desses receptores comprovam, de modo evidente a captação e a transmissão aos centros nervosos, das sensações neles contidas. As primeiras capazes de serem captadas e percebidas são as sensações de fome, de sede, de dor, de desagrado quando está molhado, ou de frio (choro). A vida do bebê se resume, praticamente, em torno do funcionamento do seu aparelho digestivo, do excretório e do respiratório; é portanto, lógico admitir-se que as suas primeiras manifestações motoras ou emocionais decorram das sensações que nestes aparelhos se originam”. (Brandão, 1984, p. 44).

Em suma, as primeiras sensações que influenciam as condutas do neonato são, pois, as interoceptivas. Logo depois, vindo as propioceptivas. Ao lado destas, em seguida, aparecerão as primeiras imagens exteroceptivas do

tato, captadas em torno da boca. Ao mesmo tempo, do aparecimento do tato bucal, surgirão, embora ainda pouco preciso, as primeiras imagens visuais e as auditivas. Então, quando a criança nasce está apta somente para a prática dos chamados atos instintivos que lhe garantem a subsistência (sucção, respiração, choro, etc), diante do qual só se desenvolverá através dos estímulos oriundos do meio ambiente.

O Desenvolvimento dos Reflexos

Pode-se definir “padrões primitivos como pertencendo a estágios muito precoces do desenvolvimento normal da criança, que vai do nascimento aos 3 ou 4 meses de idade. Os padrões motores anormais podem ser definidos como aqueles não vistos em nenhum estágio do desenvolvimento de um recém-nascido normal a termo”. (Bobath, 1978, p. 8).

“O neonato age sob ação das atividades reflexas inatas, conhecidas como reflexos primitivos ou arcaicos, e que após um certo tempo, tendem a se inibir ou desaparecer. Quando estas atividades reflexas primitivas se prolongam de sua fase de desaparecimento dizemos que esta criança encontra-se com um atraso global no seu desenvolvimento. Vale ressaltar que alguns reflexos primitivos permanecerão por toda vida. Os reflexos arcaicos neonatais estão presentes mesmo em criança com grave anomalia do cérebro, e devem ser os mesmos em ambos os lados do corpo”(Herren, 1986, p. 29). Alguns dos reflexos mais importantes encontrados nos neonatos são: *reflexo de busca, reflexo de sucção, reflexo de deglutição, reflexo palmomentariano, reflexo de preensão palmar e plantar, reflexo cutâneo plantar(falso babinsk), reflexo de retirada, reflexo de sustentação, reflexo de marcha, reflexo de moro, reações labirínticas, reações tônicas cervicais simétrica e assimétrica.*

Abordaremos agora, segundo Coriat (1977, p. 127) a importância de alguns destes reflexos no desenvolvimento da criança.

Reflexos Orais

São reflexos motores simples e rítmicos presentes em todos os recém-nascidos a termo. Nos pré-termos estes reflexos estão prejudicados devido a imaturidade neurológica. A sucção, por exemplo, embora seja um comportamento reflexo, pode ser intensificada ou modificada de acordo com as experiências aprendidas. A frequência da sucção é modificada pelo treino, mas o padrão de sucção do bebê é atingido pelo fenômeno de amadurecimento.

Os reflexos orais constituem em conjunto uma complexa sinergia que tem a finalidade comum possibilitar o ato alimentar. Através de seus receptores que estão localizados na boca e zona peri-oral, durante o ato alimentar ocorre a estimulação das atividades sensoriais e motoras que serão bases para outras funções. Sua importância baseia-se na repetição desses reflexos através da alimentação, a criança aprenderá a utilizar a boca, os lábios a língua, não só para comer como também para emitir sons, que é o ponto de partida para o desenvolvimento da linguagem. Outra importância se dá na ação da função cognitiva, onde o bebê efetua suas primeiras adaptações ao mundo, pois aprenderá aos poucos a diferenciar através da sensibilidade tátil oral, ou seja, terá a sensibilidade para reconhecer depois de várias experiências e repetições, além também das, sensações gustativas, noções de temperatura, consistência, textura, tamanho, etc. Estes dados são enriquecidos através da visão e do tato manual. Os reflexos de sucção e de busca podem ser estimulados da seguinte forma:

Reflexo de Sucção

Estimula-se os lábios, a ponta da língua ou o palato do bebê com a ponta do dedo ^{ou o maninho da mãe} e ele começa a executar movimentos de sugar. Desaparecendo dos 3 aos 5 meses, tornando-se voluntário.

Reflexo de Busca

Também conhecido como de procura ou dos 4 pontos cardeais. Estimular o bebê com um toque nas bochechas ou perto dos lábios direito, esquerdo, em cima e em baixo lateralmente a criança gira a cabeça de um e outro lado estimulando em busca do estímulo. Em cima, move a boca e estende um pouco a cabeça e quando para baixo (lábio inferior) abre a boca e flete a cabeça. Pode já vir junto a reflexo de sucção e deglutição, desaparece no máximo até 3 meses.

Reflexo de Moro

É uma reação de defesa, de fuga, para melhorar a adequação do corpo no espaço, assim garante o equilíbrio numa postura determinada, sempre que o mesmo se altere. Indicará uma desorientação e inquietude na criança. Pode ser testado das seguintes maneiras:

- Criança suspensa em supino pela cabeça e região dorsal, solta-se (com cuidado) inesperadamente à cabeça deslocando-a no eixo central; isto provoca (com o susto da criança) na primeira fase uma abdução com extensão dos membros superiores e na segunda fase a volta lentamente a posição inicial.
- Testa-se também, produzindo um barulho ou vibração perto da criança (palmas, bater na cama), ou ainda puxando bruscamente o lençol. É forte até os 3 meses, desaparecendo até o sexto mês.

Reflexos Cutâneo Plantar em Extensão(falso babinsk) e Reflexo de Preensão Plantar

A planta do pé do lactente é uma zona particularmente rica de receptores sensitivos, de onde partem vias de diferentes significados fisiológicos. Por isso

há muitas formas de estimulá-la. Todas as respostas tem todavia em comum o fato de serem reflexos de defesa, fisiológicos somente durante o primeiro ano, desaparecendo no decurso da maturação, ao integrar-se no restante da atividade neuromotora do indivíduo.

Tais reflexos plantares proporcionam dados valiosos para o estudo da maturação do lactente.

A resposta ao reflexo cutâneo-plantar do lactente não é identificável com o sinal de Babinski que denuncia lesão piramidal, nem por seu mecanismo fisiopatogênico, nem por sua expressão semiológica.

Para se provocar o reflexo cutâneo-plantar em extensão estimula-se a região entre o bordo externo e o meio do pé, e a resposta é o dorso flexão do pé com os artelhos em extensão e abdução exagerada em forma de leque. Essa resposta do bebê é normal até mais ou menos 1 ano, quando começa a se completar a mielinização da via piramidal. Por isso, essa resposta também é chamada de falso sinal de Babinski usada para o patológico por lesão da via piramidal.

O reflexo de preensão plantar estimula-se a base dos artelhos e estes se flexionam fortemente, testado em SUPINO. Presente desde o nascimento até fins do 3º trimestre, diminuindo e desaparecendo totalmente por volta de 1 ano de idade com o início da marcha voluntária.

Reflexo Palmar

O reflexo de preensão palmar está sempre presente no recém-nascido normal. Não obstante, pode ser débil e às vezes reage como uma mola durante as horas que se seguem ao parto. Sua ausência total é sinal patológico. Até o terceiro dia de vida, já deve ser forte e é habitual que a mão do recém-nascido se agarre vigorosamente aos objetos que estimulam a sensibilidade de sua palma.

Tal reflexo se evidencia quando estimulada a base dos dedos ou palma das mãos, ocorrendo a apreensão do objeto. Desaparece até os 3 meses.

Segundo Brandão (1984, p. 158) “os principais fatores que condicionam as modificações dos reflexos arcaicos são:

- O uso e a generalização das atividades reflexas;
- A maturação do Sistema Nervoso;
- O aparecimento das atividades adquiridas por reações circular;
- A inibição das atividades dos reflexos arcaicos.

É possível pensar que o neonato não esteja preparado para atender a vários canais de informações sensoriais ao mesmo tempo, não conseguindo mudar o seu foco de atenção tão rapidamente quanto uma criança mais velha. Seu mundo pode ser constituído de percepções simples.

A medida que o sistema sensorial vai se desenvolvendo, a criança começa a viver algumas respostas que lhe são possíveis, permitindo aquisição de novos comportamentos e idéias. Este processo se desenrola por estágios e não todos de uma só vez.

3.1.3.2 - DESENVOLVIMENTO MOTOR

A sensibilidade e a motricidade estão intimamente relacionadas. Não é possível o desenvolvimento da motricidade sem que a sensibilidade também se desenvolva. Assim sendo, Holle (1990, p. 43) afirma que o desenvolvimento motor da criança corresponde ao desenvolvimento do seu Sistema Nervoso Central. À grosso modo, existem 4 etapas, são elas:

- Movimentos reflexos (quando controlado pelo cérebro);
- Movimentos simétricos (começo de um controle cerebral);
- Movimentos voluntários, motivados, diferenciados;

- Movimentos automáticos, movimentos habituais tais como caminhar.

“O desenvolvimento normal de um bebê depende de sua capacidade de se movimentar. Mesmo na vida uterina, o bebê não apenas chupa o dedo, mas também pressiona a parede uterina e outras partes de seu próprio corpo ao movimentar seus membros, que lhe proporcionam “feedback” tátil e proprioceptivo. Desde o nascimento o bebê continua a tocar e explorar seu corpo, seus dedos vão à boca; mais tarde, os dedos do pé e as mãos entram em contato, entrelaçando-se. Isto só será substituído muito mais tarde, pelo desenvolvimento de uma “imagem” corporal com uma maior participação da visão. Quando a percepção do corpo fica estabelecida, a criança pode começar a se relacionar com o mundo à sua volta e desenvolver orientação espacial” (Bobath, 1990, p. 01-02).

“O desenvolvimento da visão e da reação visual são importantes no desenvolvimento motor. Uma vez que a orientação visual é usada na manutenção da postura e do equilíbrio. A fixação preferencial no rosto humano se desenvolve em poucos dias de vida”. (Downie, in CASH, 1978, p. 29).

“ É natural que o processo de elaboração da imagem corporal não se superponha estritamente com o da maturação neurológica: para o conhecimento de si mesmo a criança aproveita não somente as conquistas alcançadas com base na maturação biológica, mas também outros fatores circundantes que dependem em alto grau de como se estrutura sua relação com os adultos que tem sob seus cuidados”. (Coriat, 1977, p. 164).

“Embora o córtex ainda seja imaturo, ele já parece exercer uma influência definida nas atividades motoras do recém-nascido. O bebê normal apresenta comportamento variável, com alguns reflexos básicos estereotipados e relativamente previsíveis. Portanto, é melhor dizer “reações automáticas” do bebê, em vez de “reflexos”, para expressar sua variabilidade e potencialidade de adaptação a diferentes exigências do ambiente” (Bobath, 1990, p. 12).

Bobath (1978, p. 25) afirma que o desenvolvimento motor normal é caracterizado por 2 conjuntos de processos que são intimamente relacionados entre si e dependentes um do outro. Eles são:

- Desenvolvimento de um mecanismo reflexo postural normal, que não está presente ao nascimento e que, com o tempo, se torna altamente complexo e variado. As reações de retificação, de equilíbrio e outras adaptativas e de proteção. O desenvolvimento destas reações estão associadas com o tônus postural normal;

- Inibição de algumas das respostas do recém-nascido, processo que pode estar associado com a maturação do cérebro. Exemplos desta inibição são os reflexos de apoio e da marcha e a resposta de flexão tônica dos dedos.

Bobath (1978, p. 02) explica, que os marcos do desenvolvimento de uma criança normal são as atividades que ela atinge nos vários estágios cronológicos, artificialmente isolados e separados do contexto de seu desenvolvimento total. No entanto, o desenvolvimento não se processa numa seqüência linear de marcos separados. Em qualquer estágio do desenvolvimento de uma criança, quando esta atinge um marco específico, muitas outras habilidades, igualmente importantes, são atingidas, pertencentes a este mesmo estágio.

O desenvolvimento motor significa então, um gradual acréscimo das habilidades latentes de uma criança. Estágio por estágio, as primeiras aquisições sendo modificadas, elaboradas e adaptadas para padrões e habilidades de movimentos mais finos e seletivos.

Piaget (1978, p. 84) aponta três períodos de desenvolvimento das estruturas cognitivas, intimamente ligadas ao desenvolvimento da motricidade, da afetividade, da personalidade e da socialização da criança. São eles: período sensorio-motor; período de preparação e de organização das operações concretas; período das operações formais-adolescência.

“Por meio da sensibilidade exteroceptiva, tomamos conhecimento do mundo que nos rodeia; pelos nossos movimentos, podemos modificá-los, segundo os nossos desejos e interesses, adquirindo novas experiências. Sem

podermos agir sobre os objetos graças aos movimentos dos segmentos de nosso corpo, sob ação das atividades reflexas e reação circular primária, ou captarmos, pelos nossos sentidos, os estímulos deles oriundos, será impossível o desenvolvimento da inteligência. As alterações da motricidade ou das funções sensoriais tendem a prejudicar a evolução da inteligência” (Brandão, 1984, p. 61).

“A atividade cognitiva envolve cinco processos básicos que são: percepção e interpretação da informação, memória, elaboração de hipóteses ou soluções de problemas, avaliação da precisão e adequação dos produtos cognitivos e dedução. De certo modo, podemos considerar estas funções e entidades mentais como a fisiologia e a anatomia do pensamento” (Mussen; 1982, p. 269).

Para comprovarmos como o desabrochar das funções intelectivas, nos primeiros anos de vida, é importante para o desenvolvimento da motricidade, basta citarmos que o bebê somente pode agir voluntariamente sobre os objetos após ter adquirido um nível de inteligência que lhe permita desejar, começar a distinguir os objetos pelas suas qualidades, e estabelecer a noção de início de permanência dos mesmos” (Brandão, 1984, p. 61).

Pelo exposto acima, verificamos que o desenvolvimento da motricidade e a da inteligência, estão intimamente interligados, nos primeiros anos de vida da criança. Portanto, a cada período mencionado anteriormente, corresponde a um nível de amadurecimento das funções intelectuais, das afetivas e das sensoriais.

3.1.3.3 - DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE

“A personalidade é um produto de aprendizagem social e as interações sociais de uma criança propiciam as situações de aprendizagem, onde a última influência no comportamento intensivo e nas características da personalidade é a situação, ou seja, os estímulos que se apresentam imediatamente no meio, tais

como outras pessoas que estão presentes e os sentimentos do momento” (Piaget, 1980, p. 95).

Brazelton (1988, p. 201) desenvolveu um método composto de uma série de exames concernentes tanto ao comportamento reflexo como a outros aspectos que revelam o controle cortical mesmo no período neonatal. Através dele, procura-se evidenciar a capacidade do bebê de organizar os estados de consciência, de controlar o tônus muscular, de realizar atividades motora integradas, de fazer reações de habituação a estímulos.

O desenvolvimento da personalidade é um processo complexo, moldado por diversos fatores inter-relacionados e interatuantes. Todas essas forças biológicas e sócio-culturais estão interligadas. Portanto, afirmamos que a participação num grupo cultural e as relações com os pais sejam de importância central na formação da personalidade e no comportamento da criança.

Erickson (1982, p. 103) considera que o bebê que não for objeto de calor humano e de amor e que não for satisfeito em suas necessidades durante esse período corre o risco de não desenvolver um sentimento de confiança e por conseguinte, de não ser bem sucedido posteriormente na formação de relação sociais satisfatórias.

Portanto, as crianças que recebem muito pouco afeto, amor e atenção no seu primeiro ano de vida, não desenvolverá autoconfiança nem a confiança nos outros no início da vida e provavelmente será na adolescência, desajustada e emocionalmente instável.

De acordo com Gesell & Amatruda (1990, p. 286) a prematuridade em si mesma não parece retardar ou acelerar as seqüências inerentes da maturação comportamental. Várias semanas depois do nascimento, o bebê pode exibir uma aparente precocidade em algumas poucas formas de comportamento. Tecnicamente, o bebê nascido antes do termo é sempre “premature” e nunca “alcança” os outros no desenvolvimento. Gesell comenta que o bebê prematuro é designado como bebê fetal, desde a data do seu nascimento até a 40ª semana pós-concepcional. Após a 40ª semana de gestação, ele é designado como bebê

premature por todo o período de lactância. Para estabelecer as tendências bem definidas do desenvolvimento comportamental do bebê, abordaremos agora os três níveis de maturidade inseridos, no seu crescimento (Gesell & Amatruda, 1990, p. 286).

Estágio inicial (28-32 semanas)

O bebê não fica dormindo ou acordado, mas apenas cochilando com breves estremecimentos de atividade corporal. Uma vez por outra, ele se agita de leve, não é nítida a distinção entre atividade e repouso. O tônus muscular é flácido e desigual. Os movimentos se fazem de maneira precária que seu término, é mais visível do que seu começo.

O comportamento se organiza e toma forma regular. O bebê apresenta movimentos faciais, pálpebras vibram, sobrancelhas se levantam, cenho se franze, língua se projeta para a frente e os lábios se franzem, encolhem e fazem movimento de mastigação. A respiração é superficial e irregular. De vez em quando o bebê emite um débil grito ou guincho; o choro pode ser silencioso e nunca se prolonga. Os movimentos posturais são esporádicos e escassos. Na posição supina a cabeça fica voltada para um dos lados; as rotações de cabeça são pequenas. O bebê pode esticar as pernas bilateralmente ou em forma de tesoura e até rolar para o lado, retornando a uma atitude recurvada, lembrando as paredes arredondadas do útero.

O bebê reage aos estímulos sensoriais: reage à pressão tátil de um bastão colocado em sua palma da mão, emitindo uma flexão débil dos dedos. Reage à vibração e ao som com uma ligeira onda de atividade. Risca e franze o cenho diante de uma luz intensa. Apresenta portanto, inúmeros fragmentos de comportamento.

Estágio Médio (32-36 semanas)

O bebê fetal é mais maduro, tanto em termos de aparência física quanto das capacidades comportamentais. O bebê é menos flácido e apático, apresenta breves períodos de vigília alerta, mas sonolento, esboça pequenos atos de consciência. Exibe desprazer diante da luz intensa. Não fixa o olhar em objetos pendentes. O bebê flete os dedos em torno do bastão colocado na palma de sua mão com movimentos ativos de agarrar.

Demonstra maior adaptação e reação em seu controle postural. É capaz de maior quantidade de atividade posturais espontâneas, quando alguma ação motora grosseira efetivamente ocorre, tende a ter configuração mais clara. Seus comportamentos de alimentação e linguagem são mais rigorosos e definidos. O bebê consegue expressar um choro bastante forte, embora breve. Seu padrão de deglutição e sucção está suficientemente avançados.

Apesar de seus incrementos comportamentais serem positivos, cabe assinalarmos que seu comportamento total deixa muito a desejar. Em geral, o bebê fetal é fraco, indiferente e não reativo, imaturo e inacabado.

Estágio Final (36-40 semanas)

O bebê fetal apresenta uma aparência um pouco mais acabada. Fisiologicamente, é mais robusto, e seus padrões comportamentais estão mais claramente definidos. A respiração, o ritmo cardíaco, a pressão sanguínea e a regulação da temperatura se correlacionam melhor com seu corpo.

Os ritmos de atividade e repouso começam a tomar forma. O sono é mais especializado e mais estruturado. Durante a vigília há períodos cada vez mais prolongados de conscientização visual e auditiva e atenção aos estímulos do meio ambiente. Em posição prona, o bebê consegue erguer momentaneamente a cabeça. Quando em supino, gira a cabeça num arco de $\frac{1}{4}$. Existem curtos períodos de atividade espontânea dos braços e pernas, contidos na postura do

reflexo cervical tônico. Quando escuta um som arregala suas pálpebras. Por breves instantes, imobiliza os olhos numa espécie de fixação primitiva. Os olhos se movimentam numa espécie de inspeção de busca. Chora de maneira mais nítida. Quando agitado, tende a acalmar-se ao ser apanhado. Assim, demonstra tanto os efeitos de experiência quanto de sua maior maturidade.

“O bebê fetal funciona de maneira mais regular, é menos irritadiço e um pouco mais reativo. Entretanto, todas as diferenças comportamentais que favorecendo o bebê fetal maduro são temporários e superficiais. Quando o bebê nascido a termo tiver quatro semanas de idade, será fisiologicamente mais estável e seus padrões comportamentais serão comparáveis as de um bebê prematuro sem complicações neonatais que tenha atingido a idade cronológica corrigida de quatro semanas” (Gesell e Amatruda, 1990, p. 287).

“O recém-nascido vem ao mundo em um estado de indiferenciação, incapaz de qualquer ação psíquica e, portanto, o primeiro objeto para a criança (isto é, primeira relação afetivamente significativa) é a mãe. É a partir desta relação que passa a desenvolver a personalidade da criança, assim como se desenvolverá, também, todo o seu potencial afetivo em relação aos outros indivíduos e ao meio externo” (Spitz, 1973, p. 12).

3.2- RECÉM-NASCIDO

Para Rezende (1992, p. 317) recém-nascido é todo bebê nascido vivo, com tempo igual ou superior a 37 semanas completas de gestação, independente do peso de nascimento e que possua características anátomo-fisiológicas que propiciem sua adaptação a vida extra-uterina. A O.M.S. (Organização Mundial de Saúde - 1985) adota como parâmetros para classificação dos recém-nascidos, peso de nascimento e idade gestacional. Na prática diária os parâmetros atualmente utilizados para classificação dos recém-nascidos seguem os adotados pela OMS.

“Desde o nascimento, o recém-nascido é um ser considerado como um todo na sua individualidade, pois tem necessidades próprias, que variam de intensidade, ritmo e freqüência, bem como na sua maneira de reagir frente ao desconforto e a satisfação. Somente através da assistência ao recém-nascido, como um ser único é que será possível proporcionar-lhe o completo atendimento de suas necessidades” (Souza, 1996, p. 2).

“Ao nascer, a criança experimenta o primeiro relacionamento com seu corpo, através de várias sensações que são medidas por outras pessoas, que passam a ser muito especiais para o desenvolvimento e estruturação da personalidade da criança, são responsáveis pelas sensações de satisfação, conforto, desconforto, dor, fome, frio e principalmente afeto” (Storni apud Ferreira, 1996, p.10).

3.2.1 - PREMATURIDADE

3.2.1.1 - CONCEITO

O nome prematuro, a partir de 1950, por recomendações de Yippo, foi dado ao recém nascido com 2.500 gramas ou menos. E em 1956, Toledo, e São Paulo, escrevia que “os caracteres do prematuro variam de acordo com o estágio de desenvolvimento intra uterino- que tiver atingido ao nascer”. “De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1961), é considerada prematura, ou pré-termo, a criança com menos de 37 semanas de gestação”. (Marcondes, 1992, p.333).

Segundo Crosse (1980), recém-nascido pré-termo é considerada toda criança nascida viva antes de completar 37 semanas de gestação a partir do último período menstrual.

“Geralmente, a prematuridade e o baixo peso ao nascer são concomitantes, particularmente entre os recém-nascidos com peso igual ou

inferior a 1500g, e ambos estão ligados ao aumento da mortalidade e morbidade neonatal” (Vanghau, 1983, p.203).

3.2.1.2 - INCIDÊNCIA

Nascer prematuramente é abandonar, antes, um meio protetor (útero materno) que constitui o melhor local para o desenvolvimento do embrião e do feto humano. Talvez por isto, a Organização Mundial de Saúde, se preocupou em demonstrar que a prematuridade constitui uma das principais causas de mortalidade infantil, particularmente nos países do Terceiro Mundo, e nas classes mais pobres e desprivilegiadas dos países ricos.

“A incidência de prematuridade é menor nas classes sócio-econômicas média e alta, nas quais as mulheres grávidas geralmente são saudáveis, bem nutridas e recebem assistência pré-natal periódica e integral. Enquanto, na classe sócio-econômica baixa, que apresenta uma combinação de circunstâncias deletérias é mais elevada. Outros fatores, tais como gravidez múltipla, toxemia e acidentes placentários que interrompem o curso normal de gestação antes do desenvolvimento fetal completo, são responsáveis por um grande número de nascimentos prematuros” (Whaley e Wong, 1989, p. 158).

Em alguns países desenvolvidos, a incidência de prematuros é da ordem de 6%, como na França, Inglaterra e Estados Unidos. Em geral, a incidência da prematuridade é tanto maior quanto menos desenvolvido é o meio, sendo que o número total de recém-nascidos de baixo peso é submetido a igual influência. As incidências de prematuridade variam muito com o tipo de serviço considerado, o que acontece inclusive em nosso país e dentro de nossa cidade”(Marcondes, 1992, p. 333).

3.2.1.3 - ETIOLOGIA

Segundo Crosse(1980) as causas dos partos pré-termos, supostamente conhecidas, compreendem as relacionadas a patologias maternas, distúrbios da gestação e causas exclusivamente fetais, como por exemplo, as malformações congênitas.

Dentre as primeiras, teríamos:

- Desnutrição materna - uma nutrição deficiente na gravidez pode reduzir materialmente o tamanho do recém-nascido e, ainda pode levar a infertilidade ou abortos precoces;
- Idade materna avançada - a musculatura responsável pela manutenção da vida intra-uterina da criança, até completar-se a trigésima sétima semana de gestação, encontra-se mais debilitada.
- Toxemia - a eclâmpsia ou pré-eclâmpsia ou hipertensão crônica, incidem significativamente em partos pré-termo (cerca de 25%) e constitui ainda, motivo para a indução do parto prematuro.
- Diabetes - alto risco para a gestante e o feto.
- Hipertireoidismo - Se tratado, não há maiores problemas.
- Sífilis - determina lesão em órgãos e provoca expulsão prematura; se diagnosticado cedo, pode ser tratado com sucesso.
- Tuberculose - é irrelevante com os métodos da profilaxia e tratamento.
- Rubéola - não é considerada causa significativa de prematuridade, mas sim de anomalias congênitas em crianças com baixo peso ao nascer.

Relacionados a distúrbios da gestação seriam:

Partos Múltiplos - considerado fator predisponente;

Placenta Prévia - devido as hemorragias que ocorrem no fim do primeiro trimestre.

Descolamento Prematuro da Placenta - no último trimestre de gestação.

Hemorragias uterinas diversas - as causas desconhecidas de parto pré-termo compreendem o nível sócio-econômico que aponta alta incidência e má nutrição fetal, anemia, cuidados pré-natais inadequados ou ausentes e antecedentes de ineficácia reprodutiva (abortos, infertilidade relativa, parto de crianças mortas).

Os outros fatores também presentes são: a ilegitimidade, mães que trabalham fora e interferências externas sobre o curso da gravidez que venha a provocar uma estimulação precoce de contrações uterinas como consequente expulsão do feto. A esses fatores apresenta-se, primiparidade jovem, raça negra, uso excessivo de fumo, altitude excessiva (menos oxigenação), drogas em geral.

Também são considerados fatores determinantes, os acidentes, traumas (quedas ou pancadas), esforço físico, relações sexuais na última fase da gestação, traumas cirúrgicos, choques emocionais.

Agrupando todas as causas já citadas, teremos fatores etiológicos de parto pré-termo, pertencentes a dois grupos:

- os que provocam expulsão da criança normal em pleno desenvolvimento (traumas físicos e psíquicos, fadiga e ruptura prematura de membranas);
- os que exercem ação nociva sobre o feto, resultando o nascimento precoce (infecções crônicas e agudas, toxemias e a desnutrição).

De acordo com Murahovschi (1989, p. 127) podemos ter várias causas, dentre elas:

- Em um grande número de casos é desconhecido;

- Alguns predisponentes: primiparidade, baixo nível sócio-econômico, má nutrição materna; mães muito jovens, pequenos intervalos entre as gestações, grandes altitudes, bacteriúria assintomática materna, ruptura prematura da bolsa com amnionite;

- Causas mais diferentes relacionadas com anomalias do aparelho genital feminino, alterações placentárias como descolamento prematuro, placenta prévia, hidrânio, doenças maternas agudas, malformações fetais, isoimunização e outras.

Do ponto de vista fisiopatológico Gomella & Cunningham, (1990, p. 193), assinala vários fatores etiológicos de prematuridade:

- Mecânicos - malformações uterinas, miomas, macrosomia gemelaridade, útero hipoplásico, primigestas precoces e tardias, incompetência istmo-cervical, entre outras.

- Hormonais - Síndrome de insuficiência placentária pode desencadear o trabalho de parto prematuro, pelo mesmo mecanismo que desencadeia o aborto espontâneo, onde o trabalho de parto é desconhecido, talvez esteja relacionado a hipoxia fetal;

- Neuro-humorais - Seu mecanismo de ação permanece obscuro. Supõe-se que o tabagismo está ligado ao baixo peso que também está relacionado com a insuficiência placentária provocada pelas alterações e espasmos vasculares placentários causados pela nicotina.

Devido à elevada morbiletalidade perinatal associada à prematuridade, deve sua etiologia ser melhor pesquisada. “Então, enquanto isto não ocorre cabe ao médico-obstetra realizar uma profilaxia, durante a assistência pré-natal, após o parto, procurando diagnosticar precocemente, os estados carenciais e infecciosos maternos, bem como, os vícios, doenças genitais congênitas, as anomalias fetais e outros. Atenção especial deve ser dada ao tabagismo e principalmente ao surgimento da toxemia gravídica”. (Clark & Leavell, 1978, p. 221).

“A prematuridade é a principal causa de mortalidade perinatal. A sobrevivência de neonato prematuro depende fundamentalmente da maturação pulmonar que ocorre por volta da 35ª semana de gestação. A síndrome de angústia respiratória do recém-nascido com deficiência de formação de surfactantes”. (Miura, 1991, p. 64).

“A prevenção de prematuridade fundamenta-se em duas razões: a primeira, decorre do conhecimento e possível profilaxia dos casos mais frequentes da prematuridade e a segunda, da melhor avaliação da vitalidade e maturidade fetais de forma a proteger, tanto quanto possível, nas gestações de alto risco, a parto prematuro terapêutico, a mortalidade perinatal relacionada à prematuridade poderia, declinar em 65%. Se fosse possível protelar o parto da 28ª, para a 32ª semana”. (Ramos & Leone, 1986, p. 75, 76).

3.2.1.4 - PROFILAXIA

A enfermagem desempenha importante papel no pré-natal, orientando cuidados profiláticos que diminuem a incidência de parto pré-termo por causas evitáveis.

As causas de parto pré-termo resultante de gestações que não completam 37 semanas de duração, são inúmeras. Dentre elas muitas poderiam ser radicalmente afastadas ou, em casos mais delicados, serem contornados se houvesse um acompanhamento pré-natal, o que permitiria maior aproximação possível de uma gestação à termo, propiciando a maturação do feto e conseqüente, melhores condições para o desenvolvimento do recém-nascido.

O acompanhamento pré-natal consistiria de consultas regulares com médicos e enfermeiros, as consultas seriam mensais até o 8º mês de gestação e a partir daí, semanais.

A assistência de enfermagem seria desenvolvida durante todo o período de gestação e com maior ênfase por ocasião do curso profilático.

3.2.1.5 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO PREMATURO

Ramos & Leone (1986, p. 84-85) afirmam que o grau de prematuridade é o determinante das seqüelas e da mortalidade neonatal. Os três grupos existentes, de acordo com suas idades gestacionais, são eles:

Prematuridade Limítrofe (37-39 semanas)

Tais crianças são comumente de peso normal 2.800g à 3.000g, medem 47 a 48 cm de estatura e medem aproximadamente 34 cm de perímetro cefálico. Eles são considerados neonatos normais e a termo.

O dado mais importante para distinguir o prematuro deste grau de seu similar de termo é a icterícia. Desenvolve, também, a Hiperbilirrubinemia após o 3º dia e percorre até o 4º ou 5º dia de vida antes de declinar. Existem outros fatores importantes nestes neonatos: a incapacidade de estabilizar a temperatura corpórea, necessidade de aquecimento externo, debilidade na sucção.

Prematuridade Moderada (31-36 semanas)

Geralmente, apresentam peso excedente de 2.500g, principalmente os nascidos com 35 a 36 semanas de gestação e o peso dos menores com 31 a 36 semanas de idade gestacional, é normalmente 1.600g. A estatura pode ser entre 39 e 46 cm, em média, e o perímetro cefálico fica entre 29 e 33cm.

Podem apresentar malformações fetais, tendo como principal síndrome do desconforto respiratório. Outros problemas clínicos encontrados são: ruptura prematura da membrana, síndrome da angústia respiratória adiopática, volemia e transfusão placentária e anóxia perinatal, instabilidade térmica, hiperbilirrubinemia e distúrbios metabólicos. A evolução destes recém-nascidos depende da maturidade e do número de intercorrências que possam apresentar no período neonatal.

Prematuridade Extrema (24-34 semanas)

De modo geral, esses recém-nascidos pesam menos do que 1.500g ao nascimento, medem menos do que 38 cm de estatura e menos do que 29 cm de perímetro cefálico.

