



III Congresso Brasileiro de
Enfermagem Pediátrica e Neonatal
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica



III CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL

e

XVI ENCONTRO CATARINENSE DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

ANAIS

**Tema: A Enfermagem, o Neonato, a Criança, o
Adolescente e seus Mundos: cuidando de um para
cuidar de outro**

XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica

Organizadores:

**Elisabeta Roseli Eckert
Patrícia Kuerten Rocha
Cinara Porto Pierezan**

**Florianópolis - Santa Catarina - Brasil
06 a 08 de outubro de 2009
<http://www.cbepn.com.br>**



Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

**C749a Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal
(3. : 2009 : Florianópolis, SC)**

Anais / III Congresso Brasileiro de
Pediátrica e Neonatal [e] XVI Encontro
Catarinense de Enfermagem Pediátrica. -
Florianópolis : SOBEP, 2009.

1.001 p.: il., tabs., grafs.

1. Enfermagem pediátrica - Congressos.
Enfermagem neonatal - Congressos. I. Título.

CDU: 616-083-053.2

Diagramação: Claudia Crespi Garcia
Tiragem: 600 exemplares

Promoção:

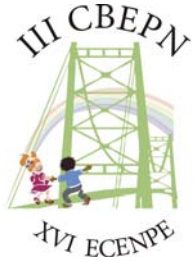


Realização:



Apoio:





**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Comissão Organizadora

Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediátricos - SOBEP

Circéa Amália Ribeiro

UNIFESP

Presidente de Honra do Evento e Presidente da SOBEP

III CBEPN e XVI ECENPE

Elisabeta Roseli Eckert

Departamento de Enfermagem/UFSC

Presidente

Pamela Camila Fernandes Rumor/Daiana de Mattia

Secretária

Comissão Científica

Maria Emília de Oliveira

Patrícia Kuerten Rocha

Roberta Costa

Melissa Orlandi Honório Locks

Cláudia Koch Geremias

Gisele Perin Guimarães

Karine Schneider

Patrícia Klock

Rosângela Inês Wayhs

Myriam Aparecida Mandetta Pettengill

Maria Angélica S. Peterline

Comissão de Secretaria

Ana Maria Farias da Silva

Laura Cristina da Silva

Clarice R. M. Sielski

Adriana Ferraz

Lauri Iva Renck

Adriana Dutra Tholl

Comissão de Finanças

Edilza Maria Ribeiro

Renata Angeloni Burigo

Gisele Cristina Manfrini Fernandes

Ana Llonch Sabatés



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Comissão de Divulgação Documentação e Registro

Ana Izabel Jatobá de Souza
Cinara Porto Pierezan
Rozeli Emilia Fidelis
Aldanéa Silvestrin
Michelini Silva
Sandra Elisa Sell
Ingrid Bonh
Ana Maria Borges
Eliane Horn
Elisa da Conceição Rodrigues

Comissão Social, Recepção e Hospedagem

Rosane Gonçalves Nitschke
Juliana Homem da Luz
Juliana Vieira Fernandes
Maira Freitas Calvet
Cristiane Alves

Comissão de Infra-estrutura, Local e Monitoria

Jane Cristina Anders
Haydée Ellen Holetz
Rosilene Baesso
Sheila Bianchini Marques

Comissão de Saúde

Neide Maria Pereira
Maria Aline Lima Carvalho

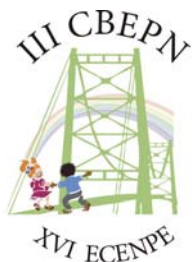
Monitores

Aline Cristina da Rosa
Ana Carolina Velho
Ana Inez Severo
Ana Isabel de Godoy Ferreira
Ana Paula de Borja Borges
André se Souza Hilário
Bárbara Cristina Tavares
Beatriz Eugenia de Oliveira
Bruna Martins
Bruna Telemberg Sell
Camila Santos Pires
Camilla Costa Cypriano
Carolina Carvalho
Cássia Brasil
Claudia Anita Gomes Carraro
Daniela Flávia Souza
Débora Moreno
Deise Miotello



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Elaine Forte
Fabiane Nunes Lemos
Fabiola Bittencourt
Fernanda Cardinalli
Francielle Maciel Silva
Francine Terezinha de Souza
Gabriella N. Lourençatto
Gabriella Soares Geraldi
Giuliana Calderine Aruto
Ingrid Clasen Wosny
Janine Nascimento
Juliana Carolina da Silva Torquato
Juliana Martins Ferreira
Juliana Regina Destro
Karollyne de Moliner Menegon
Larissa Gracielle de Oliveira
Larissa Rocha
Luana da Silva
Luciana Bihain Hagermann
Luis Antonio de Oreano Lima
Manoela Márquez
Marina Piazza
Nicole Bonacolsi
Patrícia Fernanda de Almeida Cabral
Paula Lenhart
Rafaela Silva Lopes
Renata Schmidt Silvano
Sabrina B. Faust
Saionara Nunes de Oliveira
Talita Padilha Porto
Tatiana Martins
Thais Boing Batista
Thaíse Honorato
Tiago dos Santos Medeiros
Vivian Costa Fermo



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	24
MENSAGEM DA PRESIDENTE DA SOBEP	25
DISCURSO DE ABERTURA DA PRESIDENTE DA COMISSÃO EXECUTIVA 2009.....	28
PROGRAMAÇÃO	31
Programação Científica.....	31
Sessão Coordenada de Trabalhos que concorrem a Prêmios.....	35
Sessão Coordenada	38
Sessão Pôster	43
LANÇAMENTO DE LIVROS.....	65
PALESTRAS	69
Prevenção das neuroses x sofrimento psíquico	70
CIRANDA DE IDÉIAS	74
A construção de visões de mundo na adolescência	75
O espaço do neonato, da criança e do adolescente nas estratégias e políticas de saúde: revelando o cuidado na condição de sujeitos de direitos	85
Dimensões político-sociais da saúde do escolar: interfaces, perspectivas e reflexões para a atuação profissional no campo da enfermagem pediátrica	88
Pedagogia hospitalar: desafios pedagógicos e institucionais	101
O espaço de interação com os animais.....	108
A família do neonato, da criança e do adolescente dependente de tecnologia e a enfermagem.....	112
A segurança da criança no meio ambiente.....	115
Segurança da Criança e RN durante o transporte.....	118
SESSÃO COORDENADA DE TRABALHOS QUE CONCORREM A PRÊMIOS	123
PRÊMIO EUSÉBIA JESUS PEREIRA	124
O cateter epicutâneo na unidade de terapia intensiva neonatal: uma tecnologia do cuidado de enfermagem	125
Instalação do CPAP nasal (identificando a dor do recém-nato como um cuidado de enfermagem)	128
Administração intramuscular da vacina contra Hepatite B na região ventro glútea em recém-nascidos: evidências para a práxis do enfermeiro	131
Motivos da não realização da posição canguru na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal de um Hospital Público do Interior da Bahia	133
Cartilha de amamentação: proposta educativa de incentivo ao aleitamento materno	136
O que os pais sabem acerca dos direitos da mulher e do recém-nascido.....	139



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

PRÊMIO ELACI SAMPAIO BARRETO.....	140
Significado da doença crônica para a criança em idade escolar.....	141
Acompanhando um dia na vida de um adolescente em hemodiálise: relato de experiência.....	143
O ambiente do hospital e suas repercussões na vida de trabalhadores de uma unidade de internação pediátrica.....	145
Aplicando o Modelo Calgary na assistência à família da criança: relato de experiência.....	146
Manejo da dor da criança hospitalizada: visão da família.....	148
Compreendendo a vivência de ser mãe de uma criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	151
O enfrentamento e a força dos pais que vivenciam a situação do filho hospitalizado.....	154
SESSÃO COORDENADA.....	157
A participação da família na tomada de decisão para busca de atendimento de emergência à criança com câncer.....	158
Experiências de pais no cuidado ao filho com câncer: um olhar na perspectiva de gênero.....	160
Crianças e adolescentes com câncer: experiências dos seus itinerários diagnósticos.....	163
A qualidade de vida da família da criança em cuidados paliativos – revisão integrativa.....	166
Sistematização da assistência de enfermagem no cuidado à criança com dengue hemorrágica.....	168
Lesões purpúricas e vasculites em crianças com dengue grave: orientações e cuidados de enfermagem.....	170
Relato de caso: Ictiose Lamelar Congênita.....	173
Avaliação da dor em pacientes pediátricos: relação entre escore de dor e procedimento.....	176
O brincar e a brincadeira na vida do escolar com câncer no espaço da comunidade.....	179
Cateter Central de Inserção Periférica (PICC): indicação e uso em crianças internadas numa Uti-Pediátrica.....	181
Preparo da criança para punção venosa no pronto socorro com brinquedo terapêutico.....	184
Crianças e adolescentes que vivenciaram o transplante de medula óssea: o impacto na qualidade de vida.....	187
Contribuindo para a auto-estima de crianças em situação de vulnerabilidade: a experiência de acadêmicos de enfermagem.....	190
Quilling no papel: uma nova forma de cuidar na enfermagem.....	192
O cuidado às crianças hospitalizadas: uma abordagem a partir do Teatro Clown.....	195
Não aderência ao tratamento: compreendendo as razões do adolescente hemofílico.....	197