Esses recém-nascidos costumam apresentar os mesmos problemas clínicos descritos para os neonatos com prematuridade moderada, embora estes ocorram com maior gravidade nesse grupo, provavelmente em decorrência de sua maior imaturidade. Alguns distúrbios são mais frequentes, dentre eles temos: crises de apnéia, persistência do canal arterial, hemorragia intracraniana e enterocolite necrotizante.

Existem quatro causas de morte que são comuns nos neonatos extremamente prematuros, porém todos potencialmente tratáveis, são eles: Anoxia severa ao nascimento, não manifestando uma respiração efetiva; infecção no útero, após um período de ruptura prolongada de membranas, síndrome do desconforto respiratório”.

3.2.1.6 - CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DO PREMATURO

Achamos de suma importância citar algumas das principais características de um neonato prematuro(Crosse, 1980).

Características Físicas

A criança pré-termo não tendo desenvolvido seu tecido adiposo suficientemente apresenta uma fâcie senil, mantendo esse aspecto durante um período tanto mais prolongado quanto mais baixo houver sido seu peso ao nascer. Os olhos de dimensões exageradas em relação à face, mostram certo grau de exoftalmia. Nota-se pescoço curto e queixo apoiando-se diretamente na caixa torácica.

Peso - quanto menor o peso, maior a taxa de mortalidade. Possibilidades de sobrevivência maiores na razão direta do peso ao nascer, estabelecendo-se uma taxonomia prognóstica denominada:

- pré-termo viável: 1000 a 2500g.
- pré-termo pré-viável: 500 a 1000g

A perda de peso fisiológica é mais acentuada e, enquanto o RN a termo recupera-o em mais ou menos 8 dias, o pré-termo só consegue após 15 a 20 dias, quando suas condições são satisfatórias.

Estatura - a medida do vértice ao calcanhar é o método mais fiel para estimar a maturidade, porque mantém uma relação acentuadamente constante com a vida intra-uterina e é pouco afetada por outros fatores.

O pré-termo pré-viável e o viável oscilam entre 35 a 47 cm.

Perímetro cefálico - o crânio do pré-termo tem forma arredondada ou ovóide. As fontanelas e suturas estão quase fechadas, sendo que se ampliam na segunda semana de vida. O perímetro cefálico está em torno de 25 a 32,3 cm.

Perímetro torácico - entre 28,8 a 29,5 cm

Abdomen - além de volumoso e quase sempre muito distendido por gases, deixa perceber pela transparência da pele local a arborização venosa superficial.

O umbigo em relação à sínfise púbica, encontra-se em posição mais baixa do que o do RN a termo. Nota-se com grande frequência hérnias umbilicais.

Membros - São curtos, débeis e enfraquecidos, inteiramente hipotônicos. As unhas não atingem o rebordo digital.

Pele - Delicada de coloração pálida ou avermelhada ao contrário da pele rósea própria do RN a termo. A fragilidade capilar é notável, observando-se manchas de aspectos purpúrio, principalmente na face constituindo a “máscara

equimótica”. Abundante lanugem nas extremidades. Devido à imaturidade renal, observa-se a formação de edemas, sem grave significação prognóstica.

Órgãos Genitais: no sexo masculino, observa-se os testículos na cavidade abdominal e a bolsa incompletamente formada, notando-se apenas o esboço da pele escrotal com pouco relevo, aderida à região do períneo; alguns dias após o nascimento, com a descida testicular, a bolsa se forma e torna-se pendente.

No sexo feminino, o aspecto da genitália é grotesco e rudimentar, mostrando-se tumefeita e inchada, os grandes lábios estão muito afastados e os pequenos lábios quase ausentes, dando à região um aspecto deformado.

Fenômenos pubertários não são observados, nem tumefação mamária nos dois sexos, nem hidrocele fisiológica nos meninos. Nas meninas não observa-se a perda sanguínea vaginal de primeira semana, sendo que este fato é explicado porque os hormônios placentários responsáveis por essas manifestações passageiras são liberados apenas nos últimos dias da gestação à termo e não podem ser descarregadas no sangue do feto quando este é expelido antecipadamente.

Reflexos - o reflexo de moro está incompleto na vigésima quarta semana, sendo que na vigésima oitava encontra-se completo porém débil.

O reflexo de sucção aparece na vigésima quarta semana e desde aí vai se tornando cada vez mais enérgico, na trigésima segunda semana ainda não é sincrônico com a deglutição, e com 34 semanas é sincrônico e permite a alimentação da criança no seio materno.

No reflexo dos pontos cardeais, observa-se que o RN dirige sua cabeça na direção do estímulo, de forma débil entre a vigésima quarta e vigésima oitava semanas, porém, por volta da trigésima segunda semana este reflexo já se apresenta de forma enérgica. Os movimentos de marcha automática, verificam-se a partir da trigésima quarta semana. A partir da trigésima sétima semana se verifica o reflexo sobre as plantas dos pés e na quadrigésima semana o RN apóia as plantas dos pés completamente.

Características Fisiológicas

Quanto mais pré-termo o RN, mais deficientes serão as suas funções, quais sejam:

Aparelho respiratório: O reduzido número de capilares em contato com os alvéolos imaturos e a fragilidade dos músculos intercostais levam a uma expansão pulmonar deficiente e à dificuldade respiratória. Em consequência, o RN prematuro pode apresentar frequentes crises de cianose, nas suas primeiras semanas, com apnéia, respiração periódica e tiragem sub-costal, movimentos respiratórios superficiais irregulares do tipo abdominal. A frequência respiratória é em média de 58bpm e podem ser auscultados fins estertores. Aparelho circulatório - o coração apresenta-se relativamente grande, havendo uma frequência cardíaca em torno de 130 bpm. A taquicardia pode ocorrer por conta do desenvolvimento insuficiente do centro inibidor cardíaco.

Existe uma tendência à hemorragias cutâneas e mucosas devido a pequena resistência dos vasos sanguíneos e anormalidades do mecanismo de coagulação do sangue.

Aparelho digestivo - os reflexos de sucção e deglutição estão ausentes ou fracos. Há tendência a vômitos e distensão abdominal devido à flacidez da cárdia e a hipotonia do piloro, podendo-se atribuí-las ocasionalmente, também a excesso alimentar.

Podem apresentar facilmente diarreia causada por infecção enteral ou parenteral, baixa tolerância aos alimentos e deficiência de enzimas (amilase e lipase pancreática).

O fígado é relativamente grande e palpável em sua borda inferior, havendo imaturidade e funções deficientes, levando a hipoglicemia, hipoproteínenia, hipoprotrombinemia e hiperbilirrubinemia.

A icterícia fisiológica, mais intensa e demorada, é causada pela atividade deficiente da enzima hepática (glicuronil transferase), encarregada da junção do glicuronato à bilirrubina

Aparelho urinário - o rim apresenta-se pobre em capilares; glomérulos e néfrons estão em desenvolvimento e a função renal ainda é deficiente. Em consequência, há baixa filtração glomerular e precária função tubular, diminuindo a capacidade de eliminação de sódio, uréia, fósforo, potássio e cloretos, tendendo ao edema e em parte à acidose. A urina é escassa em volume, rica em uratos e fortemente ácida.

Sistema Termorregulador - apresenta-se imaturo, havendo também influência na produção insuficiente de calor o baixo metabolismo basal, a pequena atividade muscular e a pouca ingestão de alimentos nos primeiros dias de vida. A perda calórica está aumentada devido a maior superfície corporal em relação a massa e escassez de tecido adiposo com os capilares superficiais.

Um superaquecimento conduz facilmente à hipertemia e desidratação.

Sistema Nervoso - Os reflexos estão abolidos ou diminuídos devido à mielinização incompleta das sinapses nervosas.

Funcionam precariamente os reflexos de sucção, deglutição e tosse, bem como os da vida vegetativa (termorregulação, contrações cardíacas e respiração).

Sistema do equilíbrio ácido-básico - O RN pré-termo tem uma certa tendência à acidose. Processos infecciosos pulmonares ou intestinais, alimentação incorreta, falta de líquidos e desenvolvimento incompleto dos rins podem alterar sua reserva alcalina habitualmente baixa e variável.

Quadro 1 - Quadro comparativo entre as características do RN pré-termo e a termo, segundo Crosse (1980, p.)

Características	RN Pré-Termo	RN a Termo
- Pregas plantares	- Unicamente pregas transversais- anteriores	- Planta coberta de pregas
- Diâmetro do nódulo mamário	- 02 a 04 mm	- 05 a 07 mm
- Cabelo	- Fino e escasso	- Sedoso e cheio
- Lóbulo da orelha	- Pregável, ausência ou escassez de cartilagem	- Rígida, com cartilagens
- Genitália masculina	- Testículos no canal inferior, escroto pequeno com escassez de rugas	- Testículo no escroto, rugas amplas
- Genitália feminina	- Pequenos lábios não cobertos pelos grandes lábios	- Pequenos lábios cobertos pelos grandes lábios
- Unhas	- Moles, atingem no máximo a ponta dos dedos	- Projetam-se além da ponta dos dedos
- Pele	- Pregueada e vermelha, pouca gordura sub-cutânea	- rósea e lisa, presença de gordura sub-cutânea
- Vitalidade	- Fraco e preguiçoso, sonolento, choro fraco, sucção fraca ou ausente	- Forte e ativo, acorda para mamar, choro forte.
- Comprimento	- Menos de 47 cm	- Mais de 47 cm
- Peso	- 2.500g ou menos	- Acima de 2500g
- P.C. (Perímetro Cefálico)	- Menos de 33cm	- Mais de 33cm
- P.T. (Perímetro Torácico)	- Menos de 29 cm	- Mais de 29 cm
- Umbigo	- Mais perto da sínfise pubiana	- Entre a sínfise pubiana e o apêndice xifóide

De acordo com Gold apud Maximiano et al (1994, p. 08), o pré-termo é uma criança pequena de rosto miúdo e gracioso, a pele é quase sempre eritrócica, fina, vermelha vivo mais ou menos transparente, o penúnculo adiposo subcutâneo é considerável, a pele macia possui consistência gelatinosa, a fontanela é pequena, a abundância de lanugem e sua espessura dependem da idade gestacional. A ausência de relevo e a flacidez do pavilhão auricular, assim como, a ausência ou estriação plantar, o tamanho pequenino das aréolas e o aspecto da genitália externa são critérios importantes de prematuridade e devem sempre ser comparados aos critérios neurológicos da

idade gestacional. Somada a esta particularidade, o pré-termo está exposto a riscos referentes a ausência ou reserva, sobretudo, energéticas e imaturidade de suas grandes funções. É importante considerar que cada criança desenvolve-se conforme ritmos diferentes, mas seguindo sempre determinado padrão evolutivo.

Abordaremos a seguir, os perigos que ameaçam o prematuro. Existem muitas funções vitais do prematuro que estão seriamente ameaçadas, em virtude da imaturidade dos seus órgãos.

Funções em Risco, no Prematuro

“A imaturidade de suas estruturas anatômicas e funções bioquímicas e fisiológicas é um índice de relativa inabilidade do recém-nascido pré-termo ou com baixo peso para sobreviver. As deficiências nestas funções afetam a capacidade da criança de suportar demandas, tais como: o controle de temperatura corporal, capacidade pulmonar, nutrição, eliminação de substratos metabólicos, funções imunológicas e desintoxicação e excreção de substâncias nocivas, que não existe no meio ambiente” (Vanghau, 1983, p. 214).

Quadro 2 - Funções em risco, no prematuro

Função que ocorre risco	Sinais clínicos
<p>- <i>Termorregulação</i> Imaturidade do centro de regulação térmica Superfície corpórea relativamente grande Atividade muscular reduzida Tecido adiposo escasso e insuficiente</p>	<p>Termolabilidade Hipo ou hipertemia Temperaturas entre 35 e 36°C</p>
<p>- <i>Respiração</i> Elevado limiar de excitabilidade do centro respiratório Tosse fraca Imaturidade das paredes alveolares Fraqueza dos músculos respiratórios</p>	<p>Respiração rápida, superficial e/ou irregular Crises de apnéia, tipos de respiração anormais Proteção insuficiente contra aspiração Tendência para a pneumonia aspirativa e para a doença de membranas hiliares.</p>
<p>- <i>Aparelho Digestivo</i> Deficiência dos reflexos de sucção e deglutição Deficiência de enzimas gastrintestinais Absorção prejudicada, sobretudo das gorduras</p>	<p>Tendência para os vômitos Dispnéia Aspiração</p>
<p>- <i>Equilíbrio Hidreletrolítico</i> Insuficiência dos mecanismos de controle Hidrolabilidade Imaturidade renal Incapacidade do equilíbrio ácido-básico</p>	<p>Edemas ou perdas súbitas de água Acidose Azotemia Hipocalcemia</p>
<p>- <i>Funções Hepáticas</i> Comprometimento de eliminação da bilirrubina graças à deficiência de glucuronidase Labilidade do metabolismo dos hidratos de carbono Deficiência de síntese de protrombina Deficiência de síntese das proteínas do plasma Comprometimento da síntese dos imunoanticorpos</p>	<p>Hiperbilirrubinemia Hipoglicemia Doenças hemorrágicas do RN (hipoprotrombinemia) Infecções</p>
<p>- <i>Carência De:</i> Ferro Vitaminas Anticorpos</p>	<p>Anemia Raquitismo por carência de vitamina D Processos infecciosos</p>

Fonte: Hertl (1980, p. 715) - *Pediatria-Diagnóstico Diferencial*

3.2.1.7 - EVOLUÇÃO

Marcondes (1992, p. 338), afirma que evolução a longo prazo de recém-nascido pré-termo diferencia-se em dois aspectos fundamentais: o seu padrão de crescimento e o seu desenvolvimento pós-natais.

“As curvas de referência para crescimento pós-natal utilizadas são provenientes de neonatos de termo. Para serem aplicadas ao neonato pré-termo, é necessário que se faça uma “correção para a prematuridade”. Isto significa que a idade pós-natal de cada neonato será a partir de momento em que atingiu o termo, corrigindo-se desta forma o peso até 24 meses após o termo, a estatura até 3,5 anos e o perímetro cefálico até 18 meses”. (Ber, 1984, p. 52).

Segundo Marcondes (1992, p. 339), vários fatores influenciam o padrão de crescimento pós-natal destes neonatos, são eles: a idade gestacional (IG), a intensidade e a duração das intercorrências, o estado nutricional ao nascimento e a oferta nutricional entre outros. Inicialmente, costuma ocorrer uma perda de peso, que será tanto maior quanto menor foi a idade gestacional e o peso de nascimento, maior a restrição nutricional e a duração das complicações nesta fase”.

A seguir, após controle destas intercorrências iniciais, começa um crescimento lento, especialmente de perímetro cefálico e da estrutura.

Em relação ao desenvolvimento do neonato pré-termo a longo prazo, tem-se observado segundo Marcondes (1992, p. 339) uma diminuição da incidência de seqüelas neurológicas e intelectuais nestes, proporcionado-lhes uma melhor qualidade de vida pós-natal. Assim sendo, antes da década de 60, a incidência de seqüelas maiores em neonatos menores de 1500g era de 50 a 70%, enquanto após a introdução dos cuidados intensivos neonatais esta reduziu-se aproximadamente 15% .

3.2.1.8 - COMPLICAÇÕES

“Algumas complicações neonatais tem sido mais frequentes apontadas como possíveis fatores de risco para um desenvolvimento neurológico e intelectual anormais. Dentre estas, são importantes: hemorragia intracraniana, anóxia, apnéia ou doença de membranas hialinas, que necessitam ventilação assistida, hiperbilirrubinemia e as infecções” (Marcondes, 1992, p. 339).

3.2.1.9 - PROGNÓSTICO

O prognóstico para uma criança prematura relaciona-se amplamente, mas não totalmente, com o grau de imaturidade fisiológica e anatômica dos vários órgãos e sistemas no momento do nascimento. A criança que nasce precisa adaptar-se à vida ambiente extra-uterina, porém com imaturidade funcional que se relaciona diretamente com o estágio de desenvolvimento atingido até o nascimento. O grau de preparo do neonato para a vida extra-uterina é até certo ponto, previsível através do peso e da idade gestacional estimada (Whaley & Wong, 1989, p. 158-159).

3.2.2 - ASPECTOS LIGADOS A ALIMENTAÇÃO

O aleitamento materno é a maneira insubstituível de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudável de lactentes, tendo também uma influência biológica e emocional sobre a saúde tanto das mães quanto das crianças

O leite humano pode ser considerado como uma solução altamente complexa com cerca de 160 substâncias, constituídas basicamente por proteínas, células, sais minerais e carboidratos.

Segundo Santos apud Schmitz (1989, p. 65) o leite humano bacteriologicamente é seguro e imunologicamente apresenta fatores de proteção e de defesa contra infecções especialmente gastrointestinais. Do ponto de vista nutricional, o leite humano é capaz de suprir todas as necessidades alimentares da criança durante os seis primeiros meses de vida.

Os benefícios psicológicos se revestem de ritual importância, uma vez que através da amamentação se estabelece uma profunda relação entre o binômio mãe/filho, determinada por um processo de interação proporcionadas por fortes estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais.

“O melhor controle dos agravos iniciais e o aumento da sobrevivência dos recém-natos prematuros tem levado a uma maior preocupação com a sua nutrição, indispensável a um crescimento e desenvolvimento adequados.

“Hoje, embora o leite materno seja universalmente aceito como o melhor alimento para o bebê de termo, devido a suas vantagens nutricionais, imunológicas, endócrinas e emocionais, o mesmo não ocorre, para alguns autores, em relação, ao bebê prematuro” (Marcondes, 1992, p. 336).

Alguns autores recomendam, segundo Marcondes (1992, p. 337) a utilização de complementação do leite materno com as fórmulas para prematuros”, com objetivo de fornecer uma composição láctea mais adequada às necessidades do neonato prematuro, especialmente os neonatos pré-termo extremo, utilizando para tal um menor volume.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1989), geralmente apenas quantidades de substitutos do leite materno são necessários em estabelecimentos de saúde, para as poucas crianças que não podem ser amamentadas, sendo que seu fornecimento a essas crianças não deve interferir com a promoção do aleitamento para a grande maioria.

Segundo a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (1992), o complemento do leite materno ou de leites infantis modificados deve ser introduzido quando qualquer um deles se tornar insuficiente para satisfazer as exigências nutricionais dos lactentes.

“Depois do parto, a mãe e o bebê precisam evidentemente do conforto e da tranquilidade da presença do outro. Para a mãe tranquilizar-se é necessário ver seu bebê, ouvir seu primeiro choro, senti-lo próximo a seu corpo. Para o bebê, consiste no contato com o corpo da mãe e com o calor que ela emana, no apoio dos braços que o aninham, nas carícias, na estimulação cutânea por ele recebida, em sugar seu seio, as boas-vindas “ao seio da família”. Estas são palavras, mas referem-se a condições psicofisiológicas. (Montagu, 1988, p. 84).

Montagu (1988, p. 85-88) afirma que a amamentação natural oferece para o recém-nascido numerosos benefícios correlacionados, de natureza imunológica, psicológica e orgânica. É a modalidade essencial do provimento alimentar. Montagu diz ainda, que os bebês precisam respirar depois do parto, e respirar profundamente. Mas, às vezes, persiste a respiração fetal do bebê. Então, o melhor meio de combatê-la é estimular a respiração profunda no bebê colocando-o para mamar no seio da mãe e deixando-a acariciar e aconchegar seu filho. De fato, nada poderia ser melhor programado para iniciar-se uma respiração eficiente do que a sucção no seio materno. Com base no que sabemos sobre a sucção, as evidências sugerem que, quando os bebês nascem com alguma disfunção respiratória, seu incômodo será aliviado se for colocado para mamar no seio de sua mãe, o que terá o efeito de estimular seu sistema respiratório.

Montagu comenta ainda que a mãe que amamenta, segura o bebê no colo alternando os seios, e assim estimulá-lo de modo igual e exercita os dois lados do rosto e da cabeça da criança, bem como outras partes de seu corpo. Daí resultando outra vantagem no ato de amamentar. O autor observou também, que chupar os seios exige posições constantes por parte da faringe e da boca, com participação da faringe e da laringe na respiração. Juntos, esses mecanismos formam um conjunto de processos rítmicos, que consistem em uma ou mais chupadas, uma engolida e uma respirada. Durante o tempo em que o bebê chupa o seio, as estruturas orais são coordenadas distintamente, movem-se juntos como um “órgão oral motor unificado”. Resultando numa preparação para sua linguagem.

“A experiência do seio e do tocá-lo pode ser vista, segundo a referência de um conceito extraído da psicologia da Gestalt, como uma percepção figura-fundo, onde o corpo sempre age como fundo e o ir ao encontro do seio, como o estímulo figurado. A experiência figura-fundo dá início não só ao reflexo de descida, como também agiliza o processo de socialização de dois seres humanos, que já está em andamento”(Anzieu, 1989, p. 98).

“A aquisição de confiança envolve a energia libidinosa ou psicológica dos centros eróticos do corpo, especialmente a boca. Durante os primeiros 3 a 4 meses, a atividade social, mais importante da qual o lactente participa é a ingestão de alimentos. Entretanto, a medida que os processos orgânicos sensório-motores amadurecem, a criança sente necessidade de interagir com o meio. A sucção é o principal prazer do lactente. Quando existe privação deste ato, ocorre uma sucção do lactente na sua própria língua. O prazer da sucção pode ser aumentado, prolongando-se o tempo de amamentação”. (Whaley & Wong, 1989, p. 195-212).

A estimulação tátil é extremamente importante no processo global de aquisição de confiança e o desenvolvimento do reflexo de sucção no neonato prematuro, pois sabemos que é quase inexistente neste caso. Precisamos, portanto, dar um maior aporte de estímulos com relação a este déficit. Na realidade, o grau de habilidades maternas, a quantidade de alimento ou a duração da sucção não determinam a qualidade da experiência. Ao contrário, é a qualidade do relacionamento interpessoal global que influencia o desenvolvimento de confiança e percepção por parte do lactente.

3.3 - FAMÍLIA

A palavra “família” traz consigo diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura, e também de sua orientação religiosa e filosófica. Além disso, a família apresenta diversas definições, tipos e mesmo atribuições.

Segundo Waechter apud Nitschke (1991, p. 19) de um modo geral a família tem sido entendida como um grupo social, tendo sua origem no casamento ou em uma aliança comparável, sendo estabelecido por vínculos legais ou religiosos, servindo para procriar ou criar crianças, visando, assim, assegurar a continuidade da raça e da linhagem. Esta família geralmente possui um relacionamento onde se observam sentimentos como o amor, afeição e respeito.

Delaney (1986) traz um aspecto muito significativo quando relata que ao se trabalhar com família deve-se defini-la rigorosamente, sendo que para formular esta definição deve-se considerar alguns fatores como os legais, os biológicos, os sociais e os psicológicos.

Segundo Prado apud Nitschke (1991, p. 19), todos sabem o que é uma família, visto que todas as pessoas são partes integrantes de uma família. A autora chega a considerar a família como uma entidade “óbvia para todos”. Entretanto, ela também afirma que é difícil para qualquer pessoa definir a palavra família, bem como o conceito que a engloba. Por sua vez, Manciaux (1975) defende que a família propriamente dita não se define, ela existe e vive por si mesma.

Uma série de fatores influenciam o relacionamento pais-filhos, tal como o relacionamento da mãe com o próprio pai, experiências prévias com crianças, passado étnico e cultural, nível de desenvolvimento e idade dos pais, concepção planejada, apoio da família e amigos.

Na vida de cada pessoa, grande parte da alegria e da tristeza gira em torno de ligações ou relacionamentos afetivos - estabelecendo-os, rompendo-os, preparando-se para eles e ajustando-se a sua perda, pela morte. Muito da riqueza e da beleza da vida provém em grande parte, destes relacionamentos íntimos que cada pessoa mantém com um pequeno número de outros indivíduos- mãe, pai, irmãos, marido, esposa, filhos e um pequeno grupo de amigos íntimos.

Frente a esta relação surge o apego sendo um pouco difícil de definir, mas usamos como indicadores de apego: toques, carícias, aconchegos, troca de olhares - comportamentos que servem tanto para manter contato como para mostrar afeição por determinada pessoa.

O apego é crucial para a sobrevivência e desenvolvimento do bebê. O vínculo dos pais com seus filhos deve ser o mais forte de todos os laços humanos. O laço original entre pais e bebê é a principal fonte para todas as ligações subsequentes do bebê e é o relacionamento formativo, no decorrer do qual a criança desenvolve um sentido de si mesmo. A força e o caráter deste apego influenciarão, por toda a sua vida, na qualidade de todos os laços futuros com os outros indivíduos.

De acordo com Banton e Lum citado por Nitschke (1991) o recém-nascido tem capacidade de interação desde o momento do nascimento, sendo que seus pais necessitam estar conscientes dessa capacidade de seu filho, para poder interagir com ele, e estimulá-lo facilitando assim seu desenvolvimento.

Desde a concepção é importante que a mãe estabeleça laços afetivos com o embrião e feto em formação. Esta aceitação será o primeiro elo de ligação do binômio mãe-filho. Após o nascimento estes laços serão fortalecidos através do contato físico e carinho dos pais, os quais proporcionam ao recém-nascido afetividade e segurança.

Para Brazelton (1988, p. 76-79), “o clima nos berçários de prematuros mudou muito desde que Klaus e Kennell (1970-1976) e Leiderman (1973) em seus trabalhos demonstram para o mundo dos neonatologistas a importância de trazer os pais aos berçários de alto risco, a fim de dar-lhes uma chance de tocar e sentir algo por seus pequenos bebês, de trabalharem com suas ansiedades e de conhecer seus bebês prematuros antes de levá-los para casa. Afirma ainda que estes pesquisadores demonstraram que os pais poderiam demonstrar mais abertamente sua tristeza e se adaptariam melhor se lhes fosse permitido ver, tocar e se relacionarem com o bebê, ainda que mais tarde este viesse a morrer. Se sobrevivesse, os pais poderiam começar a elaborar sua tristeza natural por

terem um bebê assim, e sua inevitável culpa por terem trazido ao mundo um prematuro.

Depois então, poderiam relacionar-se melhor com seu filho como uma pessoa e poderiam criá-lo com mais confiança. O desenvolvimento futuro desse bebê eram claramente favorecido se seus pais pudessem conhecê-lo ainda no berçário. Estes importantes estudos revolucionaram os tratamentos nos berçários do mundo inteiro.

O nascimento de um recém-nascido prematuro é geralmente um acontecimento inesperado e estressante para o qual a família está emocionalmente despreparada.

Os pais do bebê pré-termo estarão muito preocupados com seu pequeno filho. Se tiveram a oportunidade de ver rapidamente o filho por ocasião do nascimento, ele lhes deu provavelmente a impressão de ser muito pequeno e frágil. Se infelizmente, não viram o bebê antes desse ser levado rapidamente para o berçário é difícil saber como eles o imagina.

Quando os pais vêm pela primeira vez o bebê no berçário, o vêem de uma certa distância em uma incubadora, freqüentemente cercado por médicos e enfermeiros e por máquinas e equipamentos. Frente a isso necessitam do apoio médico e da enfermagem para auxiliá-los a compreender a doença de seu bebê, todo o equipamento mecânico e os cuidados que ele está recebendo, e necessitam de uma explicação realística de seu prognóstico.

É crescente a evidência que indica que a separação emocional que acompanha a separação física da mãe e do neonato interfere com o processo normal de ligação mãe-filho.

Quando a criança está doente a separação física necessária parece acompanhar-se de alienação emocional por parte da mãe, que pode danificar seriamente sua capacidade para prover cuidados maternos ao filho.

A família principalmente a mãe, permanece tensa, ansiosa, temendo a ficar menos flexível e espontânea, “deturpando” o que lhe é colocado. Pode

sentir mal-estar e passar esta irritabilidade para a criança, tornando o processo de recuperação mais lento.

Estudos mostram que separar a criança de sua mãe causa prejuízo no que diz respeito ao desenvolvimento neuropsicomotor e afetivo. A criança depende da ligação, principalmente com a mãe, e para os pais, o afastamento do recém-nascido também causa danos e não sendo este afastamento bem trabalhado, prejudica a interação entre mãe e filho, retardando e até inibindo o afeiçoamento e a formação do apego.

Prugh citado por Klaus e Kennel (1993), diz que a ansiedade e a culpa da mãe são as duas emoções mais aparentes durante o período de internação do RNPT. Ela teme que algo que fez ou deixou de fazer durante a gravidez, afetou o bebê e provocou a prematuridade.

Prught enfatiza também que é essencial que a mãe veja o bebê pré-termo tão logo seja possível, após o nascimento para que minimizem as fantasias que ela pode alimentar e para ajudá-la a começar o processo de lidar com qualquer lacuna emocional.

Kaplan e Manson, também citados por Klaus e Kennel (1993) enfatizam que a família de um bebê pré-termo deve dominar certas situações para estabelecer uma relação saudável com seu filho, como preparar-se para uma possível perda do filho cuja vida está em risco, a medida que o bebê evolui criase esperanças e expectativas e a família deve entender o quanto um bebê pré-termo difere do bebê à termo, em termos de necessidades especiais e padrões de crescimento, porém estas necessidades devem ser vistas como passageiras.

A idéia atual no tratamento integral de recém-nascido de alto risco é encorajar a participação dos pais ao invés de isolá-los do bebê e de sua assistência. O preparo dos pais para ver seu bebê pela primeira vez é responsabilidade da enfermeira. Antes da primeira visita, os pais devem ser preparados para a aparência da criança, o equipamento a ela ligado e alguma indicação da atmosfera geral da unidade. Durante as primeiras visitas, é importante enfatizar os aspectos positivos do comportamento do bebê para deste

modo, ajudar os pais a se centrarem no filho como pessoa, ao invés de no equipamento que o rodeia.

Estudos verificaram que mesmo quando se permite que os pais tenham contato íntimo com seus bebês, eles experimentam uma tensão prolongada. Entretanto, relatam que os pais acreditam que a oportunidade de ter esse contato com seus bebês na UTI neonatal é preciosa, apesar de sua ansiedade.

Quando se permite pela primeira vez que as mães de bebês pré-termos toquem seus filhos é característico que começam dando volta em torno da incubadora e posteriormente tocando as extremidades do bebê com a ponta dos dedos.

Para Brazelton (1988, p. 85) dois sinais significativos de problemas da interação mãe-bebê consistem na ausência de estimulação tátil e auditiva. A busca do contato corporal entre mãe e bebê é um fator essencial do desenvolvimento afetivo, cognitivo e social.

Segundo Ziegel & Cranley (1985, p. 590) para desenvolver uma relação pai-filho, é muito importante que os pais tenham as mesmas oportunidades para tocar, ver e cuidar do filho que tem os pais de um neonato normal. Os pais precisam conhecer bem o filho, e a mãe precisa desenvolver confiança na sua capacidade de tomar conta dele.

Acreditamos que os pais sentem-se emocionalmente afetados e despreparados, nestas situações, o conforto, a atenção, o respeito, o amparo e a troca de idéias ajudam a manter e reforçar o equilíbrio entre seus familiares e seu bebê. Ainda é de suma importância ressaltar que o vínculo entre a família e o RNPT não nasce pronto, vai sendo estruturado a medida que o contato se aprofunda e quanto mais precoce esse contato mais concreto será vínculo.

3.4- TOQUE TERAPÊUTICO

Ao longo de nossa história, o contato físico tem sido associado aos mais impressionantes e misteriosos relatos de cura. A cerca de 15.000 anos, o contato físico tinha tal propósito. O poder de cura de Jeus deu-se, freqüentemente, por meio do contato físico. Lemos no Novo Testamento que, quando Jesus desceu da montanha, grande multidões o seguiram. E, eis que se aproximava um leproso, que, prosternando-se, lhe disse: *“Senhor, se desejares, podes me curar”* E Jesus estendeu sua mão tocou-o e lhe disse: *“Desejo que fiques limpo”*. E imediatamente após sua lepra estava curada (Matheus 8:1-3). *“E lhe trouzeram criancinhas para que as tocasse... E Ele as levantou nos braços, colocou nelas suas mãos e as abençoou”*(Marcos 10:13, 10:16) A *“imposição de mãos”* ficou conhecida como o *“Toque do Rei”*.

No passado, a incubadora isolava o bebê pré-termo do contato humano freqüente e dos estímulos tátil, visual, auditivo e cinestésico que o neonato à termo recebia. A idéia inicial era que o prematuro precisava ser isolado do meio ambiente para evitar infecção e que estes bebês eram frágeis e precisavam de proteção contra a manipulação.

Pesquisas realizadas nos últimos anos mostraram que os recém-nascidos são capazes de apresentar respostas organizadas do que se acreditava anteriormente. Observou-se também, que a capacidade do prematuro em ver, ouvir, cheirar e responder ao toque é muito boa.

Para Nielsen (1989, p. 05) quando os bebês são tocados obtém uma maior consciência corporal, melhora a função motora e habilidade de coordenação. Além disso, o recém-nascido prematuro ganha peso mais rapidamente e sua imunidade contra doenças torna-se mais forte. A pessoa que realiza o toque aprende a respeitar os limites da outra pessoa - no caso o RNPT irá se comunicar através da linguagem corporal ou original, o toque.