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família com criança Síndrome de Down.....	200
O brinquedo terapêutico como recurso para o alívio da dor em crianças submetidas à punção venosa periférica: o que pensa a equipe de enfermagem?	203
O significado da incorporação do ultra-som como guia da punção venosa periférica em crianças para a enfermeira pediatra.....	205
Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: experiência da criança com câncer portadora de port-a-cath expressa em sua brincadeira ...	208
O contato pele a pele imediato ao nascimento a reatividade à dor dos recém-nascidos durante a vacina contra Hepatite B.....	211
Níveis de ruído de incubadoras em situações experimentais de manejo: subsídios para o cuidado em unidades neonatais	213
O primeiro contato entre mãe e bebê, clampeamento tardio do cordão umbilical e amamentação precoce no parto domiciliar planejado	215
Desvelando o sono do neonato na unidade de terapia intensiva neonatal	217
O cuidado realizado pela mãe de recém-nascido de risco em ambiente domiciliar	220
Redes sociais de apoio à paternidade na adolescência em João Pessoa-PB	223
Redes de apoio de crianças com necessidades especiais de saúde	226
Paralisia cerebral: o significado e as implicações na dinâmica familiar sob a visão materna.....	229
Sistema de informação: monitoramento do cuidado em creche	231
Os profissionais de saúde e suas concepções sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente	234
Elaboração de um cd-rom para acadêmicos de enfermagem sobre o acolhimento pai-mãe-bebê no alojamento conjunto	236
Traçando redes de apoio: um novo olhar sob a paternidade na adolescência .	239
Consulta de enfermagem ao binômio mãe e filho no período puerperal: perfil dos atendimentos	242
A importância do papel da enfermagem nas unidades de coleta dos testes para o programa de triagem neonatal	245
Cuidados na manutenção do PICC em neonatos: a percepção dos enfermeiros	248
Assistência ao recém-nascido no nascimento: a caminho da humanização	251
Práticas cotidianas das mães com recém-nascido com a icterícia fisiológica..	254
A atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível	256
Encontros entre pais de bebês pré-termos como aspecto promotor da formação do apego.....	259
A dor do recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva e a utilização de medidas não-farmacológicas para seu alívio	262
Hospitalização infantil e a gerência do cuidado: Uma concepção das crianças e dos enfermeiros de uma unidade pediátrica	264



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Diabetes mellitus: elaboração de material educativo para pacientes e cuidadores da clínica pediátrica do HU-USP	266
Avaliação e manejo da dor na criança: interpretação da equipe de enfermagem	268
Brincando com as frutas: conversando sobre a alimentação durante a hospitalização infantil.....	271
Caracterização das egressas do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica: estudo exploratório (2002-2007)	273
Perfil das enfermeiras/alunas do Curso de Especialização em Enfermagem pediátrica de uma Escola de Enfermagem Pública do Rio de Janeiro (1996-2008)	275
Manejo da dor da criança hospitalizada: visão da família.....	277
Análise da prática de identificação da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital da Bahia	280
SESSÃO PÔSTER.....	283
01 - A segurança na administração de medicamentos no neonato	284
02 - Utilização do gerenciamento de risco para avaliar risco de queda durante internação pediátrica	287
03 - Contagem de microorganismos aeróbicos mesófilos totais em amostras de brinquedos manipulados por crianças usuárias de creche	289
04 - A equipe de enfermagem diante das reações adversas medicamentosas na unidade pediátrica	291
05 - Cuidados de Enfermagem nas intervenções farmacológicas para o alívio da dor do recém-nascido.....	293
06 - A violência na óptica dos adolescentes de ensino médio do Município de Alfenas –MG: aspectos escolares	296
07 - Segurança e proteção da criança e família na unidade de tratamento intensivo pediátrico	298
08 - Fatores que interferem no uso do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (CCIP) nas UTI Neonatais de Cuiabá – MT	301
09 - Erro de medicação sob a ótica dos profissionais de enfermagem em unidades pediátricas	303
10 - Procedimentos de enfermagem na Terapia Intensiva Neonatal: contribuições para o controle de infecção hospitalar	306
11 - Relação entre baixo peso ao nascer e assistência pré-natal: uma revisão .	308
12 - A detecção de violência contra a criança pelas equipes de PSF do Município de Alfenas/MG	311
13 - Dor em crianças: dados preliminares dos conhecimentos e crenças da equipe de enfermagem	314
14 - Transformando o ambiente de cuidado para enfrentar o sofrimento: o significado que tem para os pais levarem brinquedo ao filho na UTI neonatal	316
15 - Cuidado centrado na família em enfermagem pediátrica: estado do conhecimento no Brasil.....	318



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

16 – Manual ilustrativo: cuidando da criança cardiopata congênita no domicílio	321
17 - Violência entre pares (<i>bullying</i>) na criança com lesão corporal por queimadura: as implicações no cuidar pelo enfermeiro pediatra	324
18 - O cuidado de enfermagem de crianças com necessidades especiais de saúde em uma reabilitação	326
19 - Variação do cortisol salivar do prematuro durante a punção de calcâneo em posição canguru	328
20 - Conhecimentos e práticas de trabalhadores de uma creche acerca do aleitamento materno	331
21 - Resiliência em famílias de crianças com deficiência: evidências na literatura	334
22 - O cuidar da família do adolescente com deficiência mental: uma proposta de intervenção de enfermagem	337
23 - Cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes asmáticos atendidos em ambulatório especializado: uma extensão universitária	340
24 - A compreensão do lúdico para os técnicos de enfermagem em unidade de internação pediátrica	343
25 - Diabetes mellitus 1: evidências da literatura para seu adequado manejo, na perspectiva de crianças	345
26 - Os sentimentos do enfermeiro diante da morte na uti neonatal	348
27 - O brinquedo terapêutico no preparo da criança para a coleta de sangue: proposta de uma cartilha educativa para os pais	351
28 - O brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa: o significado para os pais	354
29 - Ser-adolescendo que tem aids: cotidiano e possibilidades de cuidado de si	357
30 - Prática de aleitamento materno em crianças de 0 a 1 ano de idade em uma operadora de saúde do Município de Guarulhos - São Paulo	360
31 - A importância do indicador de enfermagem no processo de qualidade....	363
32 - Informações sobre fissura labiopalatal em espaços virtuais: um estudo de enfermagem	365
33 - Sistematização da assistência de enfermagem à criança oncológica grave portadora do vírus influenza A.....	367
34 - Inclusão de crianças com paralisia cerebral em escolas regulares – como tornar isso possível?.....	370
35 - Práticas complementares e alternativas utilizadas por familiares no cuidado de crianças com câncer	374
36 - Integrando o prematuro no contexto familiar: revisão da literatura	376
37 - Sócioeducação e promoção da cidadania de adolescentes em conflito com a lei: como a enfermagem pode contribuir?	378
38 - Residência em enfermagem em saúde da criança: atuação nos diferentes cenários do sistema de saúde	380



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

39 - A utilização do brinquedo terapêutico dramático e do ecomapa por alunos do curso de graduação de enfermagem para elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem	383
40 - Percepções dos pais de prematuros internados em unidade neonatal em relação ao atendimento de enfermagem.....	385
41 - A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem	388
42 - Transposição gástrica em crianças: peculiaridades da assistência de enfermagem no pós-operatório.....	391
43 - Banho humanizado do recém nascido segundo técnica japonesa	394
44 - O aleitamento materno após a mamoplastia redutora	397
45 - Integralizando saberes e atitudes em busca do restabelecimento emocional da criança, adolescente e seus familiares nas unidades de internação pediátrica.....	400
46 - Compreendendo a evolução da sessão de brinquedo terapêutico no contexto da prática assistencial à criança	402
47 - A utilização do brinquedo terapêutico instrucional para Punção de Porth Cath - relato de experiência.....	405
48 - Humanização lúdica: satisfação do binômio criança-família na pediatria do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo	407
49 – Recém-nascido em tratamento de fototerapia: avaliando o conhecimento da equipe de enfermagem	410
51 - Fatores predisponentes para o subtratamento da dor neonatal	413
53 - Perfil epidemiológico de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do sul do Brasil	417
54 - Intervenções não-farmacológicas para minimizar a dor no recém-nascido na unidade neonatal: revisão de literatura.....	419
55 - Assistência à criança hospitalizada: o contexto da unidade de internação pediátrica.....	421
56 - Modelos assistenciais à criança hospitalizada: implicações para a enfermagem pediátrica	424
57 - Baixo peso ao nascer e sua relação com as características maternas em uma instituição privada do Município de São Paulo.....	426
58 - Prática do processo de enfermagem a uma criança com insuficiência hepática fulminante secundária a poliquimioterapia para hanseníase.....	428
59 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica: um estudo prospectivo	430
60 - Cardiopatia complexa: contribuições para a atuação da enfermagem em neonatologia	433
61 - Elaboração de um vídeo para educação e orientação em saúde para os acompanhantes de um alojamento conjunto pediátrico	436
62 - A criança com insuficiência respiratória aguda: protocolo de intervenções para o diagnóstico de enfermagem resposta disfuncional ao desmame ventilatório	439