Davis(1991, p. 139) afirma que a estimulação tátil pode curar de várias maneiras. O contato físico ajuda muitos bebês prematuros, cujo

desenvolvimento fetal foi interrompido antes do tempo. Segundo ele o doutor Als, da faculdade de Medicina de Harvard, revela:

“Acabamos de descobrir que basta tocar a palma da mão aberta de uma criança em estado difícil e instável para que ela abra os braços, relaxe os ombros e pescoço tensos e descubra sozinha uma posição confortável que alivie o coração e a respiração”

Para esse mesmo autor, é importante tocar recém-nascidos prematuros e iniciar o mais cedo possível pois os bebês que não são tocados, aconchegados nem abraçados simplesmente “definham” com o marasmo. Confirmou-se cientificamente que o contato físico é uma necessidade biológica, e constatou que o simples ato de tocar pode promover bem-estar físico e emocional.

“Podemos imaginar quão penoso é para um pequenino ser removido de sua mãe imediatamente e colocado em uma incubadora, exposto a fios, tubos, agulhas e outros dispositivos. É extremamente importante comunicar o recém-nascido prematuro o mais cedo possível - através do toque - que está tudo bem, que é bem vindo e que é muito amado”(Adaptado do pensamento de Nielsen, 1989, p.11).

Sabemos que os sentimentos de amor tem conseqüências físicas. O contato físico transmite amor e pode desencadear alterações metabólicas e químicas no corpo as quais auxiliam na cura. A estimulação tátil e as emoções podem controlar a endorfina, um hormônio natural que alivia a dor e assim proporciona uma sensação de bem estar.

Os benefícios do toque são imensos. Ele relaxa o corpo, assim reduzindo o estresse, não apenas na hora em que acontece, mas por mostrar ao corpo o que é o relaxamento. Ativa a circulação, dessa forma liberando as toxinas do corpo, aumenta a sensação de energia e promove um bem-estar geral, quando realizado adequadamente.

Segundo Montagu (1988, p. 195), a estimulação tátil tem efeitos profundos sobre o organismo, tanto fisiológicos quanto comportamentais, e isto só se tornou conhecido recentemente.

“A sensibilidade da pele pode ser consideravelmente prejudicada pela ausência de uma estimulação tátil necessária a seu desenvolvimento correto. Nesse sentido, influências tais como da família, de classes sociais, da cultura, desempenham um papel fundamental”(Montagu, 1988, p. 228).

Sabemos que os bebês são muito sensíveis ao toque, principalmente em torno da boca e nas mãos. A estimulação tátil é um recurso que trabalha utilizando estímulo tátil que é o primeiro sentido a ser desenvolvido na vida intra-uterina. Muitos dos primeiros reflexos como o de busca, sucção e o de preensão palmar e plantar são elucidados pelo toque em diferentes partes do corpo e através da estimulação várias sensações se desenvolverão posteriormente. O bebê desenvolverá uma sensação de confiança ou desconfiança, dependendo das impressões sensoriais recebidas principalmente através da pele, sejam elas gratificantes ou não.

Existem vários recursos terapêuticos destinados ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança, principalmente aqueles relacionados a estimulação tátil no bebê.

Uma forma especializada de contato físico que ressurge como parte do movimento holístico de saúde (que cuida da pessoa inteira mente, corpo e espírito) é o toque, cada vez mais reconhecido como uma valiosa prática de cuidado com a saúde. As enfermeiras que estão conscientes dessa necessidade podem incorporar, no plano de assistência de enfermagem, um programa de estimulação e prover estímulos auditivos, visuais e táteis sempre que possível.

O doutor Neil Solomon declara, em sua coluna médica no Los Angeles Times (1993) que nesta era de drogas milagrosas, amor, carinho e ternura transmitidos através do toque ainda são complementos importantes ao tratamento.

Existem algumas técnicas que utilizam o estímulo tátil como recurso. Entre elas:

- Estimulação precoce;

- Método Bobath;
- Método Rood;
- Método Shantalla;
- Método TAC-TIC.

Há três décadas atrás, o bebê pré-termo era considerado demasiadamente frágil para se “lidar” com ele. Só depois dos relatos sobre os efeitos da privação materna é que se começou a preocupar-se com o isolamento do prematuro na sua incubadora.

A teoria de que os pré-termos não necessitam de cuidado psicológico primário tem sido contestada por investigações com o feto (De Casper e Spence, 1986; Hepper, 1989) e por acompanhamentos de crianças nascidas pré-termo e que agora são escolares (Klein et al, 1989). “A sensibilidade ao tato é o primeiro sentido humano a aparecer, e se faz presente já nas sete semanas e meia de idade pós concepcional” (Gottlieb, 1983).

Adamson-Macedo (1985, 1987, p. 267-273) relata que uma modalidade simples de estimulação, na forma de movimentos suaves sistematicos de afago é apropriado. A intervenção por estímulo tátil tem sido alta em comparação a outros tipos de estímulo.

Para Macedo (1981, p. 268), o infante pré-termo está pronto para um tipo diferente de experiência: o mundo ao redor dele, sentido através da pele, era de dor, aspereza, violência, isolamento e miséria. Agora uma experiência nova e diferente, também através da pele, comunica uma mensagem suave e calmante, uma mensagem em silêncio, não invasiva, sem aspereza e sem dor.

A pele é o modo primário de se relacionar com os cuidadores. Um estímulo “apropriado ou atrativo”, disse Brazelton cria um rompimento e uma reorganização de natureza diversa dos estímulos que invadem e são inapropriados.

A estimulação deve ser uma experiência agradável, e não uma “perturbação”.

Stern (1985) introduziu um novo e fascinante conceito que ele chama “emoções de vitalidade”.

Wolke (1987), citou estudos relatando que bebês com peso de nascimento muito baixo, em unidades de cuidado intensivo para neonatos recebiam uma média de 234 procedimentos de manipulação em 24 horas. As implicações destas primeiras experiências começaram recentemente despertar a atenção de profissionais que trabalham com neonatos na Inglaterra.

Foi desenvolvido um novo modelo neuro-imunológico atualmente sendo testado para avaliar o efeito do toque terapêutico no desenvolvimento dos infantes pré-termo.

Haviam controvérsias sobre Se e Como infantes deveriam ser tocados, especialmente os pré-termos.

Adamson Macedo, em 1979, julgou imperativo definir cuidadosamente os estímulos a serem usados, a fim de desenvolver um método sistemático unimodal de estimular infantes pré-termos em suas incubadoras.

Discute-se o papel do afago suave sistemático, também conhecido como terapia “TAC-TIC”, no alívio da angústia e para aumentar a imunocompetência de infantes pré-termo. “TAC-TIC vem do inglês, Touching and Caressing, Tocando e Acariciando, Tender in Caring, Carinho em Cuidados”.

A terapia “TAC-TIC” foi o primeiro método sistemático de toques suaves com as pontas dos dedos ou palma das mãos, que foi designado especialmente para bebês prematuros sob cuidados intensivos especiais, em hospitais ingleses no ano de 1980. O conceito básico dessa terapia é que o bebê prematuro no seu direito como ser humano, está interagindo constantemente com o ambiente em um processo de troca desde a concepção; o bebê aprende com o ambiente e o modifica. Experiências precoces são importantes porque contribuem para o desenvolvimento da criança sob o ponto de vista físico, psicológico e social.

“É prática comum deixar bebês em incubadoras, sem comunicação com o mundo, para mantê-los “em segurança”, principalmente em países do terceiro mundo. Um ponto de vista mais extremo é que lidar (segurar) estes bebês seria prejudicial, colocando-os em risco” (Speidel, 1978).

Muitos estudos já tem demonstrado que o toque é benéfico para bebês recém-nascidos quando realizados apropriadamente (Hester in Macedo, 1994, p. 264). Observou-se então que o toque é uma necessidade tanto biológica como psicológica.

Assim, criou-se o “TAC-TIC”, abordagem unimodal empregando o “afagar sistemático”, que evita o bombardeamento sensorial do neonato pré-termo.

Receptores cutâneos incluem proprioceptores profundos e receptores táteis ambos sensíveis a pressão. Respostas diferentes nos bebês pré-termos, surgiram como resultado de pressões cutâneas profundas e leves (Carmichael, 1970; Obrzut e Hynd, 1986). Acredita-se assim haver dois sistemas funcionais distintos. Um que surge por estímulo fraco e outro por estímulo forte. “TAC-TIC” visa o que é criado em resposta ao estímulo fraco, de modo a se poder controlar variáveis tais como: pressão, intensidade e frequência, por meio de treinamento apropriado, para obter metas terapêuticas apropriadas.

O método “TAC-TIC” é uma seqüência sistemática de 22 ações, cobrindo todas as partes do corpo. Movimentos de acariciar, gentis e suaves.

Cabeça → 08

Pescoço → 02

Membros superiores (braços, palmas e dedos) → 03

Dorso → 06

Membros inferiores (Pernas, pés e dedos) → 03

Fazer o afago com a palma da mão ou com a ponta dos dedos dependerá da parte do corpo a ser acariciada.

Este método é empregado logo depois que a criança nasce, devendo seguir um programa de tempo de duração organizado pelo profissional de acordo com a avaliação clínica apresentada pelo bebê. A terapia “TAC-TIC” determina um tempo de duração de 20 minutos e no mínimo 3 a 4 vezes no dia. É importante ressaltar o cuidado com a pele do bebê prematuro, devido a presença de uma grande fragilidade capilar e bastante propensa a contrair infecções. As mãos que tocam devem ser desinfetadas, aquecidas e lubrificadas, o bebê deve ficar o maior tempo possível livre de suas roupas. O toque começa na cabeça com o bebê de frente e continua até os dedos dos pés. Depois disso, o bebê é carinhosamente “virado” e o processo repetido.

Existem quatro princípios básicos em TAC-TIC desenvolvido por Macedo (1994, p. 268).

Suavidade - Ritmo - Equilíbrio e Continuidade (recebem coletivamente acrônimo “Grec” Gentleness, Rhythm, Equilibrium e Continuity).

- Suavidade - Para bebês pequeninos em ventiladores. “Suave como uma borboleta” deverá ser o toque e a intenção transmitida pelo afago.
- Ritmo - É a “dança silenciosa”, cada movimento na mesma velocidade, com intervalo constante entre os movimentos.
- Equilíbrio - Porque alguns movimentos são mais calmantes, outros mais alertas; não há estrutura que super-estimule nem que perturbe, nestes movimentos.
- Continuidade - Porque uma mão está sempre afagando suavemente, tocando a pele do bebê.

De 1981 até 1983, “TAC-TIC” só foi usado em infantes pré-termo relativamente saudáveis, não em ventiladores; os resultados mostraram efeitos benéficos acumulados, em várias áreas do desenvolvimento. Estes achados encorajaram o uso do método para infantes pré-termo de alto risco em ventiladores e esta prática continuou desde 1985. Se o bebê está sob terapia de

oxigênio, faz-se uma variação tanto nos movimentos como na frequência do método de acordo com a condição individual do infante; as durações das sessões são também planejadas individualmente.

Mesmo com a evidência de que o sistema nervoso de um infante está suficientemente amadurecido para sentir dor com 20 semanas (Scanlon, 1991) muitas cirurgias em pacientes neo-natais são ainda feitas sem anestesia. Sabemos agora que a dor não tratada compromete o sistema imune da criança retardando sua recuperação da cirurgia (Anand e Hickey, 1987; Sparshott, 1989).

“Os bebês são neurologicamente capazes de sentir dor” (Porter, 1989), e isto é demonstrado através de suas respostas comportamentais e alterações endócrinas e fisiológicas. Os bebês também discriminam entre dor e ausência de dor, ou mesmo entre dor e prazer.

Macedo (1994, p. 268) levanta a hipótese de que a terapia “TAC-TIC” reduz a dor e a angústia do neonato, pela diminuição da secreção de hormônio de estresse e aumento na produção de endorfina. Este fenômeno em parte deve-se ao sistema de auto-regulação do bebê reforçado, a um fortalecimento do sistema imunológico, acelerando o processo de retirada do bebê da assistência ventilatória e aumento nos hormônios de crescimento e ganho de peso. Além disso, existem implicações para o desenvolvimento do bebê nos quais sua imagem melhora aos olhos dos pais e da equipe médica.

Macedo (1984, p. 177-180) apresentou duas hipóteses para explicar o ganho de peso mais rápido.

1º - Ganho de peso explicado pelo hormônio de crescimento.

2º - Melhor absorção de gordura devido a um sugar mais forte e, daí maior produção de saliva.

De acordo com Adamson Macedo (1993, p. 165-168) o afagar sistemático do bebê na terapia “TAC-TIC” deveria também tornar-se parte integral das atividades das enfermeiras. Seria apenas um estágio inicial, onde o

profissional passaria as habilidades e responsabilidades aos pais, para que estes continuassem os procedimentos iniciados na unidade.

Muitas enfermeiras e mães, que nunca se encontraram antes, agora enfrentam a mesma situação de esperança e morte, e compartilham o cuidado ou responsabilidades pelos infantes pré-termos. Tanto as enfermeiras como a mãe, neste mecanismo, tem medo de tocar, segurar ou ficarem apegadas a bebês tão frágeis que poderão não sobreviver às conseqüências de nascerem doentes ou prematuros.

Com o “TAC-TIC”, a reciprocidade de contato de pele pode oferecer dificuldades em algumas situações. Algumas enfermeiras e pais relatam que se sentem “tolos” afagando um bebê pequenino numa incubadora, ao passo que outros relatam que veem e sentem que o bebê responde positivamente ao afago, um resultado que faz com que as enfermeiras e pais queiram continuar estas atividades.

Quer o bebê seja cuidado em lã de cordeiro ou seguro a moda canguru (Whitelaw e Sleath, 1985) carregado (St. James - Robert et al, 1990), balançando para frente, de lado, para cima e para baixo ou se este pré-termo é massageado com ponta de dedos (Rice, 1977) acariciado suavemente com a ponta dos dedos ou palma das mãos (Adamson Macedo, 1981-1984). É o estímulo tátil que é o primeiro dos sentidos humanos a ser maturacionalmente e desenvolvimentalmente relevante. Assim, a pele é a primeira relação, a mais importante para o infante tanto à termo como pré-termo.

Não devemos esquecer Ashley Montagu que expressou os tabus culturais e sociais que cercam o “comportamento do toque”. Ele citou nos “ estados da vida humana” (Montagu, 1978, p. 01) um ditado por J.Lionor Taylor (1921), o maior sentido em nosso corpo é o sentido do toque. É provavelmente o sentido principal nos processos de adormecer e acordar; dá-nos o nosso conhecimento de profundidade ou espessura e forma; sentimos, amamos e odiamos, somos “melindrosos”, e somos tocados através dos corpúsculos de toque de nossa pele.

3.5 - UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) surgiram nas últimas décadas em função da preocupação com o aperfeiçoamento da assistência a clientes graves, de forma a atendê-los exclusiva e continuamente (Espírito Santo apud Barbosa, 1995).

Segundo Cat e Giraldi (1983, p. 01) a Unidade de Terapia Intensiva cujas características gerais são de um serviço de hospitalização para pacientes de extraordinária gravidade, onde se concentrariam os melhores recursos humanos e materiais, cujo propósito primário e fundamental é reduzir a mortalidade e morbidade destes pacientes mediante o fornecimento de serviços de atenção médica e de enfermagem especializada, integral e constantemente com a ajuda de equipamentos especiais de diagnósticos e tratamento.

Segundo Fonseca et al (1983, p. 03) o objetivo do Centro de Tratamento Intensivo é o atendimento adequado a pacientes agudos graves, porém, recuperáveis. Tal atendimento permanente e contínuo requer, além de equipamento adequado, pessoal especializado e treinado capaz de acompanhar e assistir o paciente grave com segurança e eficiência.

Segundo Barbosa (1995, p. 07) a denominação de “cuidado intensivo” sugere a presença de monitores, respiradores, fios, drenos, referindo uma gama de atividades que devem ser realizadas de modo intensivo, freqüente, rápido, geralmente subentendidos no plano físico, objetivo e imediato.

De acordo com Simão apud Barbosa (1995, p. 12) com a implantação das UTIs e a difusão dessa nova modalidade de tratamento, criou-se a necessidade de formar pessoal especializado e familiarizado com os equipamentos e materiais existentes nessas unidades, bem como com o tipo de patologia apresentada pelos indivíduos nela internados.

Sibbald e Inman (1992, p. 423), definiram a missão da terapia Intensiva como um campo multidisciplinar, voltado para os clientes que sofrem, ou estão em risco de sofrer condições de ameaça à vida, falência de um ou múltiplos sistemas e órgãos devido à lesão ou doenças. A terapia intensiva busca prover as necessidades desses clientes através da observação e intervenção imediata e contínua, de modo a restaurar a saúde e prevenir complicações.

Gomes apud Inhof et al (1995, p.02) afirma que o preciso papel das entidades de cuidados intensivos está na combinação do cuidado intensivo de enfermagem com a constante atenção médica, no atendimento dispensável ao paciente crítico. Para este autor, existem 5 requisitos essenciais para o cuidado intensivo:

- Enfermagem permanente com treinamento específico, completo e desenvolvendo um serviço contínuo;
- Pronto avaliação médica e complementação científica;
- Padronização técnica de investigação e tratamento;
- Definição de áreas e facilidades;
- Atitudes novas para o cuidado intensivo.

A literatura coloca que existe basicamente 3 tipos de UTI: Geral (adultos), Pediátrica (29 dias a 14 anos) e Neonatal, sendo que nessa unidade são atendidos recém-nascidos pré-termo com problemas graves e ainda aqueles portadores de patologias que mesmo à termo ou pós-termo necessitam de assistência especializada e contínua.

A unidade de cuidado intensivo neonatológica deve situar-se em local separado e independente de outros serviços médicos, deve situar-se próximo do Centro Obstétrico e da Unidade de Alojamento Conjunto, visando facilitar o transporte da criança.

O número ideal de leitos para a UTI neonatal deve ser de no máximo 6 leitos.

Segundo Segre e col. (1991, p. 437) a unidade neonatal tem por finalidades:

- Prestar assistência médico-hospitalar ao RN no hospital desde o nascimento até a alta;
- Prestar assistência médico-hospitalar ao RN nascido fora do hospital, durante o período neonatal, desde a internação até a alta hospitalar;
- Prestar assistência ambulatorial ao RN que tiver alta do serviço até 01 mês de idade.
- Promover o ensino da especialidade;
- Promover atividades científicas de pesquisa dentro da especialidade.

Em uma UTI neonatal deve existir uma equipe multidisciplinar de trabalho, com objetivo de atender integral e continuamente a criança.

Para Gomes (1992, p. 110), o cuidado de enfermagem neonatal intensivo tornou-se extremamente sofisticado durante a década de 80 a 90, devido avanços na tecnologia, pesquisa científica e ao maior conhecimento da dinâmica familiar. O papel da enfermeira na UTI neonatal é similar ao das áreas de cuidados mais críticos nos quais o nível de conhecimento avançado e as habilidades técnicas são requeridas. Certamente todas as enfermeiras devem ser capazes de interagir com os pacientes e suas famílias para apoiá-las durante a hospitalização.

O cuidado de enfermagem a neonatos gravemente enfermos constitui um processo muito complexo, que requer uma cuidadosa e contínua avaliação para determinar a eficácia tanto da terapia médica quanto da enfermagem

A enfermagem neonatal enfeixa uma variedade de funções, capacidades e responsabilidades exclusivas, que são essenciais para avaliar, entender e apoiar com segurança o recém-nascido e a família durante esse período crítico.

Sendo assim, segundo Piva (1989, p. 477) o profissional de enfermagem que trabalha em uma UTI neonatal deve ter as seguintes características: - gostar de lidar com bebês, ter interesse e motivação para trabalhar na UTI neonatal, habilidade, iniciativa, raciocínio objetivo, estabilidade emocional e sensibilidade.

Segundo Okikawa e Lund (1995, p. 156) as enfermeiras da unidade de tratamento intensivo neonatal devem prever os problemas e identificar sistematicamente o neonato e todo o sistema de apoio para reconhecer o início de quaisquer novos problemas. A enfermeira também é responsável pelo uso seguro e apropriado do equipamento técnico no tratamento dos neonatos muito doentes. Desempenha o papel principal como protetoras, defensoras e às vezes criadoras do neonato na UTI”.

Pizzato e Poian (1988, p.32) relatam que um dos objetivos da UTI neonatal é a atenção dispensada aos pais e sua participação nos cuidados da criança.

Considerando que o trabalho é realizado num ambiente fechado, que o tipo de paciente exige atenção permanente e que as situações de estresse são frequentes, é importante que haja um bom relacionamento entre a equipe, incentivo para cursos de aperfeiçoamento, treinamento constante, etc.

Entretanto, frente a tudo isso é imprescindível que se faça uma avaliação emocional do bebê que está limitado por uma série de fatores, submetido a aparelhagens desconhecidas. É ao recém-nascido, com suas “necessidades psicológicas, psicossociais e psicoespirituais” que se presta assistência de enfermagem o mais humanizado possível.

4 - REFERENCIAL TEÓRICO

Para nortear o presente trabalho, utilizamos a teoria das Necessidades Humanas Básicas(N.H.B.) de Wanda de Aguiar Horta.

Segundo Peixoto e Silva, citado por Nitschke(1991, p.57), o referencial teórico representa idéias, crenças e valores sobre indivíduos, situações e eventos que permeiam ou deverão permear a prática assistencial e educacional. Já Monticelli apud Inhof et al(1995, p.13) conceitua marco conceitual como uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que compõe.

Tanto o marco conceitual quanto as teorias fornecem a fundamentação para a prática, isto é, são guias que orientam e ordenam a ação do profissional. São, em níveis diferentes, um sistema de referência para a prática. Neste estudo entendemos o marco conceitual, como um conjunto de pressupostos e conceitos elaborados à luz da teoria das Necessidades Humanas Básicas e que servem de guia para levantar dados, identificar problemas, diagnosticar necessidades afetadas e avaliar a assistência prestada.

Analisando as teorias existentes, decidimos optar pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta em função do pressuposto de que o cliente interage continuamente com o seu meio. Além disso, a teoria também auxilia a Enfermeira a traçar um perfil biopsicossocial e espiritual do cliente, procurando desse modo, atender suas necessidades básicas

afetadas, além de servir de guia para melhor planejar, intervir e avaliar a assistência prestada ao recém-nascido prematuro internado em UTI neonatal .

Para a aplicação do projeto assistencial, foram feitas algumas adaptações nos conceitos da teoria de Wanda Horta e foram utilizados alguns passos de seu processo(Histórico, Prescrição e Evolução de Enfermagem), os quais são aplicados no Berçário de Alto Risco do Hospital Universitário.

O método de assistência utilizado no Hospital Universitário está fundamentado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, através do processo de Enfermagem, e no prontuário orientado para o problema preconizado por WEED.

4.1 - CONHECENDO A TEORISTA

Wanda de Aguiar Horta, foi uma idealista, uma pioneira e uma cientista. Lecionou durante 20 anos na Escola de Enfermagem da USP, criou a Revista “Enfermagem de Novas Dimensões.” Em 1968 desenvolveu um método que proporcionou a observação dos aspectos físicos dos problemas de Enfermagem com o intuito de introduzir a técnica da observação sistematizada na prática. Após isto, ela desenvolveu a teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Foi a pioneira no Brasil a incentivar a utilização de uma teoria que servisse de guia para o planejamento, direcionamento, coordenação, execução e avaliação da Assistência de Enfermagem, baseando-se por sua vez, na motivação humana segundo Maslow, e adotando a classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo João Mohana.

Sua última publicação foi o livro “Processo de Enfermagem”(1979), que contém a teoria das Necessidades Humanas Básicas e sua operacionalização.

Os passos ou fases que compõe o Processo de Enfermagem segundo Horta são: (1) Histórico de Enfermagem; (2) Diagnóstico de Enfermagem; (3) Plano Assistencial de Enfermagem; (4) Prescrição de Enfermagem; (5) Evolução; (6) Prognóstico.

Descreveremos a seguir os passos que aplicamos da teoria selecionada, com o intuito de colocar o leitor a par dos princípios que nortearam o nosso trabalho.

4.2.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Constitui-se de um levantamento de dados a respeito do cliente, que tornam possível o desenvolvimento de todas as outras fases do Processo de Enfermagem. O Histórico de Enfermagem deve ser individualizado, sem repetições, claro e preciso. Deve colher informações que permitam dar um cuidado imediato.

Horta(1979, p.35), define Histórico de Enfermagem como “o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, que torna possível a identificação de seus problemas.” Para coletar dados, Horta(1979) utilizou a classificação de João Mohana em seus três modelos de histórico, possibilitando o levantamento dos problemas do indivíduo por necessidades e permite visualizá-lo como um todo, indivisível e único.

4.2.2 - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Segundo Horta (1979, p.36) “é o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a equipe de Enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das Necessidades Básicas, específicas do ser humano”.
Recomenda: considerar as prioridades do cliente nas prescrições; a enumeração dos itens; a utilização dos verbos no infinitivo e indicativo; da dependência da

Enfermagem a checagem das prescrições quando realizadas; a avaliação do cuidado prestado e clareza, concisão e especificidade das prescrições.

4.2.3 - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorre no ser humano enquanto *estiver* sob assistência profissional” (Horta, 1979, p.67).

A Evolução é em síntese, uma avaliação global do plano de cuidados, deve ser comparativa, para continuar ou alterar a assistência de Enfermagem. Nesta etapa a Enfermeira não só avalia as respostas do RNPT aos cuidados prestados como também relata as mudanças na sua situação.

A Evolução foi realizada através do Método Orientado para o Problema (Sistema Weed), sendo que este está fundamentado no método científico de resolução de problemas, tendo quatro componentes. São eles: banco de dados iniciais, lista de problemas, prescrição e notas de evolução. As notas de evolução são divididas em quatro partes, designada pela sigla **SOAP**.

Definiremos os componentes da sigla **SOAP** através de estudos realizados no HU.

S- Dados Subjetivos: São informações e observações do paciente (família, amigos ou responsáveis) sobre eles mesmos, observa, ou seja: o que o paciente sente, observa e ou acredita ser.

O - Dados Objetivos : São observações ou dados mensuráveis obtidos por elementos da equipe de Enfermagem e/ou saúde , tais como: Observações clínicas (sinais e sintomas) resultado de exames que requerem ações de Enfermagem, resultado da execução de cuidados, tratamentos, orientações, etc.

A - Análise : Explica e interpreta o significado dos dados objetivos e subjetivos. Aqui o profissional registra a sua opinião sobre como definir problema num grau de maior precisão. Avalia ao mesmo tempo a evolução da conduta adotada e a identificação de novos problemas. Devem estar incluídas as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta.

P- Plano: Representa a decisão para tomar uma conduta específica baseada em novos dados e na análise.

Através do Processo de Enfermagem acreditamos que é possível identificar as respostas do RNPT internado em UTI Neonatal e atender as suas necessidades em decorrência do seu problema de saúde que motivou sua internação.

Salientamos que para o desenvolvimento desta metodologia pressupõe-se questões éticas importantes a serem consideradas. Principalmente por que o processo proposto é decorrente da interação que ocorre entre nós, RNPT e família que participa nos cuidados ao RNPT internado em UTI Neonatal . Para tanto, foi assegurado aos pais o aspecto facultativo de suas participações, sendo o anonimato e o sigilo resguardados. Foram garantidas também quaisquer informações que a família quisessem saber sobre nossa proposta de trabalho em qualquer momento de seu desenvolvimento.

4.2.4 - PRESSUPOSTOS BÁSICOS QUE NORTEARAM O PRESENTE ESTUDO

Os pressupostos a seguir colocados foram criados para nortear o presente estudo, sendo esses baseados em Horta e nas nossas próprias crenças:

- *O RNPT internado em UTI Neonatal têm necessidades básicas que precisam ser atendidas para sair da situação de risco.*
- *Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas pela Enfermagem dizem respeito ao cuidado do RNPT, isto é, como atendê-lo em suas NHB.*
- *“A Enfermagem é prestada ao Ser Humano e não a sua doença ou desequilíbrio” (Horta, 1979, p.31).*
- *O conhecimento do RNPT a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber e características específicas, exigindo por isso o auxílio de profissionais habilitados.*
- *A família do RNPT internado em UTI Neonatal participa do cuidado integral ao filho contribuindo no levantamento de suas necessidades básicas e auxiliando a Enfermagem a desenvolver o Processo Assistencial.*

Os enfermeiros e a família atuam de maneira conjunta buscando a recuperação e integração do recém-nascido prematuro.

4.3 - DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS

O quadro a seguir visa facilitar o entendimento dos conceitos de Bralic(1992), Cherubin(1985), Inhof(1995), Horta(1979) , Souza(1995) bem como os nossos que foram trabalhados na UTI Neonatal.

Quadro 01- *Conceitos de Bralic, Cherubin, Inhof, Horta, Souza bem como os nossos propostos para o trabalho.*

Conceitos segundo Wanda de Aguiar Horta	Conceitos propostos para o trabalho.
<p>1-Ser Humano/Indivíduo. “É um todo, está em constante interação com o universo dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Os desequilíbrios geram no ser humano necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.”(Horta, 1979, p.28).</p>	<p>1-Ser Humano/Indivíduo Prematuro “Ser Humano indivisível, único, imaturo, sonolento, imprevisível e frágil, que nasceu antes do período esperado e está em constante interação com o ambiente trocando energia. No momento encontra-se internado na UTI Neonatal pois possui desequilíbrios de Necessidades Humanas Básicas(sempre dependendo totalmente da Enfermagem, outros profissionais de saúde e principalmente de sua família para recuperar seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.”(Inhof et al, 1995, p.14-15).</p>
<p>2- Ser Humano/Familiares “É um todo, está em constante interação com o universo dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Por suas características é também agentes de mudança no universo dinâmico, os desequilíbrios geram necessidades que precisam ser atendidas para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.”(Horta, 1979, p.28).</p>	<p>2- Ser Humano/Familiares. “A família do RNPT é um todo, em constante interação e transformação com o ambiente, dando e recebendo energia. É uma família que torna-se ansiosa, insegura, desconfiada, temerosa e despreparada. Esta situação é gerada em função da chegada inesperada do ser humano em processo de desenvolvimento e pela mudança na estrutura psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual. Para Levin, citado por Maximiano et al(1994, p.121), “poucas famílias de recém-nascidos prematuros, precisamente os pais possuem um nível de conhecimento médico e desligamento emocional suficientes para uma compreensão plena e não distorcida a respeito dos problemas de saúde de seu filho e do plano terapêutico. Esta falta de entendimento aumenta a confusão e ansiedade vivida pelos pais.” Julgamos necessário trazer os pais aos Berçários de Alto Risco afim de dar-lhes uma chance de tocar e sentir algo por seus pequenos bebês, de trabalharem com suas ansiedades, de conhecer seus bebês prematuros, criando dessa forma fortes laços entre o trinômio.</p>

<p>3- Ser Humano/Equipe de Enfermagem “É um todo, está em constante interação com o universo dando e recebendo energia, esta dinâmica provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Por suas características é também agente de mudança no universo dinâmico, os desequilíbrios geram necessidades que precisam ser atendidas para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.”(Horta, 1979, p.28).</p>	<p>3- Ser Humano/Equipe de Enfermagem “São seres humanos que estão em constante interação com o ambiente da UTI Neonatal, dentro e fora do hospital estão sujeitos a estressores do ambiente que poderão afetar ou não seu lado emocional.”</p>
<p>4-Necessidades Humanas Básicas * “Estado de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. As Necessidades Humanas Básicas são universais.”(Horta, 1979, p.28)</p>	<p>4-Necessidades Humanas Básicas. “São conjuntos de entes do ser humano, cujas funções podem ser representadas pela busca do necessário. Necessidades: são entes dos seres vivos e da Enfermagem, representadas pela busca do necessário, indentificáveis em qualquer estado em que o indivíduo se encontre. As necessidades formam uma base de necessidades e são fundamentais ou particulares. A totalidade de seus entes caracteriza a individualidade, unicidade e indivisibilidade do ser humano. As Necessidades caracterizam-se também por serem universais, latentes, vitais, flexíveis, constantes e infinitas.”(Paula, 1985). O recém-nascido pré-termo submetido ao tratamento intensivo apresenta quase todas suas Necessidades Básicas em desequilíbrio. Sendo que este pode prevalecer a nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, dependendo de cada paciente.</p>

* Anexo 01- classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo Horta.

<p>5- Saúde “É estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.”(Horta, 1979, p.29).</p>	<p>5- Saúde “É entendida como o equilíbrio das Necessidades Humanas Básicas, a nível psicobiológico, psicossocial, psicoespiritual ou psicoafetivo, onde o recém-nascido prematuro tenha condições de sobreviver sem o auxílio de equipamentos e do pessoal da UTI(incluindo a Enfermagem).”(Inhof et al, 1995, p.15). A palavra saúde é um tanto subjetiva e depende da interpretação de cada um, pois o que é saúde para nós, pode ser doença para outros. Para o recém-nascido prematuro internado em UTI Neonatal, é a capacidade deste de reagir perante uma situação que o oprime. Levando-se em consideração que cada indivíduo reage de forma diferente diante das situações a qual está sendo submetido.</p>
<p>6 - Doença “É o estado de desequilíbrio devido ao desconforto prolongado pelo não atendimento ou atendimento inadequado das Necessidades Humanas Básicas.”(Horta, 1979, p.29).</p>	<p>6 - Doença. “Doença é entendida como a instalação de um desequilíbrio súbito ou já existente, caracterizado por afetar as Necessidades Humanas Básicas de forma aguda, a qual determinará a interação deste recém-nascido na UTI, podendo representar um risco de vida mas com possibilidade de recuperação.” (Inhof et al, 1995, p.15). Se caracteriza por apresentar sinais de disfunções e incapacidades psicobiológicas, psicossociais, psicoespirituais nos aspectos de crescimento e desenvolvimento.”</p>
<p>7 - Interação. “É a forma através da qual se processa a troca de energia entre o ser humano e o universo dinâmico.”(Horta, 1979).</p>	<p>7 - Interação. “É o processo de troca de energia entre os recém-nascidos prematuros de UTI Neonatal, seus familiares e o ambiente que os cerca. A interação do recém-nascido prematuro com o meio muitas vezes é prejudicada devido sua fragilidade, complexidade e tecnologia, sendo importante que ocorra a relação recém-nascido prematuro-família-equipe, de forma intensa, verdadeira e espontânea, procurando assim amenizar a hostilidade e mecanização do ambiente.”</p>

<p>8 - Enfermeiro. “É um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações, é aberto para o futuro, para a vida e nela se engaja pelo compromisso assumido com a Enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de Enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos.”(Horta,1979, p.03).</p>	<p>8 - Enfermeiro. “Enfermeiro de UTI Neonatal é um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações, é aberto para o futuro, para a vida e nela se engaja pelo compromisso assumido c/a Enfermagem de prestar assistência às Necessidades Humanas Básicas a nível psico-bio-sócio-espiritual do RN prematuro e família submetidos a terapia intensiva, tornando-os independentes quando possível dessa assistência, pelo recebimento de conhecimentos e habilidades fornecidos pela sua formação profissional e outorgados pela sociedade a cuidar de gente.” Possui alguns atributos, entre eles: sensibilidade para despertar para a compreensão do outro e de si, aceitação do outro independente da sua condição de estar doente ou não, a disposição de dar de si aos outros, a disposição para ouvi-lo, a intenção de cuidar, os sentimentos de humanidade(amor, dedicação e compaixão ao próximo), a paciência, a sinceridade, a preocupação, a prudência ao agir, o compromisso com a valorização da vida humana, a fé e a esperança</p>
<p>9 - Assistência de Enfermagem. “É a aplicação pelo(a) Enfermeiro(a) do Processo de Enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as Necessidades Básicas do ser humano.”(Horta,1979, p.86).</p>	<p>9 - Assistência de Enfermagem. “Em UTI Neonatal , é a aplicação pelo(a) Enfermeiro(a) do Processo de Enfermagem como forma de sistematizar a assistência prestada que visa atender as Necessidades Humanas Básicas do ser humano prematuro, respeitando as prioridades de cada um.”(Souza et al, 1995, p.25).</p>
<p>10 -Cuidado de Enfermagem. “É a ação planejada, deliberada ou automática do(a) Enfermeiro(a), resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser Humano.”(Horta,1979, p.36).</p>	<p>10 -Cuidado de Enfermagem. “É a ação e interação, direcionada ao RN prematuro, seus familiares, equipe de Enfermagem por meio de procedimentos que exigem delicadeza e engenhosidade, percepção, comunicação, observação de desvios sutis daquilo esperado no RN prematuro, bem como a capacidade de implementar uma intervenção sensata, visando prevenir, minimizar, ou eliminar fatores que afetam suas Necessidades Humanas Básicas”. É uma experiência vivida, um conhecimento pessoal interior desenvolvido a partir e dentro do modo do indivíduo ser-no-mundo.</p>

Conceito segundo Cherubin	Conceito proposto para o trabalho.
<p>11- Humanização</p> <p>“Humanizar não é uma técnica, nem uma arte e muito menos um artifício e sim um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando realizá-la e dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento do hospital.”(Souza et alli, 1985, p.77).</p>	<p>11 - Humanização</p> <p>“Humanizar não é uma técnica nem uma arte, e muito menos um artifício, e sim um processo vivencial que permeia toda atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando realizá-la e dando a clientela , a seus familiares e a equipe de Enfermagem o tratamento que merecem como seres humanos.”(Inhof et alli, 1996, p.11).</p> <p>“Humanizar-se é viver aprendendo e sendo cada vez mais gentilmente amoroso.”(Gaiarsa apud Ferreira, 1996, p.01).</p>

Conceito segundo Bralic.	Conceito proposto para o trabalho.
<p>12- Estimulação Precoce</p> <p>“ Estimulação Precoce em português não traduz exatamente, o sentido de “estimulacion temprana” ou “early intervention”, sendo o conjunto de ações que tendem a proporcionar a criança as experiências necessárias, a partir de seu nascimento para lhe garantir o desenvolvimento máximo de seu potencial.”(Bralic apud Ramos et al, 1992, p.09).</p>	<p>12- Intervenção Precoce</p> <p>Entendemos Intervenção Precoce especialmente a estimulação tátil como sendo uma sequência sistemática de movimentos , de toques, cobrindo todo o corpo, aplicados com delicadeza, ritmo, equilíbrio e continuidade em um ambiente calmo, confortável e com temperatura agradável. Tal intervenção deverá ser aplicada o mais precocemente possível, sendo que o toque contribuirá para seu futuro desenvolvimento físico-psico-social. Pois o ser humano prematuro está interagindo constantemente com o ambiente em um processo de troca desde a concepção.</p>

5 - METODOLOGIA

5.1 - DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Desenvolvemos este trabalho em uma instituição hospitalar, no município de Florianópolis, Santa Catarina, com RNPT e suas famílias. A instituição escolhida para desenvolver este trabalho foi a Maternidade do Hospital Universitário, situada no Campus da Universidade Federal de Santa Catarina, no bairro Trindade.

O Hospital Universitário, foi inaugurado no dia 2 de maio de 1980 e é administrado com recursos federais e desde esta data serve tanto aos alunos como à toda comunidade que procura seus serviços, sendo que a maioria é de origem pública. Segundo informações do responsável pelo serviço de estatística do hospital a taxa de ocupação é de 77,54%, quase que constantemente. Os índices hospitalares sobre taxa de ocupação, média de permanência, média diária de internação, rotatividade, número de leitos e outros encontram-se em anexo (Anexo 02). O número de funcionários atualmente é de 1.226 profissionais permanentes, 113 contratados pela FAPEU(Fundação de Amparo a Pesquisa e Extensão Universitária) e 74 bolsistas contratados pela FAPEU e pela PRAC(Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários). Estes funcionários estão divididos por áreas conforme o organograma da instituição em anexo (Anexo 03). Quanto a posição da Divisão de Enfermagem, segundo a chefe de

Enfermagem, trata-se de um órgão diretamente subordinado à Direção Geral, passando por um processo de eleição que envolve todos os profissionais de Enfermagem.

O Hospital Universitário por se tratar-se de um hospital escola, recebe alunos de vários cursos, enfermagem, medicina, psicologia, nutrição, serviço social, farmácia, engenharia e outros, tanto a nível de graduação como de pós-graduação, preocupando-se no sentido que as atividades de ensino sejam sempre revertidas no sentido de proporcionar uma melhor assistência.

A Maternidade do Hospital Universitário, localizada no segundo andar, foi inaugurada no dia 24/10/95. A mesma se divide em seis setores: Admissão, Triagem, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Centro de Aleitamento Materno(CIAM) e Berçário de Alto Risco. É a primeira Maternidade no Estado de Santa Catarina a permitir a presença do pai e/ou acompanhante em todo processo de nascimento.

No Berçário de Alto Risco existem quatro salas destinadas à assistência ao recém-nascido: UTI Neonatal, local onde são internados os bebês prematuros, com problemas orgânicos ou com baixo peso. São prestados cuidados específicos, por essa razão conta com monitores, respiradores, fios, aspiradores e uma parafernália tecnológica que supõe um cuidado intensivo e rápido, com pessoal especializado; Cuidados Intermediários, nesta sala permanecem os bebês que tiveram alta dos cuidados intensivos ou que precisam ganhar peso; Observação, aqui ficam todos os bebês com necessidade de cuidados mínimos; e Isolamento, permanece os bebês que possam estar infectados. Suportando um total de 16 leitos, assim distribuídos: 04 vagas na sala de cuidado intensivo, 06 vagas na sala de cuidados intermediários, 04 vagas na sala de observação e 02 vagas no isolamento. O uso das cores bege, azul claro e branco para pintura do ambiente foram escolhidas a partir de um estudo de cromoterapia feito pela Comissão de Implementação da Maternidade do HU. A planta física do Berçário encontra-se em anexo (Anexo 04). Nesse Berçário só são admitidos bebês nascidos na própria Maternidade do HU, sendo que a

demanda gira em torno de 03 pacientes/dia. Desde sua inauguração, em 26/10/95, até o presente momento, o Berçário de Alto Risco atendeu 506 recém-nascidos. As principais causas de internação neste setor são: Prematuridade, Problemas Respiratórios, Hipoglicemia, Problemas Cardíacos, entre outros.

Para prestar assistência, o Berçário de Alto Risco conta com 57 funcionários, sendo eles: 08 Enfermeiros, 23 Técnicos de Enfermagem, 10 Auxiliares de Enfermagem, 15 Neonatologistas e para os serviços burocráticos, 01 Assistente Administrativo. Conta ainda com apoio de uma Psicóloga, uma Assistente Social e uma Nutricionista, sendo que as três últimas atendem toda a Maternidade. A grande maioria dos funcionários desta Unidade cumpre uma carga horária de 36 horas semanais. A assistência é programada diariamente de acordo com o número de funcionários presentes no plantão.

Durante o período de internação do recém-nascido no Berçário de Alto Risco, os pais têm permissão de acesso 24 horas por dia para permanecerem com o mesmo. A mãe pode amamentar seu filho quando possível, caso contrário é orientada para realizar ordenha manual, oferecendo imediatamente ao seu filho ou deixando seu leite no lactário para então poder ser dado ao recém-nascido. As informações sobre o recém-nascido à família é dada preferencialmente aos pais, quando os mesmos estão presentes.

Um outro dado importante sobre local de estágio é que a equipe interdisciplinar da Maternidade do HU da UFSC, cujos princípios filosóficos se baseiam na humanização da assistência pré e perinatal, sensibilizou-se com a proposta do programa Mãe Canguru, iniciando sua implantação no Berçário de Alto Risco em junho de 1996.

O Programa Mãe Canguru idealizado pelos autores Hector Martinez e Edgar Rey, em 1979, no Instituto Materno de Bogotá, Colômbia surgiu frente a uma situação crítica de prematuridade, problemas de super população, infecção cruzada, alta taxa de mortalidade neonatal e abandono. A técnica deste programa deriva-se da semelhança com os marsupiais(canguru) que carregam e

amamentam suas crias após sua alta. O bebê é colocado na posição canguru(vertical), em contato pele a pele com sua mãe e entre seus seios. O Amor, o Calor e o Aleitamento Materno são os três pilares que constituem a essência do programa Mãe Canguru.

O método Mãe Canguru tem como objetivos: estimular a relação afetiva entre a mãe e seu bebê; desenvolver na mãe auto-confiança para cuidar de seu bebê; promover e estimular o aleitamento materno como alimentação básica do RNPT; melhorar o prognóstico e tratamento desses bebês. Tem como critério para iniciar o método: condição clínica estável do bebê, adequada resposta aos estímulos, capacidade de manter sua temperatura, ausência na mãe de infecções ou desconforto físico e desejo de ficar com seu filho na posição canguru.

O Programa Mãe Canguru é considerado atualmente um modelo de atenção integral, seguro e humanizado, no manejo com RNPT, permitindo não só condições favoráveis para seu crescimento como também para seu desenvolvimento psicoafetivo.

5.2 - POPULAÇÃO ALVO

O foco central desse trabalho foi o RNPT e sua respectiva família, pois acreditamos que entre eles há um vínculo afetivo que promove a interligação entre os mesmos e que um trabalho para ser efetivo não pode ser feito com a dissociação dos mesmos.

Para a aplicação do Processo de Enfermagem e da estimulação tátil baseada método “ TAC-TIC” , estabelecemos um critério de escolha: selecionar RNPT cuja família estivesse acompanhando-o no processo de hospitalização. Não delimitamos o número de recém-nascidos a serem assistidos tendo em vista que a UTI Neonatal comporta apenas 04 internações, sabendo que recém-nascidos prematuros permanecem durante um longo período internados, a rotatividade torna-se pequena, e com isso corríamos o risco de no

período de estágio não haver demanda suficiente para aplicação do projeto assistencial.

5.3 - PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

OBJETIVO 01- Conhecer a estrutura de trabalho desenvolvida no Berçário de Alto Risco do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

ESTRATÉGIAS:

Realizaremos um pré-estágio com o objetivo primordial de conhecer o funcionamento do berçário de alto risco e favorecer a integração com a equipe multiprofissional. Pretendemos também compartilhar a assistência direta prestada ao RNPT e família junto com está equipe. Procuraremos, dessa forma, facilitar nossa atuação durante o desenvolvimento do estágio obrigatório.

Estabeleceremos uma carga horária de 60 horas, sendo que as atividades práticas poderão ser realizadas nos períodos matutino ou vespertino, dependendo da nossa disponibilidade bem como das supervisoras.

Acreditamos enfim, que a troca de vivências e experiências nos aproxima da equipe, contribuindo na manutenção de um relacionamento mais agradável.

Este objetivo será alcançado se antes do período de estágio obrigatório realizarmos um pré-estágio com carga mínima de 60 horas e conseguirmos atuar com a equipe multiprofissional na assistência, em um ambiente agradável para trocar informações.

OBJETIVO 02- Adquirir e atualizar conhecimentos sobre Desenvolvimento Global da Criança, Recém-Nascido, RNPT e sua Família, Estimulação Tátil no RNPT e UTI Neonatal.

ESTRATÉGIAS:

Ao longo do período de elaboração do projeto e atividades no campo, pretendemos realizar leituras, fichamentos e discussões com as orientadoras, supervisoras, Enfermeiras do setor e outros profissionais da saúde, trocando, dessa forma, informações e aprimorando nossos conhecimentos anteriores.

Pretendemos ainda participar de possíveis eventos, treinamentos e reuniões, por entender que os mesmos nos fornecerão subsídios acerca dos temas referidos acima e auxiliarão no nosso trabalho, além de contribuir para o nosso crescimento profissional.

O objetivo será alcançado a partir do momento que se iniciarem as leituras, fichamentos, discussões e se possível, concomitante participação em eventos, treinamentos e reuniões, os quais nos auxiliarão a adquirir e atualizar conhecimentos.

OBJETIVO 03- Prestar assistência de Enfermagem ao RNPT e sua família, com base nos conceitos propostos para o trabalho e na metodologia assistencial utilizada na instituição.

ESTRATÉGIAS:

Desde o início do estágio prestaremos assistência ao RNPT e sua família. Para isto, pretendemos acompanhar e efetuar diariamente a passagem de plantão, coletar dados, buscar e trocar informações com a equipe

multiprofissional, identificando as prioridades do RNPT e sua família, fazendo isso, teremos também, conhecimentos necessários para informar à família do RNPT sobre a real situação do mesmo, respeitando os princípios de proteção dos direitos humanos. Para levantar dados acerca do RNPT analisaremos Histórico de Enfermagem utilizado pela Unidade Neonatal (Anexo 5), se o mesmo já estiver preenchido, caso contrário, iremos fazê-lo. Já para o levantamento das necessidades psico-sócio-espirituais da família, utilizaremos um questionário. Esse instrumento (questionário), será aplicado junto a família, em três momentos distintos, com um intervalo de uma semana. No primeiro contato com a família lançaremos as perguntas: **primeiro momento**: * Como se sente frente a situação de hospitalização do bebê?; * O que você está esperando da recuperação de seu filho?; * O que poderia ser feito para lhe ajudar?; **segundo momento**: * Quando você viu o RNPT pela primeira vez, o que teve vontade de fazer naquele momento?; * O que você sentiu quando tocou seu filho pela primeira vez?. No **terceiro momento** (final) será então aplicada a última pergunta: * Como você está se sentindo neste momento?

Para todas as perguntas que serão realizadas no decorrer do estágio junto à família, o método de análise das mesmas seguirá os seguintes passos: 1º. Sublinharemos temas que representem Necessidades Humanas Básicas afetadas; 2º. Agruparemos os temas de acordo com sua semelhança; 3º. Estipularemos para cada grupo de temas, uma “Necessidade” que tenha ligação com os mesmos. A princípio para isso, nos basearemos na listagem das Necessidades Humanas Básicas estabelecidas por Horta.

Cabe ressaltar que não iremos trabalhar com valores quantitativos, pois buscamos apenas levantar as necessidades da família para depois planejarmos atividades de grupo ou individuais, a fim de satisfazer as necessidades da família que estão sobre nosso alcance, algumas dessas necessidades poderão se sanadas por nós ou com a ajuda de outros profissionais. Queremos deixar claro que, caso as perguntas acima não estejam fornecendo as respostas que almejamos iremos modificá-las ou substituí-las. A partir daí, poderemos então planejar uma assistência individualizada a família.

Em cada procedimento executado junto ao RNPT, procuraremos orientar a família quando presente, acerca do que será feito e qual a necessidade de fazê-lo.

O objetivo será alcançado à medida que prestarmos assistência junto ao RNPT e família baseada nos conceitos propostos para o trabalho, identificarmos suas principais necessidades durante a hospitalização e aplicarmos a metodologia assistencial do HU.

OBJETIVO 04- Planejar de acordo com a capacidade de cada RNPT um programa de estimulação tátil, baseado no método “TAC-TIC”, levando em consideração sua situação atual de saúde para evitar que o mesmo não sofra qualquer tipo de stress.

ESTRATÉGIAS:

Acreditamos que é sumamente importante deixar claro a família do RNPT indistintamente, quem somos e o que pretendemos realizar com esse trabalho. Esta conduta deverá ser repetida durante o transcorrer do estágio, pois pretendemos dessa forma informar aos mesmos sobre os nossos objetivos.

No primeiro contato com a família apresentaremos uma declaração (autorização) elaborada por nós (Apêndice 1) solicitando o consentimento para executar estimulação tátil no RNPT. Recebendo então o consentimento, e de acordo com a condição do RNPT aplicaremos estimulação tátil conforme preconiza o método “TAC-TIC”, com delicadeza, ritmo, equilíbrio e continuidade, em um ambiente o mais calmo possível, buscando provocar uma sensação e conforto ao RNPT.

Procuraremos favorecer ao RNPT um posicionamento mais adequado, com o intuito de melhorar sua ventilação pulmonar e prevenir o surgimento de contraturas musculares e possíveis deformidades anatômicas.

Almejamos estabelecer uma interação entre RNPT/nós/família, buscando atendê-los como seres bio-psico-sócio-espirituais.

Concomitante a estimulação tátil, realizaremos relatórios de acompanhamento do RNPT, sendo estas feitas através de um instrumento que pretendemos criar durante o estágio(devido ao fato de estarmos aguardando maiores informações sobre o método "TAC-TIC"). Neste instrumento anotaremos os comportamentos apresentados pelos RNPT no decorrer do período que aplicarmos a estimulação tátil. Isto nos possibilitará uma observação mais acurada acerca do desenvolvimento neuropsicomotor do mesmo.

Teremos este objetivo alcançado se no decorrer do estágio após consentimento dos pais, aplicarmos nos RNPT o programa de estimulação tátil, baseado no método "TAC-TIC", avaliando e registrando os resultados obtidos após o mesmo.

OBJETIVO 05- Buscar envolvimento da família e equipe de Enfermagem para aplicar estimulação tátil junto ao RNPT.

ESTRATÉGIAS:

Para buscar este envolvimento, necessitaremos explicar a família e equipe de Enfermagem sobre o que é estimulação tátil e a importância de aplicá-la em RNPT. No decorrer do nosso estágio pretendemos assumir efetivamente o papel de "educadoras em saúde", mas educadoras dispostas a trocar informações, contextualizar experiências e servirmos de mediadoras em certos conhecimentos científicos.

Procuraremos estimular a família e equipe de Enfermagem através de convites verbais e escritos a participarem de atividades de grupo ou individuais(oficinas, palestras, debates), buscando combinar o horário de

disponibilidade da equipe e família com horário das atividades propostas por nós. Pretendemos encorajar a interação RNPT/família/equipe de enfermagem por acreditarmos que durante o período de internação hospitalar, a família e a equipe de Enfermagem são as pessoas mais próximas do RNPT.

Quanto aos demais profissionais de saúde envolvidos na assistência do RNPT selecionado, buscaremos conversar individualmente explicando-lhes qual o nosso propósito de atuação nesse campo e solicitaremos sua colaboração.

O objetivo será considerado alcançado quando família/equipe de Enfermagem e demais profissionais da saúde estiverem a par de nossos propósitos, e conseguirmos trocar conhecimentos através de atividades de grupo ou individuais e que juntamente conosco a família e equipe de Enfermagem comecem aplicar estimulação tátil no RNPT.

6 - APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Neste capítulo, passamos a apresentar os objetivos propostos, bem como fazemos a discussão e análise das estratégias anteriormente determinadas, finalizando com a avaliação de cada objetivo.

Cabe ressaltar que mudanças se fizeram necessárias na redação e organização dos objetivos, estratégias e formas de avaliação. Destacamos que estas mudanças em nada comprometeram a essência de nosso trabalho, apenas contribuíram para torná-lo didaticamente e metodologicamente mais claro e coerente.

A seguir, passamos a descrever cada um dos objetivos desenvolvidos.

6.1 - OBJETIVO N^o 1

→ Conhecer a estrutura de trabalho desenvolvida no Berçário de Alto Risco do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

Para o alcance deste objetivo, realizamos um pré-estágio no Berçário de Alto Risco do Hospital Universitário, no período de 05/02 a 25/02 de 1997, com carga horária de 120 horas. Este estágio foi realizado no período matutino e

vespertino, dando sempre preferência para os dias em que nossas supervisoras estavam presentes em campo de estágio. O objetivo primordial desse pré-estágio foi de conhecer o funcionamento do Berçário de Alto Risco e favorecer a integração com a equipe multiprofissional do Berçário.

Nos primeiros dias de estágio, trabalhamos para que todos os membros da equipe multiprofissional conhecessem-nos e soubessem qual o propósito de nossa presença nessa unidade.

No decorrer do pré-estágio pretendíamos manter uma integração efetiva com a equipe, compartilhar a assistência direta prestada ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e família. Duas formas que encontramos de nos integrarmos mais facilmente aos membros da equipe multiprofissional foi compartilhar a assistência e o processo ensino-aprendizagem. Observamos que era possível compartilharmos a assistência, realizando os procedimentos e técnicas que assumíssemos com responsabilidade e critério. A troca de vivências e experiências aproximou-nos de um relacionamento agradável com a mesma a qual demonstrou boa receptividade e disponibilidade para nos mostrar e ensinar as normas e rotinas (Anexo 6) da Unidade e as técnicas específicas no cuidado ao RNPT, facilitando a efetivação de nossas propostas.

Buscamos também nos inteirar através de questionamentos com as supervisoras e agente administrativo do serviço em questão, as rotinas ligadas a internação dos recém-nascidos, saídas da unidade por transferência, alta hospitalar ou óbito assim como a organização dos prontuários e passagem de plantão. Constatamos, que não existiam essas informações padronizadas na unidade. Frente a isso resolvemos formular no decorrer do estágio tais rotinas (Apêndice 2) e entregamos a chefe do Berçário a fim de que essas ficassem a disposição na Unidade.

Por intermédio deste objetivo, conseguimos antes do estágio obrigatório realizar um pré-estágio com carga horária de 120 horas (Anexo 7). Também conseguimos nos inteirar e reformular algumas rotinas e normas do Berçário. Compartilhamos a assistência direta ao RNTP/família, com a Equipe

Multiprofissional em um ambiente agradável para a troca de informações e para o desenvolvimento da prática assistencial, contribuindo dessa forma para uma melhor atuação no transcorrer do estágio obrigatório.

6.2 - OBJETIVO N° 2

→ *Adquirir e atualizar conhecimentos sobre desenvolvimento global da criança, recém-nascido, recém-nascido pré-termo (RNPT), sua família, estimulação tátil no RNPT e UTI Neonatal.*

Ao longo de todo o período de atividades em campo, procuramos realizar leituras, fichamentos e discussões com as orientadoras e com a equipe multiprofissional. Sempre que possível utilizamos as bibliografias mais atuais que pudessem contribuir com informações e/ou aprimoramento de conhecimentos anteriores.

A fim de promover estimulação tátil aos recém-nascidos pré-termo com mais eficiência, buscamos junto ao COMUT (Programa de Comutação Bibliográfica do Brasil) da Biblioteca Central e com a equipe multiprofissional do Hospital das Clínicas de São Paulo, reunir material bibliográfico para ampliarmos nossos conhecimentos acerca dos vários aspectos do método "TAC-TIC". Conseguimos, através da equipe multiprofissional do Hospital das Clínicas vários textos originais em inglês sobre tal método, os quais traduzimos no decorrer do período de estágio. Além de proporcionarem aquisição de novos conhecimentos, as atividades acima citadas contribuíram para a organização do capítulo "Revisando a Literatura". Podemos dizer que, a partir das leituras realizadas sabemos:

- de que maneira ocorre o desenvolvimento global da criança;
- as diferenças entre recém-nascidos à termo e recém-nascidos pré-termo;

- a incidência, etiologia, profilaxia, características clínicas e físicas do prematuro, sua evolução, complicações e prognóstico;
- a importância da amamentação;
- a necessidade da formação do vínculo afetivo entre pai-mãe-RNPT;
- a importância da estimulação tátil precoce em RNPT; e
- a identificação das principais características de uma UTI neonatológica.

Durante o período de estágio tivemos a oportunidade de participar de um curso de Técnicas de Relaxamento e Massagem Chinesa (Tui-Ná), realizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), de um treinamento sobre aleitamento materno oferecido aos funcionários do Berçário e ainda da apresentação dos projetos assistenciais do curso de especialização desenvolvidos na Maternidade do H.U. da UFSC.

A descrição e avaliação destes eventos seguem-se abaixo.

⇒ *Curso de Técnicas de Relaxamento e Massagem Chinesa (Tui-Ná)*

Participamos de um curso de Técnicas de Relaxamento e Massagem Chinesa (Tui-Ná) que foi realizado no período de 05 de abril a 05 de julho de 1997, o qual foi ministrado por: Maria Inês Bez Kroeger, Enfermeira, Acupunturista e Massoterapeuta; Walnélia B. Côrrea Pederneiras, Mestre em Ioga; e Rogério Bez, Acupunturista e Quiroprático.

Este evento foi aberto ao público, assim participaram profissionais da área da saúde, engenheiros, militares, massoterapeutas, entre outros. O programa do curso bem como suas finalidades encontra-se em anexo (Anexo 8).

A nossa participação no curso foi válida sob dois aspectos: primeiro, tivemos a oportunidade de atualizar, rever e adquirir subsídios que auxiliaram o nosso trabalho com estimulação tátil em RNPT; segundo, através do Tui-Ná e de técnicas de relaxamento, conseguimos suporte para harmonização do nosso SER; descobrimos habilidades latentes como recurso para o equilíbrio energético no processo assistencial; aprendemos técnicas para prevenção de

expoliação energética e tivemos um auto-conhecimento através de exercícios respiratórios. Acreditamos que eventos dessa natureza deveriam ser mais freqüentes e melhor divulgados principalmente para profissionais da área da saúde.

Treinamento sobre Aleitamento Materno

Esse evento aconteceu no dia 23 de maio de 1997 no Berçário de Alto Risco do Hospital Universitário em consequência da futura visita de um pediatra que iria avaliar a possibilidade deste se tornar um Hospital “Amigo da Criança”. Teve como ministrante a enfermeira Ingrid Elisabete Bohn Bertoldo, chefe do CIAM (Central de Incentivo ao Aleitamento Materno). As informações e os esclarecimentos foram transmitidos de modo informal através de conversas e orientações, como também através de demonstrações com “seio cobaia”.

Durante o treinamento realizado, a equipe de enfermagem presente expôs seus conhecimentos e dúvidas sobre aleitamento materno propriamente dito e as possíveis complicações durante este processo, tais como: engurgitamento mamário, sobre fissura mamilar, freqüência das mamadas e cuidado com as mamas.

Apesar das dúvidas apresentadas, constatamos que muitos funcionários conhecem a fisiologia da mama, técnica correta para amamentar e para extração manual do leite. Demonstram estar conscientes da importância do aleitamento materno sob livre demanda.

Concluimos que, para que a prática de amamentar seja vitoriosa, torna-se necessário que hajam cursos e palestras dirigidas aos funcionários para que os mesmos se atualizem, pois durante a nossa prática assistencial presenciamos alguns funcionários prestando assistência relacionada a amamentação. E para nós, foi mais uma oportunidade de adquirirmos e aprimorarmos nossos conhecimentos referentes a amamentação.

⇒ *Apresentação dos Projetos Assistenciais do Curso de Especialização em Enfermagem da UFSC*

A apresentação dos projetos assistenciais ocorreu no dia 13 de maio de 1997, nos períodos matutino e vespertino, no Auditório do Hospital Universitário. Foram apresentados vários projetos, entre eles um projeto que será desenvolvido por 2 enfermeiras do Berçário, tendo como enfoque principal a família do RNPT e equipe de enfermagem.

Assistindo essas apresentações tivemos a oportunidade de constatar a importância de se trabalhar com a família e com a equipe visando dessa forma uma melhor recuperação do recém-nascido.

Este objetivo foi amplamente alcançado, pois concomitante a participação em eventos extras, mantivemos um ritmo produtivo de estudos, leituras e discussões que, associados, nos auxiliaram a adquirir e atualizar conhecimentos.

6.3 - OBJETIVO N^o 3

→ *Prestar assistência de enfermagem ao RNPT e sua família, com base nos conceitos propostos para o trabalho e na metodologia assistencial utilizada pela instituição.*

O papel dominante do enfermeiro, em qualquer nível de saúde, é o cuidado ao paciente e seus familiares. Ao prestar cuidado, o enfermeiro envolve-se com as providências necessárias para um cuidado efetivo tanto imediato quanto futuro. Concordamos com Roach (1993, p. 58-67) quando afirma que “ atributos como compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso são necessários ao cuidado para que o mesmo seja manifestado”.

No decorrer do estágio acompanhamos e efetuamos diariamente a passagem de plantão por acreditarmos que o mesmo é uma forma de

comunicação em enfermagem, constituída na transferência dos planos de cuidado de enfermagem da equipe de um turno para a do outro turno.

Com o intuito de levantar a história de saúde-doença dos recém-nascidos pré-termos, realizamos a coleta dos dados pertinentes a sua história clínica, através do prontuário do paciente. Atentamo-nos para os seguintes documentos: Folha de identificação, Folha de Evolução de Enfermagem, resultado de exames complementares e diagnóstico de base. Com isso, identificamos os problemas de enfermagem, segundo as Necessidades Humanas Básicas afetadas.

Buscamos também interação com a equipe de enfermagem, fazendo desta, uma ponte de informações sobre os recém-nascidos pré-termo, nos momentos em que não nos fazíamos presentes na unidade. Procuramos também nos integrar a equipe multiprofissional e, desta forma, compartilharmos informações sobre o RNPT, discutir condutas e adequar o plano de cuidados.

Após coleta dos dados, fazíamos um levantamento dos problemas de enfermagem por ordem de prioridade, elaborando um plano diário de assistência ao RNPT, implementando-o. Ressaltamos que o histórico de enfermagem também foi um instrumento de grande importância para o levantamento das Necessidades Humanas Básicas afetadas dos recém-nascidos.

Ao final de cada turno de atividades, registrávamos sob a forma de SOAP nas folhas de evolução de enfermagem as condições de saúde do RNPT e os procedimentos realizados naquele período. Também fazíamos as prescrições de enfermagem em impresso próprio.

Considerando que é um direito do paciente receber informações, bem como, uma assistência livre de riscos e que é dever do profissional de enfermagem prestar as orientações e fazer os esclarecimentos necessários. Em todas as atividades assistenciais desenvolvidas, buscamos respeitar os princípios de proteção dos Direitos Humanos. Assim, quando da realização de cada procedimento executado junto ao RNPT, orientamos a família quando presente bem como o RNPT, acerca do que seria feito e qual a necessidade de fazê-lo.

Procurando o alcance desse objetivo, prestamos cuidados aos recém-nascidos pré-termo selecionados para o trabalho, bem como a outros recém-nascidos. Tivemos a oportunidade de executarmos inúmeros procedimentos, tais como: cuidados imediatos; cuidados mediatos; preparo e administração de medicamentos; punções arteriais e venosas; verificação de taxa de glicemia capilar; sondagem nasogástrica e jejunal; teste do pezinho; aspiração de secreção orofaríngea; controle de sinais vitais; higiene e conforto; cuidados pós-morte a um RNPT; utilização do aparelho de ventilação mecânica, bomba de infusão, incubadora e aparelho de fototerapia, entre outros. Também acompanhamos a execução de procedimentos que ainda não tínhamos visto realizar.