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

62 - A criança com insuficiência respiratória aguda: protocolo de intervenções para o diagnóstico de enfermagem resposta disfuncional ao desmame ventilatório	442
63 - Consulta de enfermagem a criança com mielomeningocele: uma nova proposta	445
64 - Percepção dos profissionais da saúde acerca da humanização do nascimento*	447
65 - Quimioterapia: experiências de crianças e adolescentes com câncer	450
66 - Utilizando a técnica do brinquedo terapêutico no cuidado à criança com necessidade de venopunção periférica: um relato de experiência	452
67 - A abordagem dos métodos não-farmacológicos para prevenção e tratamento da dor no recém-nascido: uma revisão de literatura	454
68 - A enfermagem e a família na UTIP: uma aliança desafiante	456
69 - A percepção da equipe de enfermagem frente à permanência dos pais na unidade neonatal	458
70 - Glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica: cuidados de enfermagem à criança hospitalizada	461
71 - Neurofibromatose infantil – um estudo de caso	463
72 - Preocupações maternas exteriorizadas na sala de parto com relação ao filho recém-nascido.....	465
73 - O reconhecimento entre mãe e filho na sala de parto: estímulos e respostas sensoriais.....	467
74 - A aplicação do processo de enfermagem para criança com estenose subglótica.....	470
75 - Ser-mãe de um filho com câncer em tratamento quimioterápico: uma análise fenomenológica.....	472
76 - Perfil de escolares internados em uma Unidade Semi-Intensiva de um Hospital Materno-Infantil do Município do Rio de Janeiro (2003-2008)	475
77 - O lúdico no cuidado de enfermagem a criança e sua família no ambiente hospitalar.....	477
78 - Monitoria na Disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II: uma questão tecnológica e participativa no processo de ensino-aprendizagem	480
79 - Triagem auditiva neonatal: uma pesquisa bibliográfica sobre o método e sua importância	483
80 - Abordagem sobre o teste do pezinho: dificuldades e desafios enfrentados pela equipe de saúde	486
81 - A utilização do brinquedo terapêutico na construção do conceito de “doação de sangue”.....	488
82 - Brinquedo terapêutico na assistência à criança e família: percepção dos enfermeiros das unidades pediátricas de um Hospital Universitário	491
83 - Perfil do atendimento da clínica de lactação do Hospital das Clínicas, Londrina, Paraná	494
84 - Perfil das crianças internadas com diagnósticos cirúrgicos: o caso de uma Unidade Intermediária Pediátrica/Rio de Janeiro	497



Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009

85 - Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com câncer atendidos em um Hospital Escola do interior do Estado de São Paulo.....	499
86 - Perfil de morbidade hospitalar de crianças até cinco anos no Alojamento Conjunto Pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná no período de 2005 a 2009.....	501
87 - Diabetes mellitus 1: evidências da literatura para seu adequado manejo, na perspectiva de crianças	504
89 - Familiares, crianças e equipe de enfermagem: relações interpessoais em uma unidade oncológica.....	507
90 - Análise do enfermeiro relacionado a avaliação da dor em crianças dentro de terapia intensiva.....	510
91 - Preparando o aluno de pós-graduação para o exercício de docência na disciplina enfermagem no cuidado da criança e da família na experiência de doença.....	512
92 - A discriminação como violência à vida da criança soropositiva para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).....	515
93 - Ritos e mitos acerca da dor na criança: contribuições para o cuidado de enfermagem	518
94 - Perfil das puérperas adolescentes de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul: análise dos dados parciais da pesquisa.....	521
95 - A morte em unidade de terapia intensiva pediátrica e seus reflexos na equipe de enfermagem: uma revisão bibliográfica	524
96 - Vivência do método criativo-sensível: instrumentalização para pesquisar criança e adolescente vivendo com HIV/aids.....	527
97 - Capacitação do grupo de pesquisa para realização da coleta de dados: transmissão vertical do HIV.....	530
98 - Trajetória da vivência de bolsistas de pesquisa nas etapas de um estudo quantitativos: um relato de experiência	532
99 - Adesão ao tratamento antirretroviral e caracterização familiar da criança que vive com HIV/AIDS.....	534
100 - Síndrome de down e produção de conhecimento na enfermagem	536
101 - Relato de experiência sobre a utilização do cateter central de inserção periférica (CCIP) no Alojamento Conjunto Pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná.....	539
102 - Aplicabilidade do cateter venoso central de inserção periférica na UTI Pediátrica.....	542
103 - Fatores que interferem no uso do cateter venoso central de inserção periférica (CCIP) nas UTI Neonatais de Cuiabá – MT	544
104 - A experiência do cuidado a uma criança dependente de tecnologia	546
105 - A experiência da criança com o uso do ultra-som para direcionar a punção venosa periférica.....	549
106 - Mortalidade pós-neonatal no Brasil e Regiões: uma revisão sistemática	551
107 - Perfil de recém-nascidos que usaram o cateter venoso central de inserção periférica em uma UTIN de Cuiabá - MT	553



Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009

108 - A ludoterapia como recurso na abordagem à saúde de crianças com estoma intestinal.....	555
109 - O cuidado à família do recém-nascido: uso da análise de casos como estratégia de ensino	558
110 - O impacto da tecnologia no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada e crianças: limites e possibilidades	560
111 - O cuidado de enfermagem no trans-operatório infantil: a percepção dos pais	562
112 - Cartilhas educativas para as famílias de crianças estomizadas (gastrostomia e colostomia) segundo a Prática Educativa Freireana.....	565
113 - Rede de comunicação via internet: promovendo um canal de expressão e de interação para crianças hospitalizadas	568
114 - Tecnologia em educação para a saúde e cidadania de crianças e suas famílias em situação de risco	571
115 - O manejo do cateter central de inserção periférica em recém - nascidos de alto risco, admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital e Maternidade da Cidade de São Paulo	573
116 - Uso do cateterismo vesical intermitente em crianças: uma revisão sistemática das últimas seis décadas	575
117 - Panorama da utilização do cateter central de inserção periférica na unidade de clínica pediátrica de um hospital de ensino.....	577
118 - Nível de pressão sonora no interior das incubadoras na uti neonatal.....	580
119 - A utilização de fantoches como estratégia de comunicação com crianças com diabetes mellitus tipo 1 em pesquisa qualitativa	582
120 - O olhar da equipe de enfermagem sobre a presença do familiar no acompanhamento à criança hospitalizada.....	584
121 - Adolescentes com aids de um hospital escola do Sul do Brasil: conhecer para cuidar.....	587
122 - Perfil das crianças internadas com diagnósticos cirúrgicos: o caso de uma Unidade Intermediária Pediátrica/Rio de Janeiro	590
123 - O caso de uma pré-escolar portadora de meningococemia: atuação da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Município do Rio de Janeiro	592
124 - O monitor utilizando recursos estratégicos como facilitador do aprendizado	594
125 - Perfil das crianças internadas em um centro de tratamento de queimados da Cidade de Londrina – Paraná	598
126 - Estratégias de enfrentamento utilizadas pelo adolescente com diabetes mellitus tipo 1.....	601
127 - Implantação do uso de picc em unidade de internação pediátrica	603
128 - Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com mielomeningocele no Hospital Geral em Feira de Santana (estudo de caso).....	606
129 - Assistência de enfermagem hipocalcemia familiar: um relato de caso.....	608
130 - O brinquedo terapêutico como uma contribuição para minimizar os efeitos da internação da criança hospitalizada	610



Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009

131 - O olhar da equipe de enfermagem sobre a presença do familiar no acompanhamento à criança hospitalizada.....	612
132 - Hipoglicemia neonatal: aspectos relacionados e implicações para o cuidado de enfermagem	615
133 - Compreendendo o ser-criança durante o pós-transplante renal por meio do brinquedo terapêutico.....	617
134 - Referencia e contra referencia e a reinternação pediátrica.....	620
135 - A gerência do cuidado através dos registros de enfermagem em uma unidade pediátrica – um estudo quantitativo	623
136 - Avaliação do uso de vídeo como recurso para educação e orientação em saúde para os acompanhantes de um alojamento conjunto pediátrico.....	625
137 - Recém-nascido submetido ao Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP): o estado da arte.....	628
138 - Práticas educativas para acompanhantes no alojamento conjunto pediátrico: elaboração de cartilha informativa	630
139 - Aplicação do nursing activities score em uti neonatal para mensurar a carga de trabalho de enfermagem	633
140 - A (re) organização familiar para a continuidade do cuidado à criança hospitalizada.....	635
141 - Ações de extensão: experiência com crianças que tem HIV/AIDS e seus familiares/cuidadores.....	638
142 - Familiares, crianças e equipe de enfermagem: relações interpessoais em uma unidade oncológica.....	642
143 - Crianças com osteogênese imperfeita: diagnósticos e intervenções de enfermagem.....	645
144 – Reflexão sobre assistência de enfermagem diante da morte em pediatria	647
145 – Recém-nascido de baixo peso: natureza e tendência da produção científica	649
146 - Repercussões psicológicas para a criança e família pós-internação em unidade de terapia intensiva pediátrica: revisão integrativa da literatura	652
147 - Perfil epidemiológico do câncer em uma amostra de crianças atendidas no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná no ano de 2008	654
148 - Grupo de cuidadores na internação pediátrica: um espaço dialógico para a educação em saúde.....	657
149 - A percepção da equipe de saúde de uma UTI pediátrica ao comunicar a morte da criança para as famílias.....	660
150 - A enfermagem e as crianças com doenças infecciosas e parasitárias e suas famílias: uma interação estratégica.....	662
151 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem à criança grave com meningococemia: um estudo de caso.....	665
152 - Presença dos pais dos recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal: a vivência do enfermeiro	667
153 - Convivendo com a criança com hidrocefalia: experiência da família.....	670
154 - Humanização na UCIN: revisão da literatura de enfermagem.....	672



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

155 - Cuidados de enfermagem a criança portadora de osteoporose idiopática juvenil	675
157 - Percepção dos pais sobre as informações recebidas na unidade de terapia intensiva pediátrica.....	678
158 - Pós-operatório imediato de correção total de tetralogia Fallot: diagnósticos de enfermagem correlacionados	681
159 - Preparando a criança para a endoscopia digestiva: contribuições do brinquedo terapêutico.....	684
160 - As percepções de uma acadêmica no cuidado à criança e adolescente com câncer: um relato de experiência	686
161 - O uso do brinquedo terapêutico na adaptação da criança a traqueostomia e aspiração traqueal.....	688
162. Conhecimento sobre febre e hipertermia na prática clínica de enfermeiras de uma clínica pediátrica	691
163 - Associação entre as condições neonatais e as vias de parto em adolescentes primíparas	694
164 - Associação entre as intercorrências fetais/neonatais e alterações macroscópicas placentárias nas doenças hipertensivas específicas da gestação	697
165 - O processo de trabalho de parto e parto de mães adolescentes em um hospital universitário.....	700
166 - Intervenções de enfermagem a crianças com epidermólise bolhosa	703
167 - Redes sociais de mães adolescentes no puerpério imediato em um hospital escola	706
168 - Uma contribuição da teoria do agir comunicativo na assistência de enfermagem à criança hospitalizada	709
169 - O processo de enfermagem aplicado a uma criança portadora de pneumonia comunitária.....	712
170 - Percepção do estudante do curso de enfermagem quanto a utilização do brinquedo em unidade de internação pediátrica	715
171 - Sistematizando o cuidado de crianças com agravo respiratório.....	718
172 - O enfermeiro na educação em saúde em Unidade de Oncologia Pediátrica.....	721
173 - Reflexões sobre a higienização dos brinquedos em unidade de atendimento a criança.....	724
174 - Álbum seriado como proposta para desenvolver educação em saúde sobre aleitamento materno aos profissionais de enfermagem	726
175 - Perfil epidemiológico das crianças do projeto viva leite com enfoque na obesidade infantil.....	728
176 - Violência infanto juvenil na ótica da legislação, gestores de saúde e enfermeiros da atenção básica em saúde	730
177 - Avaliação de um programa de oxigenoterapia domiciliar utilizado por crianças egressas de unidade neonatal.....	733



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

178 - Punção arterial para monitorização da pressão invasiva como atribuição do enfermeiro: a complexidade sob uma nova ótica na unidade de terapia intensiva pediátrica.....	736
179 - Cateter central de inserção periférica (PICC) neonatal: uma revisão bibliográfica.....	739
180 - Causas de morbidade hospitalar e mortalidade de crianças menores de cinco anos no Brasil no período de 2002 a 2006	742
181 - População infantojuvenil vítima de acidentes de trânsito: perfil da Cidade de Cascavel, Paraná.....	745
182 - Adequação de taxonomias do diagnóstico de enfermagem em consultas de enfermagem de puericultura.....	748
183 - Orientações de enfermagem par ao sucesso da amamentação: elaboração de um album seriado.....	750
184 - Caracterização das necessidades especiais de saúde dos neonatos internados em dois Hospitais de Terapia Intensiva do SUS segundo suas condições de nascimento. Rio de Janeiro, 2000-2003.....	753
185 - Sendo-mãe de uma criança com doença falciforme.....	755
186 - Limites e forças no cotidiano do cuidado à criança prematura em domicílio: um olhar da enfermagem	758
187 - Significando o cuidando à criança prematura em domicílio: encontro da enfermagem com as famílias cuidadoras em seu cotidiano.....	760
188 - Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com câncer atendidos em um Hospital Escola do interior do Estado de São Paulo.....	762
189 - Implantação do uso de PICC em unidade de internação pediátrica.....	764
190 - Algumas necessidades humanas fisiológicas em desequilíbrio no recém-nascido submetido a fototerapia	767
191 - Avaliação da migração de ponta do cateter picc com radiografia torácica em recém-nascido pré-termo	769
192 - Caracterização das necessidades especiais de saúde dos neonatos internados em dois Hospitais de Terapia Intensiva do sus segundo suas condições de nascimento. Rio de Janeiro, 2000-2003.....	771
193 - Considerações sobre a dor na criança hospitalizada: um desafio para a enfermagem.....	773
194 - Cuidados de enfermagem na aproximação entre a mãe acompanhante e criança em ventilação mecânica	776
195 - De frente para o desconhecido: o ser adolescente hospitalizado com doenças crônicas não-transmissíveis	779
196 - Utilização do cateter central de inserção periférica em uma unidade de terapia intensiva pediátrica.....	781
197 - Assistência de enfermagem em pós operatório imediato de correção de truncus arteriosus.....	784
198 - Impactos do processo de hospitalização infantil na unidade de cuidados intensivos pediátricos sobre a mãe acompanhante	787
199 - Indicadores adotados pela equipe de enfermagem para frequência da criança a brinquedoteca de um hospital público do interior da Bahia	789