Para levantarmos as necessidades psico-socio-espirituais da família, utilizamos um questionário que nos possibilitou compreender algumas facetas do vivenciar e ter um filho na UTI Neonatal e assim compreender a essência dessa experiência. Este instrumento foi aplicado junto à família, em três momentos distintos. Houve preocupação de nossa parte em proporcionar um ambiente que garantisse a privacidade dos pais no momento dos encontros, evitando pressa e interrupções da fala e do pensamento. Deste modo, as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada na própria unidade. À medida que a realizávamos as entrevistas, estas eram transcritas por nós de forma a mentê-las na íntegra, ou seja, com as mesmas palavras ditas pelos pais.

Num total foram entrevistadas 5 famílias, no caso de 2 famílias que participaram de nosso trabalho, não foi possível fazer a entrevista por motivos alheios a nossa vontade (óbito inesperado do RNPT).

Para os pais, na maioria das vezes, ao falarem sobre o que vivenciavam eles se sentiam menos apreensivos. No entanto, algumas vezes, falar sobre sua vivência era algo doloroso, difícil de ser colocado em uma linguagem verbal e sim por expressões faciais e gestuais.

Para todas as perguntas que foram realizadas, o método de análise das mesmas foi: 1º - sublinhamos falas que representassem Necessidades Humanas

Básicas Afetadas; 2º - agrupamos as falas de acordo com a sua semelhança (para isso usamos cores diferentes, juntando todos os grupos de cores que representassem as mesmas necessidades); 3º - estipulamos para cada grupo de falas uma “**necessidade**” que tivessem ligação com as mesmas.

A princípio pensamos que para a análise das respostas, nos basearíamos apenas na listagem das Necessidades Humanas Básicas estabelecidas por Horta. Mas foi necessário que recorressemos a Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas feita pelo professor Doutor Wilson Kraemer de Paula (1993), uma vez que a mesma define de forma detalhada o significado de cada Necessidade Humana Básica.

Ressaltamos que não trabalhamos com valores quantitativos, porém percebemos que na maioria das vezes os pais apresentaram as mesmas necessidades, e as necessidades psico-sócio-espirituais foram as mais evidentes.

Citaremos agora alguns exemplos das Necessidades Humanas Básicas Afetadas levantadas do questionário aplicado a família.

- Necessidade Humana Básica de Aprendizagem - Saber que poderia abrir a portinha da incubadora; Querer saber o que era uma criança prematura; Conhecer o funcionamento do Hospital; Saber a idade que o RNPI começa a enxergar; Ter informações de modo simplificado sobre o que é feito com o RNPI
- Necessidade Humana Básica de Orientação no Tempo e no Espaço - Conhecer o funcionamento do hospital;
- Necessidade Humana Básica de Participação - Ficar o tempo todo com o filho; Ajudar a equipe durante o cuidado.
- Necessidade Humana Básica de Comunicação - Tocar o RN e pegá-lo; Ver o filho chorar.
- Necessidade Humana Básica de Gregária - Levar o filho para casa, não poder ficar com o RN

- Necessidade Humana Básica de Filosofia de Vida - Passar coisas boas para o RN; Ter pensamentos positivos.
- Necessidade Humana Básica de Imagem - Ver o filho recuperado; Ver o filho ganhando peso.
- Necessidade Humana Básica de Liberdade - Tirar o RN da UJ.
- Necessidade Humana Básica de Estima - Dizer ao bebê que o ama muito.
- Necessidade Humana Básica de Religiosidade - Ter fé em Deus para a recuperação do filho.

Segundo Paula (1993), as Necessidades Humanas Básicas aqui levantadas, assim se definem:

- **Aprendizagem** - é a necessidade de adquirir conhecimentos e/ou habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida.
- **Orientação no Tempo e no Espaço** - é a necessidade de relacionar o presente, passado e futuro.
- **Participação** - é a necessidade de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado.
- **Comunicação** - é a necessidade de enviar e receber mensagem mediante símbolos, palavras, sinais, gestos e outras formas verbais e não verbais.
- **Gregária** - é a necessidade de viver em grupo.
- **Filosofia de Vida ou Ética** - é a necessidade normatizadora, ou seja, a necessidade que determina a qualidade e a quantidade dos necessários.
- **Imagem** - é a necessidade de definir o meio concreto e abstrato.
- **Liberdade** - é a necessidade de ter a possibilidade de vir a ser.
- **Estima** - é a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação ao mundo concreto e abstrato.
- **Religiosidade** - é a necessidade de ter uma crença.

Quando analisamos as respostas obtidas, percebemos que não levantamos apenas Necessidades Humanas Básicas, mas também sintomas de Necessidades que se manifestaram a través de sentimentos, sentimentos esses os quais os pais estavam vivenciando. Descreveremos algumas falas, no entanto não utilizamos os nomes, apenas as iniciais, afim de manter o anonimato.

"Diante de uma gestação anormal, ficamos temerosos quando nos vimos dentro de uma maternidade no sexto mês de gestação, com informações médicas que o nenê seria extremamente de auto-risco. A partir daquele momento nos passou uma angústia e tristeza, passamos a orar, criar forças e ter esperanças. Tínhamos muita fé em Deus. Ficamos com medo mas ao mesmo tempo esperançosos, vendo uma equipe médica e de enfermagem dedicada e uma tecnologia bastante avançada". (L)

O afastamento do bebê em função da sua internação na UTI, traz sentimentos de tristeza, saudade, falta e medo, pois é o momento em que os pais estão inseguros em relação aquele ser imaturo, sendo que o que lhes resta é chorar, entregar nas mãos dos profissionais de saúde e de um SER SUPERIOR, a recuperação de seu filho.

"Tenho um pouco de medo, acho que é insegurança em relação a levar meu filho para casa, tenho medo que sozinha em casa aconteça alguma coisa, que ele se afogue, acho que não sei o que vou fazer. Aqui pelo menos vocês estão de olho".(M)

O medo de cuidar do filho no domicílio é uma preocupação verbalizada, mostrando-se como um ser inseguro a sua capacidade de cuidar, zelar pelo filho e assim assumir sua identidade de pais.

"Estamos vivenciando momentos de muita esperança, passados 40 dias hoje nossa filha está com 1.120g, sem aparelhos para respirar apenas utilizando-se da sonda para se alimentar, já em fase de realizar canguru, é uma alegria constante, isso nos aumenta a esperança de tê-la em nossa casa" linda e maravilhosa" com toda saúde".(L)

À medida que o quadro clínico do filho começa a ser menos crítico, a preocupação, o medo e a dúvida vão sendo substituídos pelos pelos sentimentos de alegria e felicidade.

"Nossa rotina mudou um monte, por enquanto a gente só vive de casa para o hospital".(V)

"Hoje estou indo embora com meu filho mas deixamos a nossa força de vontade de viver".(C)

A mudança na vida pessoal é percebida pelos pais, como uma experiência que traz desgaste emocional mas ao mesmo tempo uma lição de vida. Os pais reagem ao confrontar-se com o filho doente de maneiras diversas. Assim, desvela-se a necessidade da atuação de uma enfermagem neonatológica que atenta as prioridades e solicitações emergidas dos próprios pais, pois estas só surgem de modo autêntico quando os pais se sentem acolhidos e compreendidos.

Frente a isso, à medida que aplicávamos o questionário necessidades iam sendo levantadas. Buscávamos saná-las através das conversas, da nossa disposição para ouvir, do respeito e do silêncio. Já em outros momentos foi necessário solicitar que outros profissionais da equipe multiprofissional intervissem.

Podemos afirmar que a análise aqui feita foi apenas o início de uma caminhada, ela traz em si a característica do não esgotamento, da continuidade e da possibilidade de ir mais além.

Consideramos ter alcançado amplamente este objetivo haja visto que tivemos a oportunidade de prestar assistência junto ao RNPT e família com base nos conceitos propostos para o trabalho, levantamos suas principais Necessidades Humanas Básicas afetadas durante a hospitalização e aplicamos a metodologia assistencial do H.U.

6.4 - OBJETIVO N° 4

→ *Planejar, de acordo com a capacidade de cada RNPT, um programa de estimulação tátil, baseado no método "TAC-TIC", levando em consideração*

sua situação atual de saúde para evitar que o mesmo não sofra qualquer tipo de stress.

Iniciamos o processo de seleção, fazendo um levantamento dos recém-nascidos que se encontravam internados na UTI. Nesse primeiro momento acumulamos informações sobre: data da internação, diagnóstico clínico, sexo, idade gestacional, apgar, peso de nascimento, peso atual, data do nascimento e presença ou não da família.

A partir desses levantamentos passamos para um segundo momento, que seria o de selecionar os recém-nascidos pré-termo que se encaixavam nos pré-requisitos por nós estabelecidos (estar internado na UTI e presença da família).

Após esta seleção, procurávamos a família dos recém-nascidos pré-termo indistintamente, deixando claro quem éramos e o que pretendíamos realizar com este trabalho. Solicitávamos também autorização dos familiares para executarmos estimulação tátil e prestarmos cuidado de enfermagem a seus filhos. Caso esses concordassem com nossos objetivos e critérios, firmávamos um contrato através da assinatura dos mesmos numa folha de autorização que foi criada para tal fim (Apêndice 4). Fomos cumprindo esta estratégia ao longo do estágio. Algumas vezes sentimos a necessidade de estabelecer pontos que não tivessem ficado elucidados num primeiro momento.

Segundo a carta Brasileira dos Direitos do Paciente apud BARCHIFONTAINE e cols (1987) toda pessoa necessitada de cuidados de saúde tem direito entre outros, de ser considerada sujeito do processo de atendimento que será submetido, de conhecer as pessoas responsáveis pelo seu tratamento e de manter relacionamento com as mesmas. Embasadas neste princípio acreditamos que foi sumamente importante tomarmos as atitudes acima descritas.

Vale ressaltar que apenas uma família previamente selecionada recusou-se a participar da implementação do nosso projeto. Com isso, levamos em consideração a importância da proteção dos Direitos Humanos, que preconiza: “

Direito absoluto de liberdade e escolha para participarem ou não do trabalho proposto”.

Após a seleção do RNPT e sua família, passamos a acompanhá-los mais amiúde. Isto nos oportunizou estabelecer vínculos, buscando atendê-los como seres bio-psico-sócio e espirituais o que em muito contribuiu em momentos posteriores.

Sentimos a necessidade de humanizar a assistência prestada. Frente a isso, confeccionamos para cada RNPT selecionado uma etiqueta com seu nome. Essa conduta passou a ser tomada pelas Enfermeiras para cada RN que internava-se na UTI. No final do estágio, constatamos que em cada incubadora havia uma etiqueta com o nome do RN.

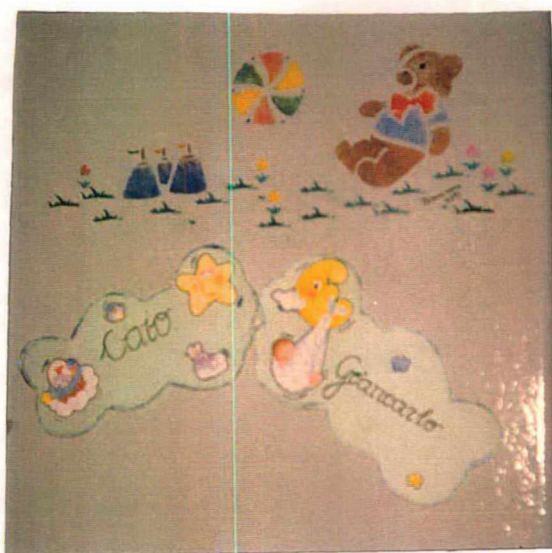


Figura 1 - Registro fotográfico das etiquetas

Segundo Umphred (1994, p. 198-202) bebês prematuros, caracteristicamente apresentam baixo tônus postural com a quantidade de hipotonia variando com a idade gestacional. Tendo que adaptar-se ao equipamento ventilatório e de infusão que frequentemente força a extensão do pescoço, tronco e membros.

Frente a isso, procuramos favorecer aos recém-nascidos pré-termos um posicionamento mais adequado através do uso de rolos de fraldas para modificar o desequilíbrio crescente da extensão do pescoço, tronco e membros, promovendo o movimento de estabilidade postural a partir da posição de flexão. Procurávamos manter quando possível os recém-nascidos pré-termo em decúbito ventral pois apresentam uma melhor oxigenação.

O acesso das articulações(calcanhar, punho) para a colocação de linhas intra-venosas muitas vezes exige a colocação de talas para melhorar o posicionamento. Quando isso era necessário, procurávamos orientar e observar para que as articulações fossem colocadas na posição funcional a fim de evitar possíveis deformidades(encurtamento ou contratura) .

O programa de estimulação tátil, baseado no método “TAC-TIC” foi elaborado e desenvolvido para cada RNPT atendido, levando-se em consideração o estado de saúde-doença que o mesmo se encontrava naquele momento. Por isso alguns critérios foram levados em consideração, uma vez que é comum encontrarmos esses bebês durante a maior parte do tempo dormindo, outras vezes recebendo alimentação ou com um quadro clínico instável decorrente de alguma intercorrência ou submetidos a outros procedimentos sucessivos que representam uma barreira. Nestas situações quando realizávamos estimulação tátil, atentávamos para alguns cuidados especiais como: controle da saturação, frequência cardíaca, frequência respiratória, pois sabemos que é necessário respeitar os limites de cada RNPT, para que a estimulação se torne uma experiência agradável e não uma “perturbação” , ou melhor, um bombardeamento sensorial no neonato que só iria provocar mais estresse para o mesmo.

Um dos principais critérios que levávamos em consideração para aplicarmos estimulação tátil era como a pessoa que iria aplicar a estimulação estava se sentindo, ou seja, como esta encontrava-se físico-psico e emocionalmente naquele momento. Seguíamos um ritual de preparação antes de tocar qualquer RNPT, procurávamos através do uso da respiração, harmonizar-mo-

nos para que estivessemos tranquilas e equilibradas energeticamente. É importante ressaltar o cuidado que tínhamos com a pele do RNPT, devido a presença de uma grande fragilidade capilar bastante propensa a contrair infecções. Frente a isso, o cuidado com a higiene das nossas mãos foi redobrado, no que diz respeito a assepsia e aquecimento das mesmas, quando procurávamos aquecê-las atritando uma a outra. “ O toque de mãos frias não é agradável, o toque de mãos quentes é “. (Montagu, 1988, p. 112).

Para aplicação da estimulação tátil levou-se em consideração os 04 princípios básicos do método “TAC-TIC”, suavidade, ritmo, equilíbrio e continuidade. Isto nos possibilitou transmitir uma mensagem calmante, uma mensagem em silêncio, não invasiva, sem aspereza e sem dor.

Uma vez preparadas para realizarmos estimulação tátil iniciávamos com toques suaves no sentido céfalo-caudal, procurando tocar todas as partes possíveis do corpinho do RNPT. Usávamos a ponta dos dedos ou a palma da mão, dependendo da parte do corpo que estava sendo acariciada. Em média, as sessões de estimulação tinham duração de 10 a 20 minutos e eram feitas de 1 a 3 vezes ao dia, dependendo muito das condições apresentadas pelo RNPT.

Nas vezes que nos propusemos a realizar estimulação tátil atentávamos para as condições oferecidas pelo ambiente, procurávamos realizar nos períodos em que não circulavam muitas pessoas na UTI, com isso diminuiam-se os ruídos. Muitas vezes no período matutino, onde as atividades assistenciais são mais intensas, não encontrávamos tal ambiente necessário, o que nos impossibilitava de aplicar estimulação.

Trabalhamos com sete recém-nascidos pré-termos e em média realizamos de 10 a 20 estimulações em cada um. Os comportamentos apresentados pelos mesmos eram registrados inicialmente de forma descritiva, depois de pronto o instrumento de avaliação (Apêndice 3), passamos a registrar os comportamentos no mesmo. Pois concordamos com Daniel (1981) que diz seria impossível reter na mente toda a informação colhida no estudo bio-psico-socio e espiritual de

uma pessoa, portanto, torna-se indispensável o registro das mesmas de forma sistemática.

Para nós foi importante registrar os dados não somente com o intuito de armazená-los mas também possibilitar uma observação futura mas acurada acerca do desenvolvimento neuropsicomotor do RNPT.

Outro fato importante que verificamos é que apesar dos recém-nascidos pré-termo terem apresentado comportamentos semelhantes ao serem tocados em determinada região, apresentaram também comportamentos diferenciados e isto pode ser explicado pelo fato de que os bebês sejam individualmente diferentes em termos de sua sensibilidade a nível de pele. Escalona apud Montagu (1988, p. 239) diz que não pode haver dúvidas de que alguma coisa como percepção ou consciência da pele, ou sensações do tipo geradas pela pele, ocorram com insistência e freqüência ao longo do dia para alguns bebês e menos para outros.

Seria inviável descrevermos aqui todas as estimulações realizadas, porém optamos por apresentar partes de duas estimulações, as quais foram de certa forma, as mais significantes e que expressam exatamente o que pretendíamos alcançar quando nos propusemos desenvolver este trabalho.

Descrição das Estimulações

Esta estimulação foi realizada em G. no dia 21/04/97 às 22:00 horas. Seu quadro clínico era bastante instável, inspirando cuidados. O RNPT estava em aparelho de ventilação mecânica, com várias punções venosas, apresentando freqüentemente queda de saturação e bradicardia.

A acadêmica Micheline realizou a estimulação e a acadêmica Érica registrava os comportamentos apresentados pelo RNPT.

Depois de preparada, a acadêmica Micheline começou a tocar e acariciar o RNPT na região cefálica. Com isso, o RNPT começa a mexer-se, abrir e fechar os olhos, movimentar MMSS e MMDS. Continuou a tocar, porém o RNPT não estava aceitando e passara a ficar agitado, o que provavelmente levaria a uma queda de saturação. Percebendo tais comportamentos, pensamos em interromper a estimulação. Cabe ressaltar que desde o início a

acadêmica conversava com o RNPI tentando explicar que queria apenas tocá-lo, acariciá-lo e que não iria machucá-lo.

Passou-se mais ou menos 10 minutos e o RNPI foi acalmando-se e já aceitava melhor os toques.

Quando tocado nas sombrancelhas, tenta mesmo impossibilitado, virar a cabeça e os olhos em direção a mão da acadêmica. A acadêmica tocou e acariciou o RNPI em todas as partes possíveis do corpo, sendo que a reação apresentada agora era de tranquilidade, de relaxamento, ou seja, de entrega.

Finalizando esta estimulação, a acadêmica fala para o RNPI que estava terminando e que mais tarde voltaria a tocá-lo e acariciá-lo. Inesperadamente observamos que uma lágrima rolava dos olhos do RNPI. A emoção neste momento foi grande, tivemos que interromper a estimulação pois já não tínhamos mais condições emocionais para prosseguir...

Esta estimulação foi realizada em G. no dia 20/05, às 10:00 horas. Seu quadro clínico era bastante grave. Esse RNPI estava em aparelho de ventilação mecânica e muitas regiões do seu corpo estavam impossibilitadas de serem tocadas devido a punções e hematomas. Apresentava-se sonolento. Os membros superiores e inferiores apresentavam-se contraídos, rígidos e com grande tensão muscular. Segundo informações, o bebê encontrava-se assim devido a um possível comprometimento neurológico.

Ao ser tocado abre e fecha os olhos, sua respiração torna-se mais forte. Em algumas regiões como face e MMDD parece sentir dor ou desconforto quando tocado.

Tentamos durante vários minutos descontrair seus MMDD e MMDD que encontravam-se em estado de tensão.

Aos poucos o RNPI foi relaxando os membros sendo que já era possível movimentá-los, não encontrando-se mais fletidos como anteriormente. Pudemos constatar que o quadro apresentado até então não tinha relação com algum comprometimento neurológico sendo apenas tensão.

Ao final da estimulação o RNPI dormiu e parecia haver um completo relaxamento. Esta estimulação foi realizada pela acadêmica Michelini e registrada pela acadêmica Erica. Teve duração de aproximadamente 30 minutos.

Apesar das estimulações, serem descritas, essas não revelam o clima do momento. Ao anotarmos os resultados das estimulações sentíamos como observadoras de um espetáculo que nos revelava uma sintonia cujo os gestos delicados, suaves formavam uma mensagem silenciosa.

O nosso contato com os recém-nascidos pré-termos foi intenso. Líamos nos olhos de quem aplicava o estímulo os sentimentos que embalavam a sua alma, também expressava através de seus olhos a compreensão sensível do que estava acontecendo.

Os momentos compartilhados com os recém-nascidos pré-termos despertaram-nos grandes emoções - foram intensos, tais quais os momentos em que o ser humano volta-se para o outro e ocorre uma comunhão com o seu semelhante. Deparando-se com a beleza, com o amor, a solidariedade, a esperança, com a alegria como também com a tristeza, dor e a perda. Nesses momentos foi possível conhecer cada RNPT, esse ser encantador e ao mesmo tempo tão frágil e desconhecido.

Concordamos com Adamson Macedo (1993) quando afirma que o bebe prematuro no seu direito como ser humano, está interagindo constantemente com o ambiente, em um processo de troca desde a concepção, o bebê aprende com o meio e o modifica.

Concluimos que quando tocamos os bebês eles relaxam o corpo, reduzindo assim o estresse, não apenas na hora em que acontece mas por mostrar ao corpo o que é o relaxamento. Assim, podemos afirmar que a gratificação dessa necessidade no caso do toque, para recém-nascidos pré-termo pode servir para dar-lhes a tranquilidade de que precisam.

A associação do tratamento clínico junto com o tocar e acariciar possibilitaram aos bebês, em alguns casos, a retirada mais rápida da assistência ventilatória, a redução da dor e angústia, o ganho de peso diário, a efetivação do vínculo afetivo que associados contribuíram para o desenvolvimento neuropsicomotor de cada RNPT assistido.

Consideramos este objetivo amplamente alcançado haja visto que em todos os recém-nascidos pré-termo selecionados aplicamos o programa de estimulação tátil baseado no método “TAC-TIC” e criamos uma ficha de avaliação para registrar e avaliar os comportamentos obtidos.

6.5 - OBJETIVO N° 5

→ *Buscar envolvimento da família e equipe de Enfermagem para estimulação tátil junto ao RNPT.*

Segundo Mello apud Gonzaga(1991) saúde e educação são práticas sociais articuladas.e o enfermeiro, como profissional de saúde, não pode mais se negar a assumir os reflexos desta articulação no seu trabalho.

No transcurso do nosso estágio buscamos, sempre que se fez oportuno, prestar orientações individuais à família do RNPT e aos profissionais da equipe de enfermagem, assumindo efetivamente o papel de “educadoras em saúde”, mas educadoras dispostas a trocar informações, contextualizar experiências e servir efetivamente de mediadoras em certos conhecimentos científicos.

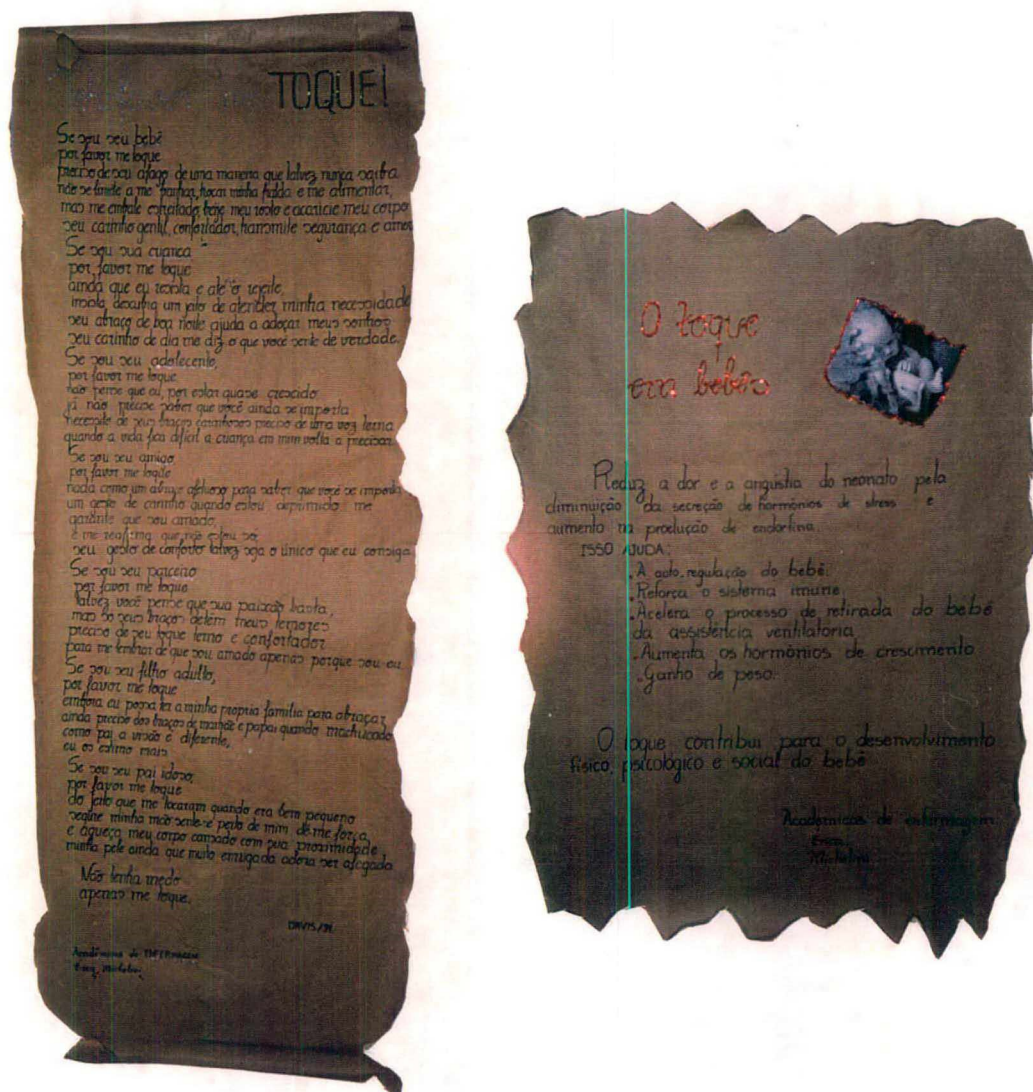


Figura 2 - Registro fotográfico de cartazes

No primeiro contato que tivemos com a família do RNPT e com a equipe de enfermagem, expomos o que é estimulação tátil e a importância de aplicá-la em RNPT. Durante nossa permanência em campo de estágio, confeccionamos dois cartazes: o primeiro mostrando a importância do toque em todas as fases da vida do SER humano, e o segundo mostrando mais especificamente os benefícios que o TOQUE proporciona ao recém-nascido.

À medida que fomos estabelecendo vínculos com ambos, estes solicitavam nossas orientações, fazendo questionamentos sobre a estimulação tátil em recém-nascidos prematuros. Sempre que sentimos a necessidade de prestarmos esclarecimentos ou que este nos era solicitado, realizamos prontamente.

O ser humano por si só é um ser sociável. A família constitui o grupo de convívio mais próximo da maioria dos indivíduos. Segundo Nitschke (1991, p. 224) trabalhar com família é: “ um processo de aprendizagem contínuo; ter consciência de que cada família é única e que é, ao mesmo tempo, unidade para receber e prestar cuidados; em muitas situações, alcançar objetivos a longo prazo, sendo a persistência fundamental”. E a partir do momento que as pessoas necessitam de uma hospitalização, passam a conviver significativamente com a equipe de enfermagem.

Era de nosso interesse, durante o período de estágio, trabalhar com os familiares e com os demais membros da equipe de enfermagem. Para isto buscamos envolvê-los nos momentos educativos, tanto individuais como coletivos. Por acreditarmos que durante o período de internação hospitalar a família e a equipe de enfermagem são os vínculos mais próximos do RNPT.

Brunner e Suddarth(1994) ressalta a importância de se envolver o familiares e a equipe no processo de hospitalização, afirmando que os familiares proporcionam uma fonte de reforço e podem fornecer informações valiosas a respeito da situação vital e das necessidades do paciente (no caso o RNPT).

Buscamos estimular os familiares e a equipe de enfermagem através de convites verbais para participarem das atividades educativas individuais ou coletivas, sempre procurando combinar os horários de disponibilidade da equipe e da família com os horários das atividades por nós propostas.

Nas atividades educativas coletivas optamos por realizar oficina, que é uma atividade de grupo e a nossa proposta se confirma por Minucci (1971) que afirma que o grupo de interação constitui o melhor meio de aprendizagem, pois permite um processo de experimentação continuada, dentro da qual se realizam tentativas de ajustamento, mediante a confrontação de novas idéias e as próprias interpretações.

“ É no grupo que a socialização se delineia, passando a ter decisiva importância nos comportamentos de interação em função de que cada componente do grupo comece a perceber-se a si e aos outros” (Minucci, 1971).

Sendo assim, acreditamos que a oficina é uma grande oportunidade para a realização do processo de mediação pois proporciona a interação do grupo podendo também fazer que os membros façam mediações entre si.

Não nos bastava que a família se conscientizasse da importância da estimulação tátil no RNPT se a equipe de saúde não oferecesse espaço para a sua realização. Para que isto não viesse a acontecer, salientamos aos membros da equipe de enfermagem a importância de sua participação e empenho para que isso se tornasse possível. Quanto aos demais profissionais de saúde, tivemos a oportunidade de conversar sobre os propósitos de nossa atuação nesse campo.

Verificamos que foi possível contar com o apoio efetivo de toda a equipe de saúde e que o trabalho executado por uma equipe interdisciplinar promove a integração de todos os aspectos do plano de tratamento fazendo com que o RNPT seja melhor assistido. Ressaltamos que as atividades educativas coletivas serão descritas a seguir.

6.5.1 - ATIVIDADES EDUCATIVAS

6.5.1.1 - ATIVIDADE EDUCATIVA COM A FAMÍLIA

Para realizar atividade educativa junto a família, traçamos os seguintes objetivos:

- Promover momentos educativos e de integração com e entre a família dos recém-nascidos pré-termo selecionados para a realização do nosso trabalho;
- Fornecer informações e orientações a respeito das várias formas de estimulação tátil em RNPT;
- Fornecer noções básicas acerca do método “TAC-TIC” criado especialmente para RNPT em incubadora;
- Buscar, através do uso da técnica de relaxamento, o mínimo de conforto físico e a melhora do estado emocional dos familiares;
- Avaliar em conjunto com os familiares as atividades desenvolvidas.

Tal atividade foi desenvolvida no Laboratório de Métodos Terapêuticos Alternativos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSC. E foi destinado aos pais dos recém-nascidos selecionados para o nosso trabalho cujos filhos se encontravam ainda internados na UTI Neonatal do Berçário do HU. Para realização da mesma foi necessário utilizar os seguinte materiais:

- Aparelho de som e cds e fitas cassetes de músicas relaxantes; Retroprojeter; Transparências; Cartazes; Colchões; Bolas de vários tamanhos, formas e cores; Incenso.

Optamos por realizar esta atividade educativa no Laboratório de Métodos Terapêuticos Alternativos por ser um local não estressante, ao contrário do ambiente hospitalar, no qual os pais estão presentes diariamente. Após o preparo adequado do ambiente recebemos os pais que vieram acompanhados de três enfermeiras do Berçário. Num total, participaram da atividade 13 pessoas. Cabe ressaltar que um dos casais presentes nesta atividade, não concordaram em participar de nosso trabalho, ou seja, na estimulação e assistência a seu filho. Fizeram-se presentes através do convite de uma enfermeira do Berçário.

Iniciamos a atividade apresentando a justificativa para a realização da mesma. A partir daí, reforçamos quem éramos, do que se tratava o nosso trabalho, alguns pressupostos que estavam norteando o mesmo e os objetivos que pretendíamos alcançar no decorrer do estágio.

Concluindo esse primeiro momento, passamos para segunda etapa dessa atividade. Através de cartazes, fizemos uma breve explanação de temas como: Aspectos culturais ligados a corporeidade, o sentido do tato, a importância do toque em recém-nascidos prematuros, alguns tipos de estimulação, entre eles o método "TAC-TIC". Durante essa explanação, contamos com a participação de nossas orientadoras.

Numa terceira etapa, nossa orientadora, fisioterapeuta Myrna realizou uma vivência, refletindo com o grupo a importância e finalidade das nossas mãos. Ao som de música ambiente, pediu que os mesmos contemplassem suas mãos por alguns instantes, depois que tocassem sua face suavemente, tentando

perceber a sensação que isso lhes causaria. Segundo Perrelet citado por Barbosa(1982), é importante que o indivíduo faça experiência com o seu corpo antes de qualquer outra forma de exteriorização, pois é através do corpo que cada um sente e compreende o mundo.

Logo após esta experiência, a professora Maria Inês, também nossa orientadora, realizou uma técnica de relaxamento usando a respiração para harmonização do SER. Em seguida, formaram-se duplas onde cada um procurou tocar e acariciar a face do outro. Alguns minutos depois, abrimos espaço para que cada um colocasse o que sentiu quando estava sendo tocado e quando tocou, bem como uma avaliação pessoal da importância do toque em recém-nascidos.

Foram dados alguns depoimentos, entre eles:

- *"Quando fui tocada, senti uma sensação de proteção" (V)*
- *"Quando estava sendo tocado, consegui imaginar e sentir o mesmo prazer que minha filha tem quando vocês a tocam".(L)*
- *"Eu mais do que ninguém, posso dizer o quanto esse trabalho foi importante para o meu filho" (C)*
- *"Constatamos que o trabalho de vocês está sendo muito importante, um exemplo disso é a evolução da A., ela vem ganhando peso e saiu do respirador, em um processo mais rápido do que se esperava" (V)*
- *"Gostaria de agradecer a vocês duas pelo trabalho que estão realizando com minha filha. Acho que trabalhos assim não deveriam acabar" (L)*

Esta atividade foi finalizada com outra técnica de relaxamento feita pela professora Maria Inês e em seguida distribuimos para o grupo uma poesia sobre a importância do toque. O tempo de duração dessa atividade foi de 3 horas.

Os 13 participantes avaliaram positivamente a atividade conforme alguns depoimentos acima referidos. O grupo demonstrou-se participativo e interessado nos temas abordados, durante a atividade. Acreditamos ter alcançado nossos objetivos em relação a atividade. Percebemos que os participantes conseguiram compreender a atividade proposta e empenharam-se para realização da mesma.



Figura 3 - Registro fotográfico da atividade educativa com a família

6.5.1.2 - ATIVIDADE EDUCATIVA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Os seguintes objetivos foram traçados para realizar a atividade educativa com a equipe de enfermagem:

- Promover momentos educativos e de interação entre as acadêmicas e a equipe de enfermagem;
- Fornecer informações e orientações a respeito das várias formas de estimulação tátil em RNPT;

- Fornecer noções básicas a cerca do método “TAC-TIC” criada especialmente para RNPT em incubadora;
- Estimular a participação da equipe de enfermagem afim de que esta adquira informações acerca da estimulação tátil e do toque terapêutico, para que se possa difundí-las e aplicá-las entre os demais membros da equipe e os recém-nascidos;
- Fornecer noções básicas acerca de algumas técnicas restauradoras de energia (relaxamento) como suportes para harmonização do SER.

Sendo necessário a utilização de alguns materiais, entre eles: Aparelho de som com cds de músicas relaxantes; Retroprojctor; Transparências; cartazes; Cadeiras confortáveis; Textos selecionados referentes a Humanização, características importantes do profissional que trabalha em uma UTI Neonatal e sobre a importância do toque em recém-nascidos prematuros.

Para execução dessa atividade, reunimos todo o material necessário e adequamos a organização do espaço físico. Escolhemos a sala de isolamento pois era uma sala que estava vazia e por esta estar dentro do próprio berçário, facilitando a locomoção, bem como participação da equipe.

Esta atividade foi realizada nos dias 09/06 no período matutino e vespertino e 11/06 no período noturno, tendo em média duração de uma hora e meia. Realizamos em cada período duas vezes a mesma atividade para contemplar a participação de todos. No entanto, no dia 11, conseguimos abranger toda a equipe em apenas um momento. Em um período tivemos a participação de outros membros da equipe multiprofissional (Psicóloga, Acadêmica da Psicologia e uma médica residente). Cabe lembrar que o convite se estendeu a todos os profissionais que atuam no berçário. Num total, participaram dessa atividade 23 pessoas.

Os pontos iniciais a serem apresentados foram a justificativa para a realização da atividade e os objetivos propostos. A partir daí reforçamos para a equipe quem éramos, do que se tratava o nosso trabalho, alguns pressupostos

que estavam norteando o mesmo e os objetivos que pretendíamos alcançar no decorrer do estágio.

Logo após, iniciamos a exploração dos temas: Aspectos culturais ligados a corporeidade, sentido do tato, a importância do toque em recém-nascidos prematuros, alguns tipos de estimulação, entre eles o método "TAC-TIC".

Concluindo este momento, passamos para uma segunda parte da atividade, onde distribuimos alguns textos selecionados para este fim e pedimos que os participantes realizassem leitura individual. Alguns minutos após esta, abrimos espaço para discussões e avaliações dos textos lidos confrontando-os com experiências vivenciadas na prática. Entre essas, algumas achamos importante destacar:

- *"Pude constatar que quando toco minhas filhas, mesmo não sabendo, faço da maneira como preconiza esse método "TAC_TIC", com suavidade e continuidade" (M)*
- *"Já li bastante sobre o toque, penso que associado a isto, deveria ter no berçário também uma cadeira de balanço para que se pudesse embalar os bebês" (N)*
- *"Quando meu filho se machuca ou está com dor, chega até mim e pede para que eu o toque e massageie daquele jeito que só eu sei fazer" (E)*
- *"Procuro quando posso conversar e tocar os bebês para que eles sintam que minhas mãos não servem só para dar injeção e machucar, que elas servem também para dar carinho e amor" (M. chorava nesse momento).*
- *"Sempre converso com os recém-nascidos, mas fico imaginando o que as pessoas pensam, acho que pensam que sou uma boba por estar conversando com os bebês" (M)*
- *"Percebo que depois de um certo tempo, os bebês começam a reconhecer nossa voz e nossas mãos" (L)*

Nossa orientadora, professora Myrna continuou a atividade com uma vivência, procurando refletir com o grupo a importância e a finalidade das nossas mãos (Esta vivência foi a mesma que fizemos na atividade com os pais).

Finalizamos a atividade reforçando que aceitar e compreender o pequeno paciente como uma unidade psico-bio-social é uma responsabilidade de todas as pessoas envolvidas como pequeno, frágil e indefeso ser.

Durante toda a atividade, os participantes foram fazendo perguntas e discussões acerca do assunto, além de trazerem contribuições de acordo com suas experiências. Relataram também que atividades desse gênero são de grande relevância pois contribuem para rever e atualizar conhecimentos.

Podemos afirmar que todos os membros que participaram da atividade estão plenamente conscientes da importância da estimulação tátil em recém-nascidos. Frente a isso, entendemos que os resultados obtidos nessa atividade foram surpreendentes.



Figura 4 - Registro fotográfico da atividade educativa com a equipe de enfermagem

Aula sobre Reflexos

No decorrer do estágio contamos com a colaboração de nossa orientadora fisioterapeuta Myrna para ministrar uma aula sobre “como testar e estimular alguns dos principais reflexos e reações presentes nos recém-nascidos e crianças

nos primeiros trimestres, dando ênfase maior aos reflexos de fuga a asfixia, reflexo de preensão palmar e plantar, reflexo cutâneo plantar em extensão (falso Babinsky), reflexos orais (sucção e busca). Nesta aula participaram, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem, que demonstraram interesse e participação no assunto. Essa aula ocorreu no dia 16 de abril e teve duração de 2 horas e meia. Constatamos que este tipo de atividade nos oportuniza a rever e atualizar conteúdos.



Figura 5 - Registro fotográfico da aula sobre reflexos

Este objetivo foi amplamente alcançado visto que conseguimos esclarecer para a família, equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde nossos propósitos. Também promovemos ações educativas, individuais e coletivas, nas quais foi possível trocar conhecimentos através das contribuições e do envolvimento dos participantes das atividades. Com isso, a família e equipe de enfermagem envolveram-se com o nosso trabalho e começaram a aplicar estimulação tátil nos RNPT.

7 - ATIVIDADES NÃO PREVISTAS QUE SURTIRAM NO DECORRER DO ESTÁGIO

Durante o estágio prático, além das atividades propostas anteriormente, sentimos a necessidade de realizarmos outras, as quais descrevemos a seguir.

7.1 - VISITA AO BERÇÁRIO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

No dia 13 de março de 1997, ultrapassamos fronteiras através dos caminhos da Internet. Chegamos até a Inglaterra (Reino Unido) com esse e-mail.

On Thu, 13 Mar 1997 18:25:17 -0300 (Hor. oficial do Leste da Am.Sul) pen <pen@repensul.ufsc.br> wrote:

- > Somos acadêmicas de graduação do curso de enfermagem da UFSC e estamos
- > realizando nossa monografia de conclusão de curso na área de UTI Neo-natal.
- > Soubemos através de uma fisioterapeuta sobre o trabalho que você desenvolveu
- > com prematuros, usando o método TAC-TIC, levando em consideração que este vai
- > de encontro com nossos anseios. Desta forma, gostaríamos, de conhecer tal
- > método, pois iremos trabalhar com estimulação tátil.
- > Pedimos por gentileza nos enviar material sobre o método TAC-TIC com maior
- > brevidade possível, já que temos pouco tempo para desenvolver nosso projeto.
- >
- > Agradecemos antecipadamente por sua colaboração.
- >
- >
- >
- > Favor enviar resposta para "pen@repensul.ufsc.br"
- >

Por esse mesmo caminho, recebemos no dia seguinte uma mensagem, a qual não esperávamos vir tão rápido.

From: "Elvidina N. Adamson-Macedo" <cs1929@wlv.ac.uk>
 To: pen <pen@repensul.ufsc.br>
 cc: cs1929@wlv.ac.uk
 Subject: Re: =?ISO-8859-1?Q?Estimula=E7=E3o?=?ISO-8859-1?Q?t=E1til?=
 Date: Fri, 14 Mar 1997 17:10:01 +0000

Prezadas colegas,

Grata por sua mensagem e seu interesse em TAC-TIC. Estou indo ao Brasil e estarei em Sao Paulo tralabndo no Hospital das Clinicas, na Unidade Neonatal com a Dra. Clea R. Leone. Se quiserem podem contactara Doutora, as enfermeiras e as fisioterapeutas que estao trabalhando comigo num projecto cross-cultural. Para TAC-TIC ser aplicada voces precisam de treinamento na qualidade do tato, sequencia e movimentos. Acredito que a Dra. Clea possa sugerir alguma coisa.

Mandem seu telefone. Estarei checando meu correi eletronicu ate terca-feira bem cedo.

Um abraço o amigo,

Elvidina

From: "Elvidina N. Adamson-Macedo" <cs1929@wlv.ac.uk>
 To: pen <pen@repensul.ufsc.br>
 Subject: Re: Em resposta:
 Date: Tue, 18 Mar 1997 09:50:08 +0000

Prezada colegas, Estarei em Sao Paulo de 31 de marco a 3 de abril e estou indo para Santiago. Dra Clea telefone e 88 16311 ext. 132. Fax 280 9431. A Dra. Clea Leone tem copia de quase todos os meus trabalhos. Um abraço amigo. Elvidina On Mon, 17 Mar 1997 17:54:06 -0300 (Hor.official do Leste da Am.Sul) pen <pen@repensul.ufsc.br> wrote: Prezada Elvidina; Foi com grande satisfação que recebemos sua mensagem, o que nos estimulou mais ainda a pesquisar sobre o método "TAC-TIC". Uma das nossas orientadorea é uma fisioterapeuta que por duas vezes teve a oportunidade de assistir palestras que a senhora ministrou em João Pessoa/Paraíba. A idéia de conhecer e aplicar o método "TAC-TIC" teve início a partir do momento que nossa orientadora (fisioterapeuta) nos relatou sobre uma esplanação a qual a senhora fez em uma de suas palestras sobre "TAC-TIC". Porém, não temos nenhum conhecimento mais aprofundado sobre o referido método, uma vez que só tivemos acesso em resumo a qual nos encantou! Com o trabalho desenvolvido. Gostaríamos de saber qual a data em que a senhora estará em São Paulo e como procederemos para entrar em contato com a Dra. Clea R. Leone ou outros profissionais que poderão nos auxiliar assim como a data provável para um possível treinamento com a senhora e com outros profissionais capacitados neste método, pois nosso trabalho (monografia de conclusão) encerra em julho, mês que teremos que apresentar nossa monografia. Estando portanto em fase de desenvolvimento de nosso projeto assistencial, necessitamos conhecer com certa urgência "TIC-TAC" (material bibliográficos, informações em que local no Brasil poderemos ter mais fácil acesso a este material). Para podermos averiguar a possibilidade de aplicarmos em nossa prática assistencial com neonatos prematuros da UTI Neonatal do HU. da UFSC, local que desenvolveremos nosso projeto. Agradecemos mais uma vez pela sua atenção e esperamos continuar mantendo contato. Um grande abraço. Myrna (fisioterapeuta) Erica e Michelini (acadêmicas de Enfermagem) O telefone da nossa orientadora é: (048) 228-0738 (à noite) Se quiser manter contato via E-mail, ele continua o mesmo <pen@repensul.ufsc.br> e.n.adamson-macedo@cs1929@wlv.ac.uk

Isso nos motivou mais ainda a continuarmos nossas buscas. Começamos a manter contato, através de FAX, com profissionais da área da saúde que até então eram pessoas desconhecidas, o que nos gerava uma certa angústia.

Florianópolis, 17 de março de 1997.
De: Érica Bomfim e Michelini Silva (Acadêmicas de Enfermagem)
Universidade Federal de Santa Catarina.

Para: Dra. Cléa R. Leone (Hospital das Clínicas-Unidade Neonatal)

Prezada Dra. Cléa Leone.

Somos acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos em fase de desenvolvimento de nosso projeto assistencial. Pretendemos desenvolvê-lo na área de neonatologia mais especificamente estimulação tátil em prematuros, usando o método criado pela Dra. Elvidina N. A. Macedo (TAC-TIC). Precisamos conhecer com certa urgência material bibliográfico sobre o referido método, para podermos averiguar a possibilidade de aplicarmos em nossa prática assistencial com neonatos prematuros da UTI Neonatal do HU da UFSC.

Entramos em contato com Dra. Elvidina, que nos pediu que entrássemos em contato com a senhora, pois seria a pessoa mais indicada para nos ajudar, uma vez que possui cópias de quase todos os trabalhos desenvolvidos por Dra. Elvidina. Nos informou que estará em São Paulo no HC no período de 31/03 a 03/04/97.

Gostaríamos encarecidamente de saber:

- ñ Se há possibilidades de nos enviar via (disquete, fax ou cedex) uma cópia dos materiais bibliográficos mais especificamente sobre TAC-TIC;
- ñ Se na Unidade Neonatal do HC é desenvolvido com prematuros estimulação tátil usando o método TAC-TIC;
- ñ Se existe Enfermeiras envolvidas em algum trabalho usando o método TAC-TIC;
- ñ Se haveria possibilidades de conhecermos a Unidade Neonatal do HC durante o período de 31/03 a 03/04.

Segundo Dra. Elvidina, para aplicação de TAC-TIC necessitamos de treinamento na qualidade do tato, sequência e movimentos e que a senhora poderia nos orientar a respeito, pois não possuímos ainda nenhum conhecimento mais aprofundado sobre o assunto.

Agradecemos antecipadamente pela sua atenção e colaboração.

Nosso endereço é: Rua Luis Oscar de Carvalho, n 14, Condomínio Itambé, apartamento 21 Bloco B 6, Bairro Trindade, cep: 88036-400, Florianópolis/SC.
Telefone (048)- 228-0738 (à noite)
Endereço Eletrônico: E-mail "pen@repensul.ufsc.br."
FAX: (048)-231-9787 (Enviar no nome de Maria Inês Bez Kroeger)

Contávamos os dias para que alguma resposta nos fosse enviada. Ficamos nessa expectativa durante 18 dias até um fax chegou em nossas mãos.

De: Prof. Dra. Cléa Rodrigues Leone
Para: Maria Inês Bez Kroeger
(Erica Bomfim & Michelini Silva)
Fax: (048) 231-9787
Em: 04/04/97.

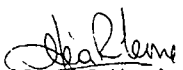
São Paulo, 04 de Abril de 1997.

Prezadas Erica e Michelini

Em resposta a seu Fax de 17/03/97, devo informar que:

1. No Berçário Anexo à Maternidade o método TAC-TIC vem sendo aplicado como protocolo de Pesquisa e não no atendimento de rotina;
 2. O método TAC-TIC somente poderá ser aplicado por profissionais treinados pela Dra. Elvidina N. Adamson-Macedo, devido à necessidade de preenchimento de critérios mínimos de qualidade de por parte desses profissionais;
 3. O material bibliográfico que dispomos é muito extenso, não sendo possível enviar via FAX;
 4. O Berçário Anexo à Maternidade poderá ser visitado, mas a aplicação do TAC-TIC pelos profissionais da área ainda não poderá ser demonstrada, desde que estes estão em processo de treinamento;
 5. Se for do interesse de vocês, poderemos enviar listagem das Referências Bibliográficas via FAX;
 6. Sugiro que façam novo contacto com a Dra. Elvidina, que está no Chile e deverá retornar ao Reino Unido na próxima semana.
- Caso necessitem de maiores informações, ou seja do interesse de vocês a lista das Referências Bibliográficas, façam novo contacto.

Um abraço


Prof. Dra. Cléa Rodrigues Leone
Médica Chefe
Berçário Anexo à Maternidade

Porém, necessitávamos ainda de alguns esclarecimentos. Então novamente mantivemos contato.

De: Érica Cristina T. Bomfim e Michelini F. da Silva (Acadêmicas de Enfermagem, UFSC)
 Para: Prof. Dra. Cléa Rodrigues Leone
 Fax: (011) 30676081
 Em: 10-04-97

Florianópolis, 10 de abril de 1997.

Prezada Dra. Cléa R. Leone

Primeiramente queríamos agradecer profundamente sua atenção por responder nosso fax, bem como da Dra. Lillian pela atenção nos dada via telefone.

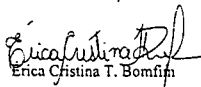
Ficariamos muito agradecidas se pudesse nos enviar via Cedex o material bibliográfico que dispõe sobre *TAC-TIC* (tentamos conseguir via Biblioteca Central da UFSC, sendo que nossa tentativa foi em vão, pois a referida Biblioteca não dispõe de material e também não encontrou em outras bibliotecas nacionais pesquisadas). Estamos cientes que para isso a senhora terá gastos, gostaríamos que por gentileza nos enviasse junto com o material bibliográfico o número de sua conta bancária para que pudéssemos reembolsá-la em todas as despesas que tiver.

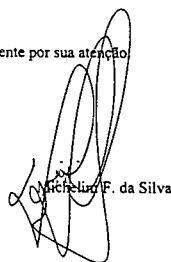
Estamos averiguando a possibilidade de conseguirmos dispensa de nossa prática assistencial na primeira quinzena do mês de maio, para conhecermos o Berçário anexo a Maternidade do HC. Solicitamos uma posição, se está seria uma boa data para tal visita.

Pedimos desculpas por nossa insistência, mas como já havíamos falado anteriormente necessitamos conhecer a bibliografia sobre *TAC-TIC* com certa urgência uma vez que estamos em fase de construção de nossa monografia, que concluir-se-á em junho-97.

Agradecemos antecipadamente por sua atenção.

Um abraço


 Érica Cristina T. Bomfim


 Michelini F. da Silva

Nesse meio tempo precisávamos conseguir recursos financeiros para conhecermos o Berçário do Hospital das Clínicas, em São Paulo. Então, enviamos um ofício para o Diretor do Centro de Ciências da Saúde, na tentativa de conseguirmos tais recursos.



Florianópolis, 10 de abril de 1997.

DA: COORDENADORIA DE ESTÁGIO DO CURSO DE ENFERMAGEM
PARA: DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Como é do conhecimento dessa direção, conforme correspondências anteriores o Curso de Enfermagem propicia modalidades de estágio obrigatório em várias áreas de atuação. Neste semestre, as alunas Érica Cristina Teodoro Bomfim e Michelini Fátima da Silva estão desenvolvendo estágio com Recém-Nascidos Prematuros e sua família, no Berçário de Alto Risco do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Vide projeto em anexo.

Por se tratar de um serviço pioneiro, em termos de enfermagem em SC, vimos solicitar passagem via terrestre Fpolis - São Paulo - Fpolis para as referidas alunas, afim de visitarem a UTI Neonatal do Hospital das Clínicas em São Paulo com data prevista para a primeira quinzena do mês de maio de 1997.

Profª Maria de Lourdes Silva Cardoso
- Coordenadora de Estágio -

Uma vez adquirido esses recursos, ligamos para São Paulo, marcando o dia e o horário da tão esperada visita.

Realizamos nos dias 06 e 07 de maio de 1997 junto com nossa orientadora professora Myrna, visita ao Berçário do Hospital das Clínicas, situado na Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 647 - São Paulo. O principal objetivo dessa visita foi de irmos em busca de mais informações sobre o método "TAC-TIC", criado especialmente para prematuros, já que este método serve de base para o desenvolvimento de nosso Projeto Assistencial de Conclusão de Curso e o Berçário acima referido. É o único hospital do país que no momento utiliza este método, apenas na fase de pesquisa e futuramente irá implantar como rotina na assistência prestada a recém-nascidos prematuros.

Outro motivo que nos levou a visitar tal Berçário foi devido ao fato que no período de 31 de março a 03 de abril, a criadora do método "TAC-TIC" Drª Elvidina Macedo, esteve visitando o Berçário e concomitantemente dando um

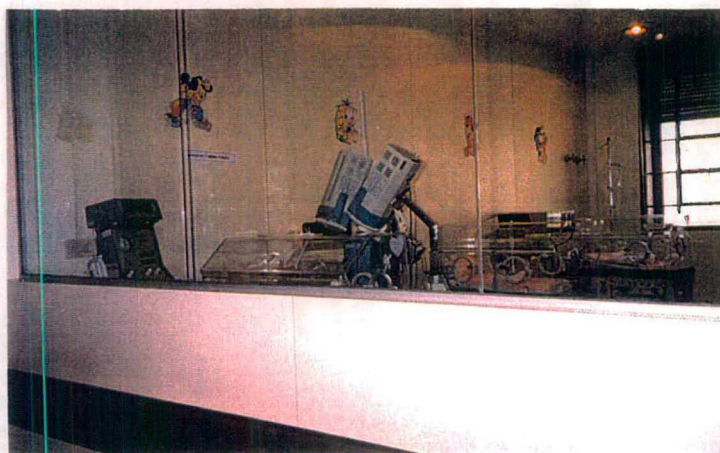


Figura 6- Registro fotográfico da visita ao Berçário do Hospital das Clínicas - São Paulo

Essa visita sem sombra de dúvida contribuiu para nosso crescimento profissional uma vez que conseguimos discutir com os profissionais desse Berçário a forma com que eles realizam e avaliam a estimulação em prematuros, conseguimos também alguns materiais bibliográficos que necessitávamos sobre o método "TAC-TIC".

Agradecendo a receptividade e colaboração da equipe do Berçário, enviamos um Fax.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Florianópolis, 03 de junho de 1997.

Prezada Dra Cléa Leone e Equipe,

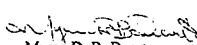
Embora com algum atraso, gostaríamos de agradecer a atenção que nos foi dada por parte da equipe, principalmente da Enfermeira Edith e a Fisioterapeuta Juliana quando estivemos visitando o Berçário.

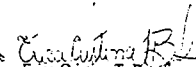
Tal visita, com certeza, contribui para o nosso crescimento profissional bem como pessoal, pois pudemos constatar na prática o que há tempos lemos nas literaturas, que um trabalho para ter sucesso precisa ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional, comprometida com a assistência, e sua equipe demonstrou desenvolver tal trabalho. Lamentamos que a senhora não estava presente, porém, acreditamos que não faltará oportunidade para conhecê-la.


Atualmente estamos envolvidas com a elaboração de nossa monografia, dificultando mantermos maiores contatos com sua equipe.

Queremos salientar que estamos a disposição em nome do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, caso precisem.

Um grande abraço,


 Myrna D. B. Duarte
 Fisioterapeuta


 Erica Cristina T. Bomfim
 Acad. Enfermagem


 Michelini F. da Silva
 Acad. Enfermagem

7.2 - ELABORAÇÃO DE UM MANUAL

Acreditando que se os pais conhecerem melhor a unidade onde o seu bebê se encontra, haveria uma diminuição de sentimentos tais como: preocupação, apreensividade. Sentimentos estes tão indesejáveis e pelos quais os pais estão passando nesse difícil processo. Por isso, sentimos a necessidade de elaborar um manual (Apêndice 5), que explicasse aos pais de uma maneira simples e prática, o porque de tudo o que estava acontecendo, ou seja, mostrar algumas características dos bebês que nascem antes do tempo previsto, bem como alguns dos procedimentos mais comuns e rotinas diárias de uma UTI Neonatal.

Depois de formulado este manual, levamos ao conhecimento da Enfermeira chefe do Berçário e da chefe de Enfermagem da maternidade para que ambas analisassem e dessem seu parecer a respeito do mesmo. Algumas

treinamento aos profissionais que ali atuam (Enfermeiros, Médicos e Fisioterapeutas). Porém, não pudemos receber nenhum treinamento por parte da equipe pois tal treinamento só pode ser dado pela própria criadora do método.

Fomos recebidas pela Chefe de Enfermagem do Berçário, Enfermeira Edith que nos acompanhou durante a visita apresentando o local. O Berçário foi inaugurado há 8 anos. É uma instituição pública que presta atendimento através do SUS e outros convênios, sendo atendidos nesse berçário apenas os recém-nascidos nascidos na Maternidade do Hospital das Clínicas. Os pais têm livre acesso para visitarem seus filhos. O número de funcionários que trabalham nesta unidade é de 58 profissionais, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social e nutricionista.

A área física do Berçário comporta um total de 15 salas. Dentre essas, inclui-se a UTI Neonatal, com um total de 08 leitos, onde preferencialmente só atuam enfermeiros no cuidado aos recém-nascidos ali internados. Este Berçário suporta um total de 60 leitos, ocupados por bebês normais (sem problemas de saúde) e por bebês que necessitam de maiores cuidados, inclusive prematuros. Observamos que as condições de área física são um tanto precárias. Alguns equipamentos como incubadoras, respiradores, bomba de infusão são bastante ultrapassados, comparados com os utilizados atualmente. Em contrapartida, o berçário possui computadores, que possibilitam manter contato com as diversas áreas do hospital.

Paralelo ao contato com o pessoal de enfermagem, foi feito com a fisioterapeuta uma troca de informações sobre a atuação desse profissional no Berçário. Constatamos que todos os profissionais da equipe demonstraram um grande comprometimento com a profissão e parecem ter como meta o aperfeiçoamento e a busca de um crescimento. Crescimento este que se tenta fazer de forma conjunta. Foram muito receptivos e ao mesmo tempo prestativos a nos auxiliarem no que precisávamos, e colocando-se a disposição para quaisquer esclarecimentos que por ventura necessitássemos.

alterações foram sugeridas. Acatamos as mesmas, porém não foi possível durante o período de estágio padronizar este manual para ser entregue aos pais devido ao curto período de estágio e ao processo de padronização que é lento. No entanto, lançamos a idéia de que o mesmo futuramente seja padronizado e entregue aos pais, concretizando assim nosso objetivo.

7.3 -VISITA AO BERÇÁRIO DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

Realizamos no dia 5 de junho de 1997 visita ao Hospital Infantil Joana de Gusmão, situado na Rua Rui Barbosa nº 152, no bairro Agrônômica. Fomos recebidas por duas acadêmicas de enfermagem, que estão desenvolvendo projeto assistencial de conclusão de Curso no berçário do referido Hospital, sendo que as mesmas conduziram a visita.

O Hospital Infantil Joana de Gusmão abrange uma área de 22.485m², com capacidade de 300 leitos, porém apenas 151 leitos encontram-se ativados. Este hospital é uma instituição estadual que presta atendimento através do SUS e de outros convênios. A faixa etária atendida no hospital é de 0 - 15 anos de idade.

No berçário, onde realizamos a visita, estão disponíveis atualmente um total de 13 leitos . A faixa etária atendida neste berçário é de 0 - 30 dias ou crianças com até 1.800g. A área física compõem-se de: Sala A - Desativada; Sala B - suportando um total de 5 a 6 leitos, onde ficam recém-nascidos prematuros e alguns casos clínicos; Sala C - com um total de 5 a 6 leitos, onde permanecem pacientes cirúrgicos e outros; 4 salas de isolamento; 1 sala da Chefia de Enfermagem; 1 sala de reuniões; Posto de Enfermagem; Copa; Vestiário.

O quadro de funcionários é composto de: 1 Enfermeira (que permanece apenas um turno no setor); 6 técnicos de enfermagem; 1 auxiliar de

enfermagem; 12 atendentes de enfermagem (sendo que 3 destes estão concluindo curso de auxiliar oferecido pelo hospital); 1 escriturária, 3 pessoas responsáveis pela limpeza.

Durante o período que permanecemos visitando o Berçário, constatamos que não há metodologia nos registros de enfermagem e as anotações não são feitas em impresso próprio. Parece-nos que a quantidade de material muitas vezes é insuficiente e que os materiais em uso estão em estado precário, necessitando improvisar em muitos casos para que se consiga prestar assistência e a área física é mau distribuída e aproveitada.

Esta visita foi importante pelo fato de termos a oportunidade de conhecermos uma outra realidade a qual nos revelou exatamente as precárias condições de saúde em nosso país e a necessidade de se investir mais em recursos humanos e materiais.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência aqui relatada é, antes de tudo, um processo dinâmico construído a partir de nossa interação com cada um dos recém-nascidos prematuros e famílias assistidos.

Desde que iniciamos este trabalho, tivemos a sensação de termos sido presenteadas, pela oportunidade dos encontros com os recém-nascidos pré-termos, família e equipe. A nosso ver, vivenciamos uma relação de cuidado transpessoal, ou seja, ocasião de encontros físico e espiritual nos quais compartilhamos experiências. Separamo-nos fisicamente, no entanto, suas vozes, seus gestos, atitudes, comportamentos e sentimentos transmitidos num momento único e inesquecível, ainda permanecem em nossa mente, explicando-nos coisas que até então não tínhamos palavras para definir. Podemos afirmar com certeza que fomos enriquecidas por essas experiências de respeito e amor ao ser humano.

Percebemos neste estágio que não estamos sozinhas em nossa maneira de pensar o *cuidado de enfermagem humanizado*, pois encontramos profissionais que demonstraram grande respeito pelas experiências subjetivas do ser sob seus cuidados, valorizando sua autonomia e dignidade. Alguns profissionais revelaram ser sensíveis ao sofrimento alheio, conseguem sentir com intensidade o prazer de minimizá-lo. Acreditamos que esta é a essência do *fazer enfermagem humanizada*.

Verificamos que há atributos que são inerentes ao gênero feminino e são indispensáveis ao ser que cuida de outros. Na nossa concepção o cuidado é por natureza inseparável da condição de ser mulher que gera, nutre e protege a vida das pessoas. Vimos que as mulheres são *a expressão do amor, da dedicação ao outro, do desejo de cuidar / confortar e da preocupação constante*. Pensamos que somente quem sente prazer em cuidar consegue manifestar o amor e prazer em relação a seu trabalho com bebês, porque desejam de alguma forma ajudá-los a viver melhor.

Observamos que o cuidado faz parte da maneira de viver de cada um. Ele está incorporado em sua maneira de relacionar-se com as pessoas. Com isso é necessário que nos tratemos com delicadeza e dignidade antes de nos tornarmos capazes de respeitar e cuidar dos outros com delicadeza e dignidade. Temos que impor a nós mesmos o desejo de nos cuidar e nos amar.

Concordamos com Monticelli (1994, p. 243) quando diz que o nascimento como um rito de passagem é um processo de grandes mudanças físicas, simbólicas e sociais para todos que estão nele envolvidos e que as relações que se estabelecem durante esse processo, ajudam a família a incorporar a nova situação, contribuindo para a socialização, ajudando a preparar as pessoas para mudança de papéis e para receber um novo ser humano.

Portanto, vemos que se deve valorizar / destacar a família do RNPT na assistência de enfermagem buscando conhecer e compreender suas características específicas e como consequência o cuidado que deve receber.

Estando presente junto ao bebê e a seus pais no momento de sua morte aprendemos a ver a morte como uma perda de um ente querido, mas também como um processo natural e inevitável na experiência humana. Frente a isso, pudemos perceber o valor de nosso cuidado aos pais no momento da morte de seus filhos afim de lhes aliviar o sofrimento.

Constatamos que através *do toque e carícias*, é possível minimizar o estresse vivenciado pelos recém-nascidos pré-termo em uma UTI Neonatal e com isso

proporcionar afetividade e segurança bem como o fortalecimento dos laços afetivos entre o RNPT e seus pais. O bebê prematuro como ser humano está interagindo constantemente com o ambiente. Num processo de troca, o bebê aprende com o ambiente, experiências precoces são importantes, porque contribuem para o desenvolvimento sob o ponto de vista físico, psicológico e social.

No decorrer deste estágio, analisamos que *tocar e acariciar* não restringe-se apenas para bebês prematuros, pelo contrário, é para qualquer ser humano que o deseje e aceite.

Quanto aos recém-nascidos pré-termo, vimos que cativam a nossa feição por possuírem uma atitude pura diante da vida, sem idéias pré-concebidas que os previnem contra doenças e permanência na UTI Neonatal. Eles respondem com alegria e descontração, quando cessa o sofrimento, manifestando assim, seu bem estar.

Este trabalho trouxe-nos diversas experiências agradáveis, muitas vezes trabalhosas decorrentes de grande esforço físico e mental. Pudemos avaliar nossas potencialidades bem como nossas limitações. Concordamos com NODDINGS (1986, p. 40) que “o cuidado requer do profissional de enfermagem dupla dose de coragem: a de aceitar uma situação em que ele não cuidou de seu cliente como devia e a coragem de continuar cuidando.

Ao prestarmos assistência ao RNPT e família sentíamos prazer, realizávamo-nos como pessoa, ou seja, ao cuidarmos dos outros, nós vivenciávamos o significado de nossas próprias vidas e vimos que precisávamos do outro para cuidar se quiséssemos ser nós mesmas.

Desde o início passamos por dificuldades. Apareceram nossas deficiências, momentos que nos impulsionaram a encontrar novos caminhos, soluções, alternativas, com imenso apoio de nossas orientadoras e supervisoras. Em vista disto, percebemos o quão foi significativo para o nosso melhor desempenho trabalharmos juntas, ressaltando-se nossas diferenças, sentimentos que nesses momentos o companheirismo, compreensão, amizade, o apoio e o

incentivo que proporcionamos uma a outra foram essenciais para a efetivação deste.

Dentre as facilidades e dificuldades foram encontradas no decorrer do estágio, podemos destacar:

- A boa receptividade das acadêmicas por parte dos funcionários;
- A favorável aceitação por parte dos recém-nascidos pré-termo e seus pais foram um dos fatores estimulantes para a continuação e realização deste trabalho;
- O referencial teórico escolhido, já trabalhado anteriormente na Faculdade e aprofundado nesta fase, foi importante para identificarmos as Necessidades Humanas Básicas afetadas dos recém-nascidos pré-termo e de sua família, contribuindo da melhor maneira possível para satisfazê-las. Tal referencial permitiu-nos ter condições de, certa maneira, alcançarmos nossos objetivos;
- O pouco tempo para a realização do projeto e relatório para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem foi uma dificuldade encontrada;

A partir das experiências por nós vivenciadas gostaríamos de deixar como sugestão:

- Incluir nos estágios de enfermagem obstétrica e/ou ginecológica da VIIª Unidade Curricular práticas assistenciais no berçário de alto risco.

Afirmamos com tranquilidade que conseguimos atingir os objetivos dos quais propusemos, pois foi possível e viável prestar cuidado de enfermagem ao RNPT e sua família, sendo que a coragem e a esperança necessária para isto nós obtivemos através da fé em Deus. Esta fé em Deus despertou nossa coragem e a energia moral necessária para participarmos do sofrimento alheio e cuidar do outro.

FINALIZANDO, gostaríamos de expressar que nenhuma experiência pode ser considerada concluída, uma vez que haverá novos significados a serem explorados em consequência de que, o mundo e nós mesmas estamos em

processo contínuo de transformação. Temos certeza que cada vez que relemos este trabalho vislumbraremos novos horizontes e novos significados.



Figura 7 - Cartaz de agradecimentos

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ABRZUT, J.E., HYND, G.W. *Child neuropsychology. Vol.1. Theory and Research.* Academic Press, London, 1986
- 2 - ADAMSON-MACEDO, E.N. Monitoring of the infant in intensive care. *Together for children, fifth International Conference of the International Academy of Pediatric Transdisciplinary Education jointly with the International College of Pediatrics, 3-7 may, 1987, 1988.*
- 3 - ADAMSON-MACEDO, E.N. . A small sample follow-up study of children who received tactile stimulation after pre-term birth: intelligence and achievements. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* Vol. 11, pp. 165-168, 1993
- 4 - ANAND, K.J.S. and HICKEY, P.R. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *New England Journal of Medicine,* 317: 1321 - 1329, 1987.
- 5 - ANNUNCIATO, N.F.. O processo plástico do sistema nervoso. *Temas sobre desenvolvimento.* São Paulo, v.3, n. 17, p. 4-12, 1994.
- 6 - ANZIEU, D.. *O eu-pele.* São Paulo: Casa de Psicólogo, 1989.
- 7 - BARBOSA, A. M.. *Recorte e Colagem: Influências de John Dewey no ensino da arte no Brasil.* São Paulo: Autores Associados, ed. Cortes, 1982.

- 8 - BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. *Indo além do assistir - cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva*. Florianópolis: UFSC, 1995. Dissertação (mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- 9 - BARCHIFONTAINE, Chistian de Paul, PESSINI, Leocir, ROVER, Ademar. *Bioética e Saúde*. São Paulo: CEDAS, 1987.
- 10 - BER, Helen. *A criança em desenvolvimento*. 3 ed. São Paulo: Harper e Roio do Brasil, 1984.
- 11 - BÍBLIA, Levítico. Português. *A Bíblia Sagrada*. Tradução na linguagem de hoje. 4.ed. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1988.
- 12 - BOBATH, karel. *Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral*. 2 ed. São Paulo: Manole, 1990.
- 13 - BOBATH, K. & Bertha. *Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral*. São Paulo: Manole, 1978.
- 14 - BRANDÃO, J.S.. *Desenvolvimento Psicomotor da mão*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1984.
- 15 - BRAZELTON, T.B.. *O Desenvolvimento do Apego*; Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- 16 - BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1994.
- 17 - CARMICHAEL, I. The onset and early development of behaviour. In: Mussen P., ed. *Carmichael's Manual of Child Psychology*. Vol. 1. Wiley, New York: 447-563, 1970.
- 18 - CASH, J.E.. *Neurologia para fisioterapeutas*. Editado por Patrícia A. Downie. 4 ed. São Paulo: Panamericana, 1987.
- 19- CAT, Izrail, GIRALDI, Dinarte José. *Terapia intensiva e reanimatologia pediátrica*. Rio de Janeiro - São Paulo: Atheneu, 1983.
- 20 - CECIL, R.L.F.. *Tratado de Medicina Interna*. 19 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, v.2, 1994.

- 21 - CLARK, E.G. & LEAVELL, H. *Medicina Preventiva*. 2 ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978.
- 22 - CÓDIGO de ética dos profissionais da Enfermagem, aprovado por resolução COFEN-160 e distribuído pelo Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina.
- 23 - CORIAT, Lydia F.. *Maturação psicomotora no primeiro ano de vida da criança*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.
- 24 - CROSSE, V.M.. *O recém-nascido prematuro*. 8 ed. São Paulo: Editora Manole, 1980.
- 25 - DANIEL, Liliana Felcher, *Enfermagem Planejada*. 3.ed. São paulo: EPU, 1981.
- 26 - DAVIS, J.A., RICHARDS, M.P.M. and ROBERTON, N.R.C. (Eds) (1983) *Parent-baby attachment in premature infants*, Croom Helm, London.
- 27 - DAVIS, Phyllis K.. *O poder do toque*. São Paulo: Best Seller, 1991.
- 28- DeCASPER, A.J. and SPENCE, M.J. (1986) Prenatal maternal speech influences new borns perception of speech sound. *Infant Behavior and Development*, 9: 133-150.
- 29 - DELANEY, L.. *Assessment: data collection of the family client*. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W. e CRISTENSEN, P.J. Nursing process: application of theories, frameworks and models. St. Louis: C.V. Mosby, 1986, p. 87-99.
- 30 - DOMONKOS, A.N.. *Tratado de dermatologia*. 2 ed. Espanha: Salvat S.A., 1975.
- 31 - ERICKSON & cols.. *Educação de excepcionais*. 2 ed. Rio de Janeiro: Globo, 1982.
- 32 - FERREIRA, Ana Nery Guimarães. *Fisioterapia com o suporte de estimulação tátil em crianças portadoras de prematuridade*. Paraíba: UFP, 1996. Monografia de Conclusão. Curso de Especialização em Recursos Cinesioterápicos. Universidade Federal da Paraíba, 1996.

- 33 - FONSECA, Maria Adelaide Q. da et al. *Enfermagem em centro de tratamento intensivo*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, v. 2, 1983.
- 34 - GANONG, W.F.. *Fisiologia Médica*. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1983.
- 35 - GAROUTTE, B.. *Neuroanatomia funcional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.
- 36 - GEREMIAS, Rosimeri, VIEIRA, Samira D'Avila. *Orientando o autocuidado segundo Dorothea Orem: um incentivo ao paciente crônico*. Florianópolis: UFSC, 1996. p. 95. Relatório de Estágio (Graduação em Enfermagem) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- 37 - GESELL & AMATRUDA. *Diagnóstico do desenvolvimento*. 3 ed. Rio de Janeiro - São Paulo: Atheneu, 1990.
- 38 - GOMELLA, T.L. & CUNNINGHAM, M.D.. *Neonatologia: manejo básico, plantão, doenças e drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- 39 - GOMES, Maria Magda Ferreira. *Ter o filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: o significado para os pais*. São Paulo: E.P.M., 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Mestrado em Enfermagem Pediátrica, Escola Paulista de Medicina, 1992.
- 40 - GONZAGA, Flávia Regina S. Ramos. Processo Educativo em Saúde como Prática Assistencial: Relato de Experiência. *Ver. Texto e Contexto - Enfermagem*. Florianópolis, v.1, n.1, p. 116, jan./jun., 1991.
- 41 - GOTTLIEB, G. (1983) The psychobiological approach to developmental issues. In: MUSSEN, P.H. (Ed) *Handbook of child psychology 2 infancy*
- 42 - GUYTON, Arthur C.. *Tratado de Fisiologia Médica*, 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.
- 43 -HEPPER, P.G. (1989) Foetal learning: implications for psychiatry? Annotation. *British Journal of Psychiatry*, 155: 289-293.
- 44 - HERTL, M.. *Pediatria diagnóstico diferencial*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1980.

- 45 - HERREN & Herren. *Estimulação psicomotora precoce*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- 46 - HOLLE, B.. *Desenvolvimento motor da criança normal e retardada*. 2 ed. São Paulo: Manole, 1990.
- 47 - HOLLINSHEAD, W.H., ROSSE, C.. *Anatomia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Interlinas, 1991.
- 48 - HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*, São Paulo: E.P.U., 1979.
- 49 - INHOF, Andréa Emerim Vieira, SOUZA, Elisabete Cecília, MANN, Kelly Lúcia Vieira. *Hospitalização Neonatal: Um desafio à assistência de enfermagem humanizada ao recém-nascido e seus pais*. Florianópolis: UFSC, 1995. Monografia de Conclusão. Curso de Especialização de Enfermagem em Terapia Intensiva. Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- 50 - JACOB & cols.. *Anatomia e Fisiologia Humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.
- 51 - KLAUS, Marshall H., KENNEL, John H. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 52 - KLEIN, N.K., HACK, M. and BRESLAU, N. (1989) Children who were very loco birth weight: development and academic achievement at nine years of age. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10: 32-37.
- 53 - KRUSEN, G. *Tratado de medicina física e reabilitação*. 3 ed. São Paulo: Manole, 1986.
- 54 - MACEDO, E.N. Effects of tactile stimulation on preterm infantis. Paper delivered at the Annual Conference of BPS Postgraduate Psychology Durham, 1981.
- 55 - MACEDO, E.N. Effects of very-early iactile stimulation on very-loco birthweight infants - a 2 - year follow-up study. Unpublished doctoral dissertation, University of London (Bedford College), 1984

- 56 - MACEDO, E.N.A.. "TAC-TIC: a importância do toque sistemático". Inglaterra. *Jornal de British Midwifery*, nº 6, v.2, p. 264-269, junho, 1994.
- 57 - MACHADO, A.. Neuroanatomia funcional. 2 ed. Rio de Janeiro e São Paulo: Biblioteca Biomédica, 1993.
- 58 - MANCIAUX, M. *A saúde da família*. A saúde do mundo: A rRevista de Organização Mundial da Saúde, Genebra, p. 4-9, ago/set. 1975.
- 59 - MARCONDES, E.. *Pediatria Básica*, 8 ed. São Paulo: Sarvier, vol. 1, 1992.
- 60 - MAXIMIANO, Ademir Moraes et al. *Prematuridade: uma etapa a ser vivenciada*. Florianópolis (Trabalho acadêmico de graduação em Enfermagem) UFSC, 1994.
- 61 - MINUCCI, A.. *Dinâmica de grupo na escola*. 2. ed. São Paulo, ed. Melhoramentos, 1971.
- 62 - MIURA, E.. *Neonatologia: princípios e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- 63 - MONTAGU, A. *Touching, the human significance of the skin*, Second Edn. Harper & Roco, New York , 1978.
- 64 - MONTAGU, A.. Tocar. *O significado humano da pele*; 2 ed. São Paulo: Summus, v.34, 1988.
- 65 - MONTICELLI, Marisa. *O nascimento como rito de passagem: Uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos*. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- 66 - MURAHOVSKI, J.. *Pediatria - Diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Sarvier, 1989.
- 67 - MUSSEN, P.H.. *O desenvolvimento psicológico da criança*. 10 ed. São Paulo: Harpeu & Roio do Brasil, 1982.

- 68 - NAVARRO, F.. *Somatopsicodinâmica das Biopatias: interpretação reichiana das doenças com etiologia "desconhecidas"*. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1991.
- 69 - NIELSEN, A.L.. *Massagem do bebê*. São Paulo: Manole, 1989.
- 70 - NITSCHKE, Rosane G. *Nascer em família: Uma proposta de assistência de enfermagem para interação familiar saudável*. Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- 71 - NUNES, D.M. et al. Aspectos da atividade assistencial da enfermeira na Unidade de Internação Pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, R.S., 36: 29-37, 1983.
- 72 - OBRZUT, J.E., HYND, G.W. (1986). *Child neuropsychology*. Vol. 1 Theory and Research. Academic Press, London.
- 73 - OKIKAWA, Linda Lefrak, LUND, Carolyn Houska. *Alto risco em neonatologia*. 4 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1995.
- 74 - OMS. UNICEF. Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. *O papel especial dos serviços materno-infantis*: Genebra, 1989.
- 75 - PAULA, Wilson Kraemer. *Releitura das necessidades humanas básicas*. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Florianópolis - SC. 1993.
- 76 - PEREZ-RAMOS, Aidyl M. de Queiroz. *Estimulação Precoce: serviços, programas e currículos*; 2 ed. Brasília, D.F.: Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1982.
- 77 - PIAGET, J.. *O nascimento da inteligência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- 78 - PIAGET, J.. *A Psicologia da criança*. São Paulo: Difel - Difusão Editorial, 1980.
- 80 - PIVA, Jefferson, CARVALHO, Paulo, GARCIA, Pedro Celiny. *Terapia intensiva em pediatria*. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1989.

- 81 - PIZZATO, Maria G., POIAN, Vera R.L. de. *Enfermagem neonatológica*. 2 ed. Porto Alegre: Luzzato, 1988.
- 82 - PORTER, F. (1989). Pain in the newborn. *Clin Perinatol* 16(2): 549-64.
- ~~83~~ - RAMOS, J.L. & LEONE, C.R.. *O recém-nascido de baixo peso*. São Paulo: Sarvier, 1986.
- 84 - REDE Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. IBFAN, Brasil, 1992.
- 85 - RESENDE, Jorge de. *Obstetrícia fundamental*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.
- 86 - RICE, R.D. (1977). Neurophysiological development in premature infants following stimulation. *Developmental psychology*, 13: 69 - 76.
- 87 - ROACH, marie S.. *The human act of caring: a blue print of the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Association, 1993.
- 88 - RONAN, O.R.. *Anatomia Humana Básica: um estudo regional da estrutura humana*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- 89 - SANTOS, Evanguelia K.A., COELHO, Rita de Cássia Heinzen de Almeida. *Manual mamãe papai recentes*. Fundação Hospitalar de SC. MDC, 1991.
- 90 - SCANLON, J.W. (1991) Appreciating neonatal pain. *Adv. Paediatr.* 38: 317-33.
- 91 - SCHMITZ, Edilza Maria Ribeiro. *A enfermagem em pediatria e puericultura*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.
- 92 - SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos, ARMELLINI, Pedro Antonio, MARINO, Wanda Tobias. *RN*. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 1991.
- 93 - SIBBALD, William J., INMAN, Kevin J.. Problems in assessing the technology of critical care medicine. *Int. Journ. of Technology Assessment in Health Care*, v.8, n.3, p. 419-443, 1992.

- 94 - SOUZA, Aldanéia Norma et al. *Assistência de enfermagem ao paciente de unidade de terapia intensiva e familiares com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta*. Florianópolis, (Trabalho acadêmico de graduação em Enfermagem). UFSC, 1995.
- 95 - SOUZA, Denise Fortkamp. *Assistência ao recém-nascido e puérpera, enfatizando orientações a respeito dos cuidados com o binômio e incentivo ao aleitamento materno, segundo Horta*. Florianópolis, (Trabalho acadêmico de graduação em Enfermagem) UFSC, 1996.
- 96 - SOUZA, Márcia et al. *Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva*. Ver. Paul. Enf. São Paulo, v.5, n.2, p. 77-79, abr/jun., 1985.
- 97 - SPARSHOTT, M. (1989) Pain and the special care baby unit. *Nurstimes* 85: 41, 61-4.
- 98 - SPEIDEL, B.D. (1978) Adverse effects of routine procedures on premature infants. *Lanceti*: 864-5.
- 99 - SPITZ, R.A.. *O 1º ano de vida da criança*. Espanha: Aguilhar, 1973.
- 100 - STERN, D.N. (1985) *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*, Basic Books, New York.
- 101 - St JAMES-ROBERTS, I., MANGOLD, S. and Share, J. (1990) Paper delivered at BPS developmental psychology section, Annual Conference, Surrey.
- 102 - TRENTINI, Mercedes, DIAS, Lygia P. Muller. *Meu primeiro projeto assistencial*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.
- 103 - UMPHRED, Darcy Ann. *Fisioterapia Neurológica*. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 1994.
- ~~104~~ - VANGHAU, V.C.. *Tratado de Pediatria*. 11 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
- 105 - WHALEY, L.F. & WONG, D.L.. *Enfermagem pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

- 106 - WHITELOW, A. and SLEATH, K. (1985) Myth of the marsupial mother: home care of very low birthweight babies in Bogota, Columbia. *The lancet*.
- 107 - WOLKE, D. (1987) Environmental and developmental neonatology. *Journal of reproductive and infant psychology*, 5: 17-42.
- 108 - ZIEGEL, Erna, CRANLEY, Mecca. *Enfermagem obstétrica*. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1985.

10 - APÊNDICES

APÊNDICE 1

Apêndice 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo as acadêmicas Érica Cristina Teodoro Bomfim e Michelini Fátima da Silva, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a prestarem Assistência de Enfermagem e aplicarem Estimulação Tátil, segundo o método "TAC-TIC" bem como realizarem entrevistas e coletarem dados, no período de 31/03 a 12/06 sobre minha família, e meu filho internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário.

Florianópolis, / / .

Pai/Mãe/Responsável

APÊNDICE 2

Apêndice 2

Rotinas

Rotinas de Admissão

- 1 - O recém-nascido é avaliado pelo neonatologista que quando necessário avisa a unidade e equipe de enfermagem para preparar-se para receber o bebê.
- 2 - O recém-nascido ao chegar ao berçário deve ser recebido pela enfermeira ou outro membro da equipe.
- 3 - O recém-nascido deverá ser acomodado confortavelmente e corretamente na incubadora ou berço.
- 4 - Verificar o estado geral do recém-nascido, prestando os primeiros cuidados imediatos necessários.
- 5 - Anotar em livro próprio de registro os seguintes dados: número, registro, identificação (nome), data de admissão, diagnóstico, parto, sexo, peso, data, hora de nascimento, apgar.
- 6 - Verificar e encaminhar pedidos de exame e parecer quando solicitados.
- 7 - Após a liberação da dieta, examinar a prescrição médica e ver a possibilidade da presença da mãe para oferta do leite materno (direto no seio materno, leite materno ordenhado ou outras formas).
- 8 - Preencher etiqueta de identificação com nome completo da mãe e do bebê caso tenha, fixar no leito do recém-nascido.
- 9 - Iniciar relatório de Enfermagem.
- 10 - Completar histórico de enfermagem caso necessário

Rotinas de Transferência interna e externa

- 1 - Verificar a existência de vaga na unidade solicitada (se a mãe estiver internada no alojamento conjunto, a vaga do bebê já é garantida).
- 2 - A transferência do recém-nascido para outro hospital ou instituição requer um contato prévio com a equipe que irá receber o recém-nascido.
- 3 - A família do recém-nascido deverá ser comunicada da transferência do mesmo.

4 - A enfermeira deve fazer um breve relatório dos cuidados que o recém-nascido requer ou que já foram realizados no Berçário.

5 - O médico responsável deverá elaborar um relatório sobre a história, tratamento e medicações que o recém-nascido recebeu no hospital, sendo que o prontuário do recém-nascido permanece no hospital.

6 - O enfermeiro ou pessoa responsável deve providenciar ambulância para transporte do recém-nascido, bem como providenciar e/ou supervisionar o material que irá acompanhar o recém-nascido.

7 - Durante o transporte do recém-nascido, o médico responsável, e algum membro da equipe de enfermagem deverão acompanhar o bebê até seu destino.

8 - Realizar limpeza e desinfecção do leito após a saída.

Rotina para Alta

1 - A alta do recém-nascido, devido a implicações deve ser dada por escrito e assinada pelo médico

2 - A enfermeira deverá comunicar a mãe ou responsável pelo recém-nascido de sua alta.

3 - Dar a mãe ou responsável pelo recém-nascido orientações precisas sobre os cuidados pós-alta, junto com o folheto explicativo.

4 - O escriturário deverá organizar o prontuário do recém-nascido e encaminhar para o SAME.

5 - Um funcionário deverá acompanhar os pais até a saída e entregar o aviso de saída na portaria do Hospital Universitário.

Obs.: Em caso de alta a pedido, o pai e/ou responsável deverá preencher e assinar o termo de responsabilidade.

Rotina de Óbito

1 - O neonatologista deve constatar óbito, assinar o atestado de óbito e comunicar a família.

2 - A enfermeira deve orientar os pais ou responsáveis quanto as medidas a serem tomadas, esclarecimentos quanto ao funeral e caso necessário, encaminhar ao Serviço Social.

- 3 - Preparar o corpo e encaminhá-lo para conservadora.
- 4 - O escriturário deverá organizar o prontuário e fazer os registros necessários.
- 5 - Realizar limpeza e desinfecção do leito e aparelhos.

Rotinas das Atividades Neonatológicas

- 1 - Internação do recém-nascido: pesar, dados antropométricos.
- 2 - Alimentação: via oral - colocar o recém-nascido no colo, administrar o leite com seringa, copinho, conta-gotas e colher.
- 3 - Banho: uma vez ao dia pela manhã no próprio berço.
- 4 - Peso: uma vez ao dia pela manhã antes do banho.
- 5 - Sinais vitais: na UTI neonatal verificar de 1/1h e quando necessário. Nas demais áreas verificar de 4/4 h.
- 6 - Coleta de exames laboratoriais: a enfermagem colhe todos os exames. Pessoal do laboratório vem apenas buscar.
- 7 - Raio X: será chamado o técnico do raio X ou o recém-nascido poderá descer a critério médico.
- 8 - Desinfecção das incubadoras: - concorrente, diariamente a cada turno, lavar com água e sabão;
- terminal, a cada sete dias, ou após alta.
- 9 - Evolução: na UTI neonatal, uma evolução por turno para cada recém-nascido. Nas demais áreas, uma evolução a cada 24 horas.
- 10 - Prescrição: cada criança deve ter no mínimo uma prescrição ao dia.
- 11 - Metodologia de enfermagem: o histórico deve ser feito um para cada criança internada.
- 12 - Registros da enfermagem: controle intensivo e observações complementares.

Organização do Prontuário

O prontuário do recém-nascido compõe-se de:

- Folha de identificação;
- Folha de evolução clínica diária;
- Folha de prescrição médica;
- Folha de evolução de enfermagem;
- Folha de prescrição de enfermagem;
- Folha de controle intensivo;
- Resultado de exames mais recentes (laboratório, raio X, ultra-som);
- Diária de UTI;
- Folha da sala de parto;
- Histórico de Enfermagem.

As anotações do prontuário devem ser:

- Claras, legíveis, precisas; bem formuladas e com boa caligrafia;
- Feitas com tinta azul das 07:00 às 19:00 horas e com tinta vermelha das 19:00 às 07:00 horas.
- Os medicamentos e cuidados devem ser checados imediatamente após serem administrados;
- As folhas do prontuário devem ser colocadas em ordem quando o paciente é admitido;
- Preencher todos os cabeçalhos com tinta azul;
- Quando por qualquer motivo a medicação e os cuidados não forem ministrados ou executados, deve-se circular os horários e anotar as justificativas.

Passagem de Plantão

- 1 - Todo o servidor deverá estar no local de trabalho às 07:00, 13:00 ou 19:00 horas conforme o seu turno para receber o plantão.
- 2 - A passagem de plantão é feita em frente a cada leito, pelo funcionário responsável que deverá fazer um relatório breve das ocorrências no turno.
- 3 - Todos os funcionários da equipe de enfermagem deverão acompanhar a passagem de plantão.
- 4 - O funcionário poderá sair da unidade ou setor com devida substituição

5 - A enfermeira responsável por cada turno, mensalmente faz divisão das atividades assistenciais, sendo estas feitas conforme o número de funcionários no turno.

6 - Os membros da equipe de enfermagem prestam assistência integral a um número pré-estabelecido de recém-nascidos.

Além disso a equipe de enfermagem é responsável pela organização do posto de enfermagem, balcão de medicação, sala de lanche, rouparia, reposição de materiais nas gavetas e armários e troca de materiais no Centro de Esterilização.

As normas e rotinas assistenciais estão arquivadas em pastas, separadas na própria unidade.

APÊNDICE 3

APÊNDICE 4

Tocar e acariciar o ser humano prematuro

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

AUTORIZAÇÃO

Eu, autorizo as acadêmicas Érica Cristina Teodoro Bomfim e Michelini Fátima da Silva, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a prestarem Assistência de Enfermagem e aplicarem Estimulação Tátil, segundo o método "TAC-TIC" bem como realizarem entrevistas e coletarem dados, no período de 31/03 a 12/06 sobre minha família, e meu filho internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário.

Florianópolis 03/04/97

Cleide Platt

Pai/Mãe/Responsável

Tocar e acariciar o ser humano prematuro

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

AUTORIZAÇÃO

Eu, *Bomfim e Michelini Fátima da Silva*, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a prestarem Assistência de Enfermagem e aplicarem Estimulação Tátil, segundo o método "TAC-TIC" bem como realizarem entrevistas e coletarem dados, no período de 31/03 a 12/06 sobre minha família, e meu filho internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário. autorizo as acadêmicas *Érica Cristina Teodoro*

Florianópolis, 01/04/97.

Harlete Hartinez
Pai/Mãe/Responsável

Tocar e acariciar o ser humano prematuro

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

AUTORIZAÇÃO

Eu, *Bomfim e Micheline Fátima da Silva*, autorizo as acadêmicas *Érica Cristina Teodoro Bomfim e Micheline Fátima da Silva*, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a prestarem Assistência de Enfermagem e aplicarem Estimulação Tátil, segundo o método "TAC-TIC" bem como realizarem entrevistas e coletarem dados, no período de 31/03 a 12/06 sobre minha família, e meu filho internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário.

Florianópolis, 8/5/9f

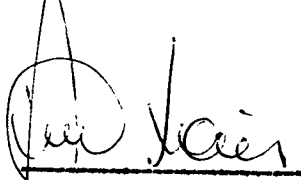
Adriana Tecker
Pai/Mãe/Responsável

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

AUTORIZAÇÃO

Eu, JULIANE LAJIER DARELLA autorizo as acadêmicas Érica Cristina Teodoro Bomfim e Michelini Fátima da Silva, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a prestarem Assistência de Enfermagem e aplicarem Estimulação Tátil, segundo o método "TAC-TIC" bem como realizarem entrevistas e coletarem dados, no período de 31/03 a 12/06 sobre minha família, e meu filho internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário.

Florianópolis, 14/05/97.



Pai/Mãe/Responsável

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

AUTORIZAÇÃO

Eu, *Maria Izabel Siqueira Rodrigues*
autorizo as acadêmicas *Érica Cristina Teodoro Bomfim e Micheline Fátima da Silva*, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a prestarem Assistência de Enfermagem e aplicarem Estimulação Tátil, segundo o método "TAC-TIC" bem como realizarem entrevistas e coletarem dados, no período de 31/03 a 12/06 sobre minha família, e meu filho internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário.

Florianópolis, 20/05/97.

Maria Izabel Siqueira Rodrigues
Pai/Mãe/Responsável

Tocar e acariciar o ser humano prematuro

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

AUTORIZAÇÃO

Eu, VALÉRIA FERNANDA OLIVEIRA autorizo as acadêmicas Érica Cristina Teodoro Bomfim e Michelini Fátima da Silva, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a prestarem Assistência de Enfermagem e aplicarem Estimulação Tátil, segundo o método "TAC-TIC" bem como realizarem entrevistas e coletarem dados, no período de 31/03 a 12/06 sobre minha família, e meu filho internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário.

Florianópolis, 03/06/94.

Oliveira

Pai/Mãe/Responsável

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

AUTORIZAÇÃO

Eu, *autorizo as acadêmicas Érica Cristina Teodoro Bomfim e Michelini Fátima da Silva, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a prestarem Assistência de Enfermagem e aplicarem Estimulação Tátil, segundo o método "TAC-TIC" bem como realizarem entrevistas e coletarem dados, no período de 31/03 a 12/06 sobre minha família, e meu filho internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário.*

Florianópolis, 14/05/07.

Maurilene Machado
Pai/Mãe/Responsável

APÊNDICE 5

Visitando a U-T-I
Neonatal



Apresentação

Visitando a U.T.I Neonatal

Mamãe e Papai,

Seu filho acabou de nascer e está visitando a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI) e é natural que além de surpresos se encontrem preocupados e apreensivos.

É importante que nos procurem quando tiverem dúvidas. A compreensão de vocês, a colaboração e o amor que irão se duplicar daqui para a frente serão muito importantes.

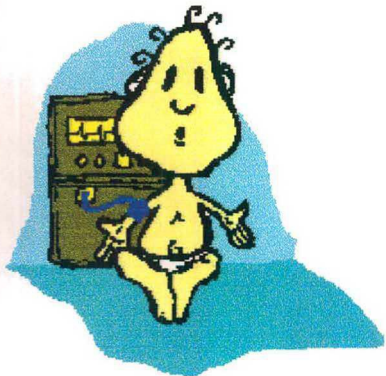
Para que seu filho possa recuperar-se da melhor forma possível, tornando mais curto o tempo desta visita, ele precisa de nossa ajuda profissional e, ainda mais, de seu amor e cuidado. Toda a equipe desta Unidade está disponível para ajudar vocês e o seu bebê.

Florianópolis, maio de 1997.

*Érica Cristina Teodoro Bomfim**
*Micheline Fátima da Silva**
**Acadêmicas do curso de Graduação*
em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.
Colaboração Especial:
Marisa Monticelli
Myrna Deirdre Duarte
Nazaré Otilia Nazário



O QUE É U.T.I. NEONATAL? (*Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal*)

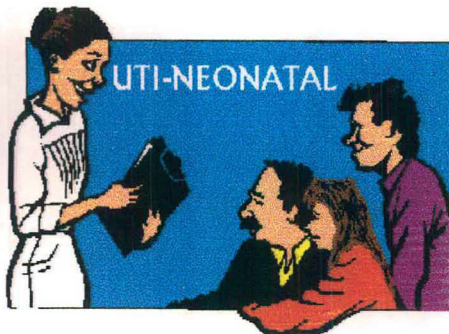


Não é como um berçário comum. As salas são cheias de aparelhos e luzes. Alarmes tocam toda hora. Seu bebê pode ter vários tubos e fios conectados a ele. Neste momento, ele necessita, e está recebendo, o melhor auxílio profissional disponível.

Vários exames serão realizados a fim de sabermos com maior exatidão possível, o estado de saúde em que se encontra e o tipo de tratamento que será necessário.

Todos os aspectos da saúde do bebê são monitorizados. É esta a origem de muitos dos fios e tubos que vocês vêem conectados ao seu bebê. A grande maioria deles não machuca nem incomoda o seu filho.

A EQUIPE DE SAÚDE QUE CUIDA DO SEU BEBÊ



Nosso trabalho é realizado em equipe onde todos demonstram a mesma preocupação com a saúde e a melhora do seu bebê.

A equipe da U.T.I. Neonatal

Enfermeiras - Todas as Enfermeiras desta Unidade tem formação especial para a assistência a bebês recém - nascidos.

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem - São profissionais treinados no auxílio à equipe de Enfermagem

Neonatologistas - Médicos pediatras especializados em recém - nascidos.

Residentes - Todos os residentes desta Unidade são médicos pediatras realizando especialização em Neonatologia.

Psicólogo - Profissional especializado no apoio emocional às pessoas.

Nutricionista - Profissional responsável pelo controle da alimentação do seu bebê.

Assistente Social - Acompanha e aconselha a família nas suas necessidades psicossociais.

Alunas de Enfermagem- em nosso caso particular, estamos procurando estimular seu bebê. Este é um trabalho assistencial de conclusão de curso que está se realizando no período de março a junho/97.

O BEBÊ E A NECESSÁRIA PRESENÇA DOS PAIS

Papaaeee...
Mamaeee...
Tô aqui!



Sua presença ,
mamãe e papai é sempre
bem vinda a esta
Unidade.

A presença de
você é essencial ao
processo de recuperação
de seu bebê, por isso
pedimos que
compareçam sempre que
possível.

Durante suas visitas é bom que permaneçam perto da incubadora. Se assim desejarem, sintam-se livres para *acariciar, tocar e conversar com seu bebê*. Um bebê quando tocado e acariciado sente-se mais seguro, torna-se mais resistente às doenças, isto também ajuda a diminuir sua tensão, diante do estresse o qual está passando, ajuda a desenvolver a primeira linguagem do recém-nascido que se manifesta através do diálogo corporal.

Nunca é demais lembrar que o melhor presente que vocês podem dar a seu filho neste momento é seu amor e seu cuidado.

Nenhum membro da equipe será capaz de desempenhar esta função melhor do que vocês.

Vocês poderão ainda telefonar para o hospital sempre que sentirem necessidade. (Tel: 2319810 Ramal 206) para receber informações acerca da saúde de seu filho.

TER UM FILHO PREMATURO OU ENFERMO

Prematuro. Quem é este ser?



É um bebê imaturo, sonolento e frágil que nasceu antes do período esperado, e no momento encontra-se internado na UTI Neonatal. Totalmente dependente dos profissionais da saúde que aqui trabalham.

ALIMENTAÇÃO



Nos seus primeiros dias de vida, seu filho perderá um pouco de peso. Este processo é normal. Depois dos primeiros dias a criança começa a ganhar peso, geralmente de uma forma bastante instável. Pode ganhar alguns gramas em um dia, vindo a perdê-los no dia seguinte.

A maior parte dos bebês não pode ainda mamar no seio. Eles muitas vezes ainda não sabem sugar ou engolir. Inicialmente a alimentação com os nutrientes necessários ao seu bebê é colocada diretamente em sua corrente sanguínea.

À medida em que o bebê melhora e ganha peso, sua alimentação será feita através de um pequeno tubo, bastante maleável, colocado em sua boca ou nariz, que levará o leite diretamente ao estômago (este tubo se chama sonda oro ou naso gástrica). Este processo, ao contrário do que pode parecer, não machuca o seu bebê. O leite utilizado pode ser o leite materno (preferencialmente) ou o leite industrializado.

AMAMENTAÇÃO



A amamentação ao seio é um momento de extrema importância no relacionamento mãe-bebê. No entanto, como já foi dito, a amamentação ao seio não poderá se dar em um primeiro momento. Para que seu leite não seque, será necessário retirá-lo através de ordenha manual.

Chegando finalmente o momento de amamentá-lo tenha paciência para ajudá-lo e estimulá-lo a sugar o peito, para que esta primeira experiência do bebê seja também prazerosa e que você junto com ele desfrute deste momento tão importante de interação.

A UM PASSO DA ALTA HOSPITALAR

Pais,

É absolutamente normal que vocês estejam sempre torcendo para que chegue logo o dia em que seu bebê possa receber alta hospitalar e deixar a UTI Neonatal. Entretanto, vários fatores devem ser levados em conta para que a alta ocorra com total segurança para seu bebê. Os mais importantes são que ele:

- 1- respire normalmente, sem ajuda de oxigênio ou de aparelhos;
- 2- esteja mamando bem, engordando e pesando pelo menos 2 quilos;
- 3- mantenha sua temperatura corporal sem auxílio de uma incubadora;

Quando exibir sinais evidentes de melhora e não necessitar mais de cuidados intensivos, seu bebê será transferido para a sala de *Cuidados Intermediários*, onde permanecerá mais alguns dias.

Na sala de *Cuidados Intermediários* facilita sua aproximação com seu bebê e também o aprendizado de alguns cuidados como por exemplo: banho, troca de fraldas e amamentação. A equipe de Enfermagem os auxiliará neste processo.

DESPEDINDO-SE DA VISITA.



Confiem em seu bom senso e lembrem-se sempre que vocês são as melhores pessoas para cumprir a missão de cuidar de seu bebê. Não existe uma fórmula única ou receita mágica que possa garantir seu sucesso. Autoconfiança, tranquilidade e muito amor ainda são os melhores ingredientes.

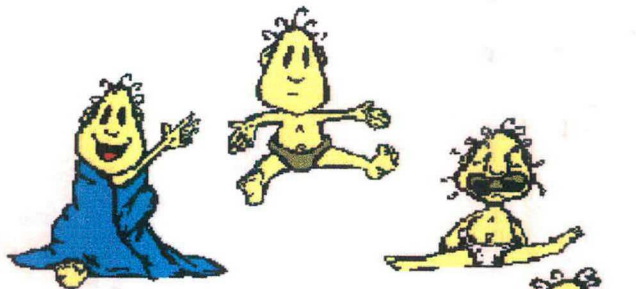
Vale a pena lembrar que seu filho já passou por várias dificuldades, mas foi forte o suficiente para se recuperar e já não precisa de todos aqueles aparelhos e do pessoal médico-hospitalar ao seu redor, mais sim do aconchego familiar.

COMO SERÁ DAQUI PRA FRENTE?



Alguns bebês que foram prematuros ou estiveram doentes, após o nascimento, podem ser um pouco mais lentos em seu crescimento, desenvolvimento e aprendizado, do que os nascidos em tempo normal e sem dificuldades. Evitem comparações, respeitem o seu ritmo e não tentem apressá-lo.

★ Dentro de pouco tempo, e sem que vocês percebam, ele irá alcançar as outras crianças de sua idade. Basta dar-lhe tempo e ter paciência. É importante que sua referência seja sempre o seu próprio filho, com cada uma de suas vitórias e novas conquistas.



Contem sempre conosco!



BIBLIOGRAFIA

Texto adaptado do folheto distribuído aos pais de neonatos internados na UTI Neonatal da Casa de Saúde São José (do Rio de Janeiro) e CEPERJ (Centro de Prematuros do RJ).



11 - ANEXOS

ANEXO 1

Classificação das Necessidades Humanas Básicas Segundo Wanda de Aguiar Horta

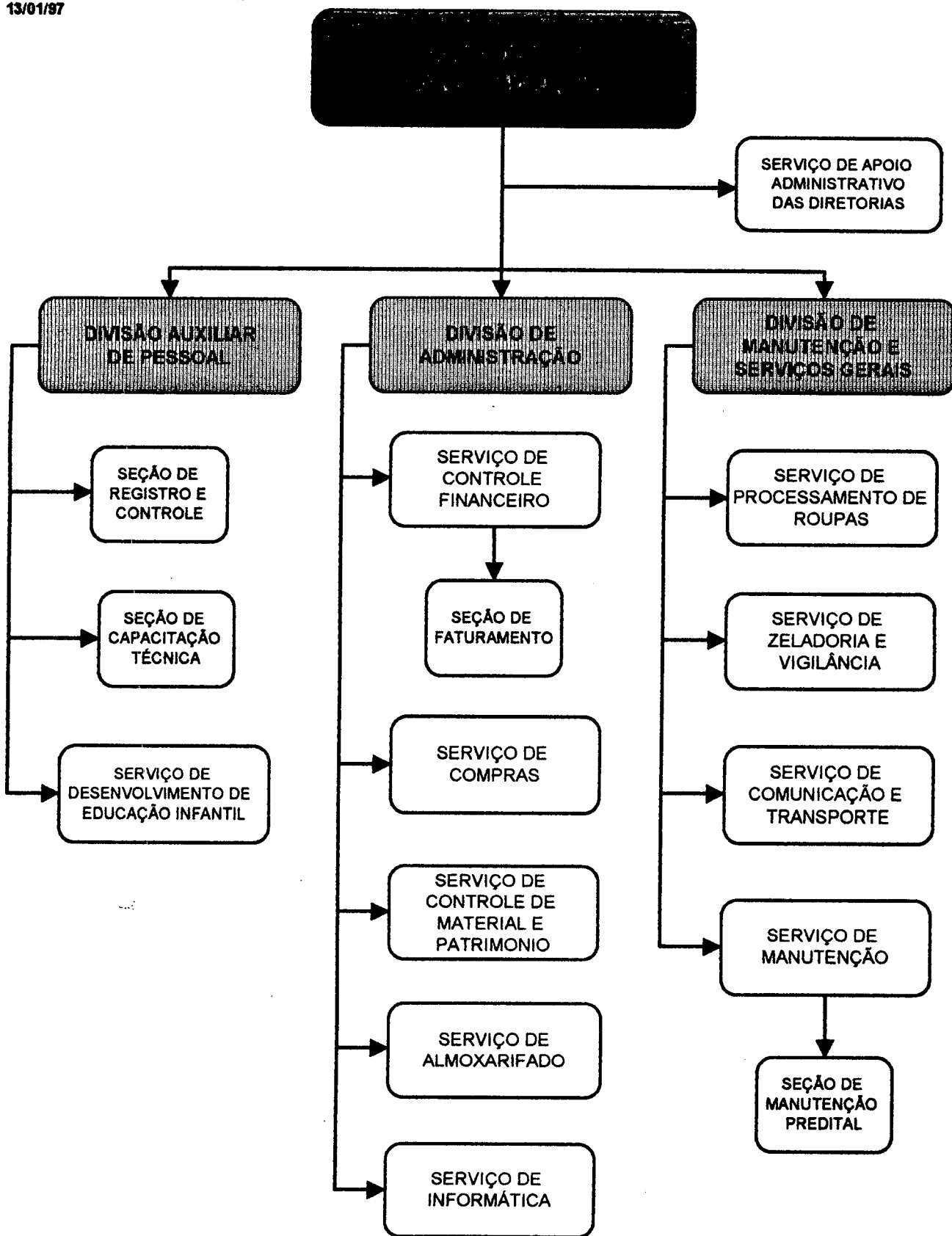
Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
Oxigenação	Segurança	Religiosa ou ética ou de filosofia
Teológica	Amor	
Hidratação	Liberdade	
Vida	Comunicação	
Nutrição	Criatividade	
Eliminação	Aprendizagem (educação à saúde)	
Sono e Repouso	Gregária	
Exercícios e Atividades Físicas	Recreação	
Sexualidade	Lazer	
Abrigo	Espaço	
Mecânica Corporal	Orientação tempo/espaço	
Motilidade	Aceitação	
Cuidado Corporal	Auto-realização	
Integridade Cutâneo-mucosa	Auto-estima	
Integridade Física	Participação	
Regulação: Térmica, hormonal	Auto-imagem	
Neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.	Atenção	
Locomoção		
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa.		
Ambiente		
Terapêutica		

ANEXO 2

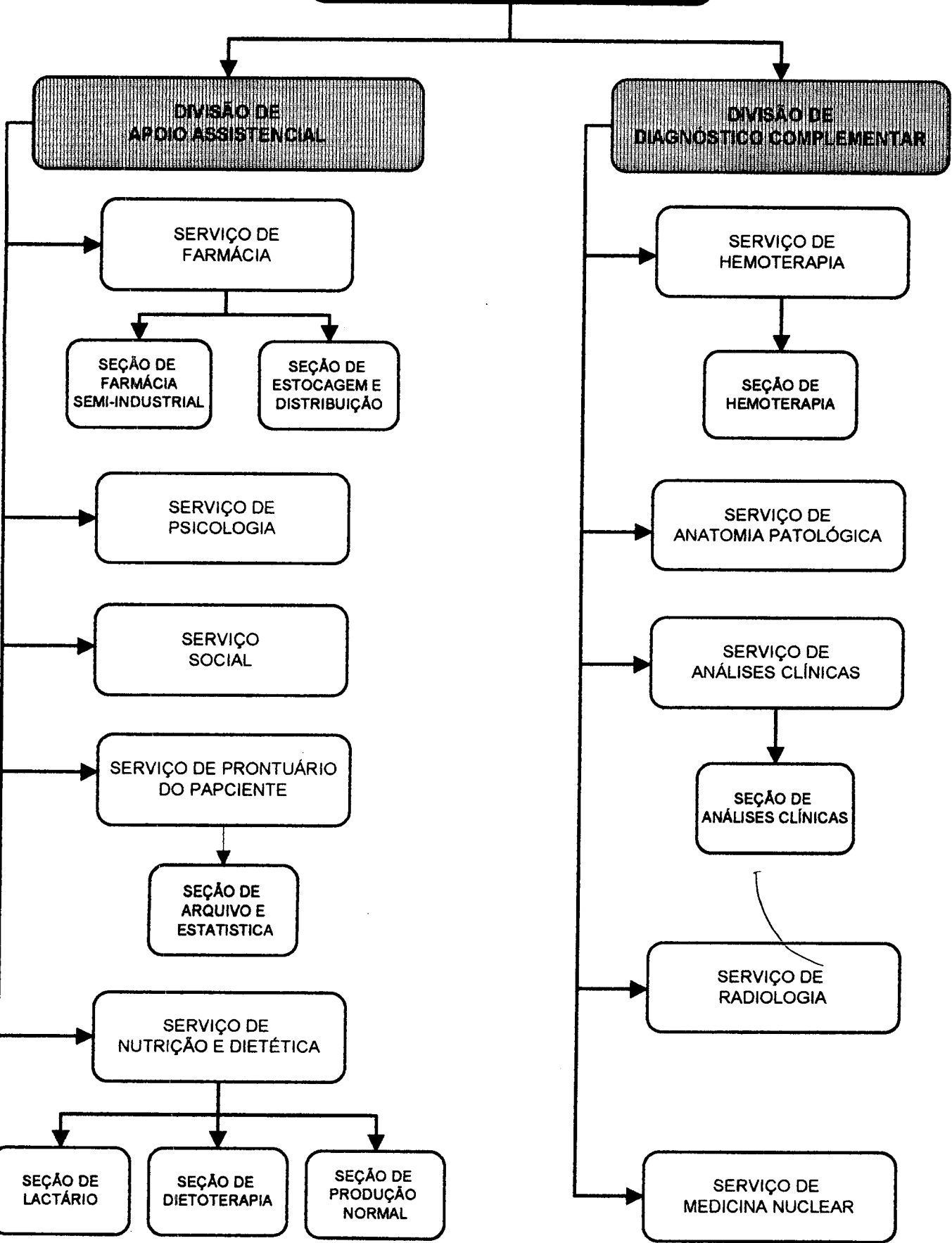
ÍNDICES HOSPITALARES

HU - SPP - SAE		MÊS: FEVEREIRO/97									
CLÍNICAS	TAXA OCUP %	MÉD PERM	MÉD DIAR. INTERN	MÉD LEITO VAGO	MÉD PAC/DIA	TAXA MORTAL %	ROTATIVIDADE	PAC/DIA	Nº LEITOS		
MÉD MASC I	95,71	17,11	1,45	4,13	25,94	6,38	1,57	804	30		
MÉD MASC II	88,21	14,53	1,65	6,10	23,90	1,96	1,70	741	30		
MÉD FEM	81,55	13,17	1,58	8,00	22,10	7,69	1,73	685	30		
PED	50,00	7,92	1,74	16,42	13,55	0,00	1,77	420	30		
CIR I	71,19	9,65	1,81	10,90	19,29	1,61	2,07	598	30		
CIR II	78,33	13,16	1,48	8,90	21,23	0,00	1,67	658	30		
CIR GIN	65,48	2,39	1,52	2,42	3,55	0,00	7,67	110	6		
UTI	87,50	3,97	1,23	1,23	4,74	32,43	6,17	147	6		
AC - MG	94,64	3,99	4,68	3,23	18,81	0,00	6,64	583	22		
AC - RN	70,76	2,54	3,97	5,84	10,23	0,00	7,81	317	16		
UTI - NEO	62,05	8,42	1,35	7,00	8,97	9,09	2,06	278	16		
TOTAL	77,54	8,55	19,97	74,16	172,29	3,84	2,54	5341	246		

ANEXO 3



DIRETORIA DE APOIO ASSISTENCIAL



DIRETORIA DE ENFERMAGEM

DIVISÃO DE PACIENTES EXTERNOS

SERVIÇO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL

SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA

SEÇÃO DE CIRURUGIA AMBULATORIAL

SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA ENF. AMBUL.

DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA PEDIÁTRICA

SERVIÇO ENF. DA NEONATOLOGIA

SERVIÇO ENF. CLIN. GINEC. E TRIAG. OBST.

SERVIÇO ENF. ALOJAMENTO CONJUNTO

SERVIÇO ENF. DO CENTRO OBSTÉTRICO

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA CIRÚRGICA - I

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA CIRÚRGICA - II

SERVIÇO ENF. CLÍNICA MÉDICA FEMININA

SERVIÇO ENF. CLÍNICA MÉDICA MASCULINA - I

SERVIÇO ENF. CLÍNICA MÉDICA MASCULINA - II

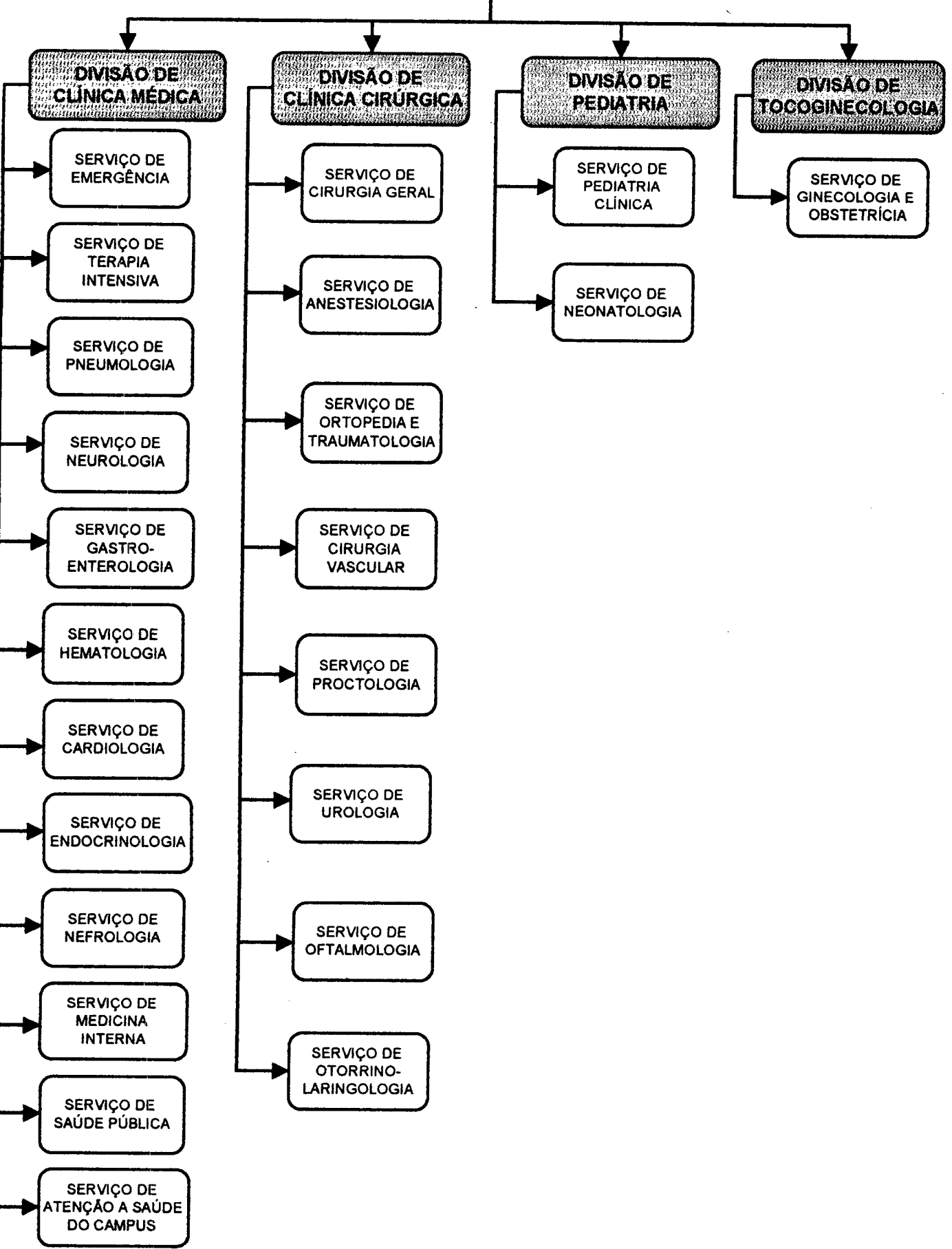
SERVIÇO ENF. DE TERAPIA INTENSIVA

SERV. UNIDADE TRATAMENTO DIALÍTICO

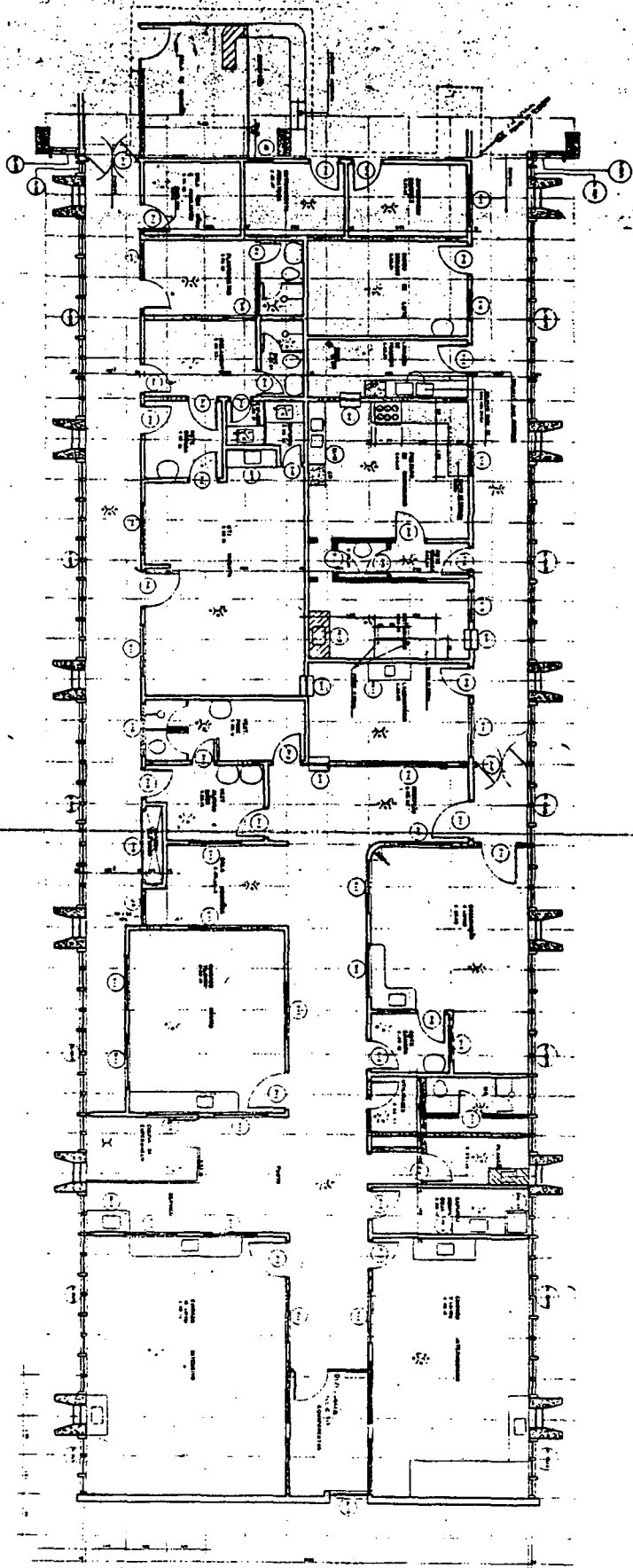
SERVIÇO ENF. DE CENTRO CIRÚRGICO

SERVIÇO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

HOSPITAL DE MEDICINA



ANEXO 4



HOSPITAL UNIVERSITARIO
BLOCO C-1
PLANIA DO 2º ANDAR
A27

PLANO DE ANDAR

14 03 8 02

ANEXO 5

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA O RECÉM NASCIDO

I. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data e hora do nascimento: ___/___/___ às _____ horas.

Tipo de parto: Normal () Normal com fórceps () Cesária () Outros ().

Cor: _____. Sexo: F () M (). Posição na família _____ filho.

Horário de entrada na neonatologia: _____.

Horário de chegada ao alojamento conjunto: _____.

Condições de chegada ao setor: Deprimido () Hiperexcitado () Outros ().

Motivo da Internação na Neonatologia: _____

Horário da 1ª colocação ao seio: _____.

II. PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS:

01. Necessidades Psicobiológicas

1.1. OXIGENACÃO:

FR: _____ bpm.

Pele: Rosada () Pálida () Rosada com extremidades cianóticas () Avermelhada () Cianótica ()

Respiração espontânea ().

Características da respiração: _____

Oxigenioterapia () Forma: Catéter nasal () Tenda () Outras ().

Ventilação Mecânica () Respiração artificial a pressão () a volume ().

Tipo de respiração artificial: Assistida () Controlada () Assistida/Controlada ().

Regulação do aparelho: Ventilação mandatória intermitente VMI ()

Pressão expiratória positiva final PEEP ().

1.2. ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO:

Mama no seio ()

Força de sucção: Boa () Regular () Fraca () Não suga ().

Pega da aréola: Completa () Incompleta () Não apreende ().

Recebe fórmula () Leite materno previamente extraído ().

Forma de ingestão: Com copinho () Por SNE () Por seringa ().

Gota a gota () Outros () Citar: _____

Sinais de hipomagnesemia (). Quais: _____

Sinais de hipoglicemia (). Quais: _____

1.3. REGULACÕES:

TÉRMICA: T _____ °C.

Sinais de hipotermia ().

Em berço aquecido (). Em incubadora (). Temperatura prescrita para a incubadora: ____°C.

NEUROLÓGICA:

Postura do RN: Estados de sono/vigília: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ():

Deprimido () Hiperexcitado ().

Nível de Consciência: Sonolento () Torporoso () Comatoso ().

Reflexos presentes:

Reflexo de Moro () Reflexo de Sucção () Reflexo Perioral () Reflexo da prensão palmar

e plantar () Reflexo Babinski () Reflexo da Deambulação () Reflexo Simétrico ()

Reflexo Assimétrico ().

HIDROELETROLÍTICA: Inurgitamento das mamas () Edema Escrotal () Edema Vulvar ()

HORMONAL:

Eliminação de secreção esbranquiçada pela vagina ().

Eliminação de secreção sanguinolenta pela vagina ().

Eliminação de secreção esbranquiçada por mamilos ().

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Nome: _____
Quarto/Leito: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____.
Enfermeiro: _____

1.4. ELIMINAÇÕES:

VESICAL: Micção espontânea (). Frequência: _____
Com caráter Vesical () Volume: _____ Hora: _____
Com coletor de urina () Volume: _____ Hora: _____

Características: _____

INTESTINAL: Frequência: _____

Características: Mecônio () Fezes de transição () Fezes de leite ()

DRENAGENS:

Resíduo gástrico por sondagem

Volume e características: _____

Vômitos (). Características: _____

Regurgitação (). Características: _____

Salivação excessiva ().

1.5. INTEGRIDADE FÍSICA:

RN anatomicamente perfeito ().

RN com mal formação congênita: Imperfuração anal () Fenda Palatina () Lábio Leporino ()

- Atresia de esôfago () Deformidade de membros ()

Outras: _____

1.6. INTEGRIDADE CUTÂNEA MUCOSA:

Icterícia (): Surgiu até 24 horas de vida ().

Surgiu entre 24 e 48 horas de vida ().

Surgiu após 48 horas de vida ().

Locais: Escleróticas () Face () Membros () Tronco ().

Coto Umbilical em mumificação: _____

Exsudato seroso (); Exsudato serosanguinolento ();

Exsudato Sanguinolento (); Sem secreção ().

Coto umbilical cateterizado () com curativo local ()

Curativo feito em: ___/___/___ às _____ horas.

Próxima troca em: ___/___/___ às _____ horas.

Curativo limpo ().

Curativo com secreção (). Anotar características: _____

Presença de: Vêmix caseoso () Lanugem ().

Millium sebáceo () Descamação fisiológica ().

Mancha mongólica () Outros: _____

Presença de Bossa () Presença de cefalohematoma ().

Citar localização e diâmetros: _____

1.7 TERAPÊUTICA:

Administrado Kanakion IM (); Hidratação por cateterização do coto umbilical ();

outro acesso venoso () Citar: _____

Condições da Massa Muscular e tecido subcutâneo: Boa () Regular () Escassa ().

COOMBS direto: _____ Bilirrubina: _____

Glicemia: _____ Magnésio: _____

Medicamentos prescritos: _____

Exosanguíneotransusão: Sim () Não ().

1.8 ATIVIDADE FÍSICA:

DNPM:

Peso: _____ g. Estatura: _____ cm.

Perímetros: Cefálico: _____ cm; Abdominal: _____ cm; Torácico: _____ cm.

1.9 OUTRAS:

APGAR 1º: _____ 5º: _____

Idade Gestacional pelo Método de Capurro: _____

08/09/00

HOSPITAL DE CLÍNICA

ANEXO 6

Rotinas das Atividades na Neonatologia

- Internação do Recém-Nascido: pesar, dados antropométricos,
- Alimentação: via oral - colocar o recém-nascido no colo, administrar o leite com seringa, copinho, conta-gotas e colher.
- Banho: uma vez ao dia pela manhã no próprio berço.
- Peso: uma vez por dia pela manhã antes do banho.
- Sinais Vitais: na UTI Neonatal verificar de 1/1 hora e quando necessário. Nas demais áreas, verificar de 4/4 horas.
- Coleta de Exames laboratoriais: A enfermagem colhe todos os exames. Pessoal do laboratório vem apenas buscar.
- Raio X: será chamado o técnico do Raio X ou o recém-nascido poderá descer a critério do médico.
- Desinfecção das incubadoras: - concorrente, diariamente a cada turno, lavar com água e sabão.
 - terminal, a cada sete dias.
- Evolução: na UTI Neonatal, uma evolução por turno para cada recém-nascido. Nas demais áreas uma evolução a cada 24 horas.
- Prescrição: cada criança deve ter no mínimo uma prescrição ao dia.
- Metodologia de Enfermagem: o histórico deve ser feito um para cada criança internada.
- registro da Enfermagem: controle intensivo e observações complementares.

ANEXO 7



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA GERAL DE ESTÁGIOS

CERTIFICADO DE ESTÁGIO

Certificamos que MICHELINI FÁTIMA DA SILVA, regularmente matriculada no Curso ENFERMAGEM, sob nº 9325226-9 realizou Atividades de Estágio no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC, Cidade: FLORIANÓPOLIS, Estado: SC. No período de 05/02/97 a 24/02/97, com duração de 120 horas, obtendo conceito 9,8.

Florianópolis, 18 de junho de 1997

Fauk Nome
Fauk José Nome Aquilera

Pró-Reitor de Ensino de Graduação

Sônia M. Fickel Probst
Coordenadora Geral de Estágios



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA GERAL DE ESTÁGIOS

CERTIFICADO DE ESTÁGIO

Certificamos que ÉRICA CRISTINA TEODORO BOMFIM regularmente matriculada no Curso de ENFERMAGEM sob nº 9325211-0, realizou Atividades de Estágio, no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC. Cidade: FLORIANÓPOLIS, Estado: SC. No período de 05/02/97 a 24/02/97, com duração de 120 horas, obtendo conceito 9,8.

Florianópolis, 17 de junho de 1997.

Faruk Name
Faruk José Name Aquilera
PRÓ-REITOR DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

Sônia Maria Fickel Probst
COORDENADORA GERAL DE ESTÁGIOS

ANEXO 8

Curso de Técnicas de Relaxamento e Massagem Chinesa Tui-Ná

É uma técnica terapêutica da medicina chinesa em que se procura através de técnicas de massagens de aquecimento, desbloquear a circulação de energia dos canais de energia, assim como estimular os centros e pontos de energia.

Finalidades

* É uma técnica curativa pois, associando-se as várias formas de Tui-Ná, pode-se realmente curar as afecções principalmente naquelas ainda com manifestações energéticas e funcionais. E auxiliadora no tratamento das doenças orgânicas.

* A técnica do Tui-Ná através da estimulação do corpo físico procura atingir os centros de energia afim de gerar a energia vital, a energia curativa do nosso corpo.

O curso foi desenvolvido em 4 módulos:

<i>Data/Hora</i>	<i>Programa</i>
MÓDULO 1 05/04 - 08:00-12:00h 14:00-18:00h	<ul style="list-style-type: none"> ■ Harmonização através de técnica de relaxamento ■ Energia ■ Processo de adoecimento ■ Fontes de equilíbrio energético ■ Tui-Ná ■ Manobras específicas das técnicas de Tui-Ná: Região Cefálica
MÓDULO 2 03/05 - 08:00-12:00h 14:00-18:00h	<ul style="list-style-type: none"> ■ Harmonização através de técnicas de relaxamento ■ Meridianos ■ Pontos Bei-Shu ■ Manobras da região dorso lombar ■ Manobras dos membros inferiores ■ Teoria dos 5 elementos ■ Tábua dos 5 elementos ■ Vídeo das manobras da região posterior segundo Internacional Acupuntura Training Center - Beijing-China
MÓDULO 3 14/06 - 08:00-12:00h 14:00-18:00h	<ul style="list-style-type: none"> ■ Harmonização através de técnicas de relaxamento ■ Meridianos da face, tórax, abdome, membros superiores e inferiores ■ Manobras da face ■ Pontos principais da face ■ Manobras específicas do tórax e abdome ■ Manobras dos membros superiores ■ Pontos principais e manobras das faces medial e lateral dos membros inferiores
MÓDULO 4 05/07 - 08:00-12:00h 14:00-18:00h	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisão dos módulos anteriores ■ Moxabustão ■ Reflexologia ■ Anamnese com os pacientes