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

200 - Intervenções da equipe de enfermagem para o alívio da dor no recém-nascido prematuro	791
201 - Lesões de pele em prematuros internados na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital público do interior da Bahia	793
202 - O método mãe canguru: aspectos de estudos de enfermeiras brasileiras	796
203 - O processo de amamentação de recém-nascidos prematuros em cuidados intensivos: um enfoque materno	798
204 - Percepção de puérperas sobre o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto imediato	800
205 - Resultados da aplicação do método mãe canguru no cuidado ao neonato prematuro no Brasil: uma revisão de literatura	803
206 - Morbimortalidade hospitalar de recém nascidos por sífilis congênita: indicador da qualidade da assistência perinatal.....	805
207 - Criança portadora de doença crônica na visão do acadêmico de enfermagem: relato de experiência	808
208 - Conhecimento e percepção dos profissionais de uma unidade neonatal a respeito das repercussões do ruído	810
209 - Instrumentos para mensurar qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes brasileiros	812
210 - Proposta de um guia de conduta e capacitação dos profissionais de saúde da UTI para prevenção do ruído	814
211 - As terapias alternativas e a humanização do cuidado de enfermagem à criança com dor oncológica.....	817
212 - A hospitalização infantil na unidade de cuidados intensivos pediátricos: o que pensam as mães acompanhantes?	819
213 - A família frente à prematuridade: uma revisão sistemática	821
214 - Acesso vascular em neonatologia	823
215 - Cuidar de crianças e orientar famílias: autoconfiança de graduandos de enfermagem	825
216 - Reduzindo o nível de pressão sonora da UTI neonatal: estratégias adotadas pelos profissionais de saúde.....	827
217 - Produção acadêmica de enfermagem na área de neonatologia: contribuições para o cuidar na perspectiva da humanização da assistência em saúde.....	829
218 - Prevenção de acidentes na infância: conhecimento das mães	831
219 - O nascimento de crianças com baixo peso: relação com o pré-natal e tipo de parto*	833
220 - Fumo materno, fumo passivo e baixo peso ao nascer*	837
221 - Aleitamento materno até os seis primeiros meses de vida: uma revisão sistemática brasileira	840
222 - Motivos do desmame precoce nos primeiros seis meses de vida da criança	842
223 - O itinerário terapêutico das famílias de crianças com diarreia.....	844
224 - A influência dos hábitos de vida no risco para elevação da pressão arterial de escolares: subsídios para a promoção da saúde	846



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

225 - Saúde da criança no Município de São José - SC	849
226 - Cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes asmáticos atendidos em ambulatório especializado: uma extensão universitária	851
227 - Almanaque “Cuidando de crianças em uso de remédio anticonvulsivante”: alfabetização científica mediada por histórias de cuidadoras	854
228 - Assistência de enfermagem ao binômio família-criança com estoma intestinal.....	856
229 - Contribuição das agentes comunitárias de saúde no cuidado a criança sob enfoque da puericultura.....	858
230 - Prevalência de aleitamento materno e seus determinantes no Município de Londrina – PR no ano de 2008.....	860
231 - A gravidez na adolescência e sua repercussão na vida de jovens adolescentes de Porto Alegre.....	862
232 - Programa de acompanhamento e visitação de irmãos internados na uti neonatal do HMIPV.....	864
233 - Relato de experiência: palestra para adolescentes sobre educação sexual em escola	866
234 - Aspectos da saúde de crianças e de adolescentes em famílias do contexto rural: revisão da literatura.....	869
235 – Gestação e cuidados com o recém-nascido: medos e ansiedades das mães.....	872
236 - A assistência a crianças menores de seis meses em uma unidade de saúde da família: percepção das mães.....	874
237 - Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde.....	877
238 - Saúde infantil: uma prática que começa intra-útero.....	879
239 - Educação em saúde no pré-natal: relato de experiência da residência em saúde da criança.....	882
240 - Aleitamento materno exclusivo entre mães com centro de educação infantil no local de trabalho	885
241 - O acesso aos serviços de saúde como fator de risco à mortalidade neonatal	887
242 - O caso Maria: a luz do cuidado de enfermagem	890
243 - As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde	894
244 - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de dois anos na consulta de enfermagem.....	896
245 - O desenvolvimento dos adolescentes frente a sua cultura alimentar e o papel da estratégia saúde da família.....	898
246 - Avaliação da morbidade nos recém-nascidos de risco durante o primeiro ano de vida na cidade de Maringá Paraná.....	901
247 - Mãe adolescente e o uso de métodos contraceptivos	904
248 - Gravidez na adolescência e acompanhamento pré natal.....	907
249 - Paternidade na adolescência – percepções acerca de suas redes de apoio	910



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

251 - O brinquedo terapêutico permitindo o resgate do trauma: uma vivência no Ambulatório do Centro Assistencial Cruz de Malta – SP.....	913
252 - A experiência de cuidar do filho para a mãe adolescente: medos, dificuldades e estratégias de superação.....	916
253 - A cultura do paracetamol e dipirona: percepção dos profissionais de saúde da esf sobre os itinerários terapêuticos das mães de crianças de 0 a 6 anos	919
254 - Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes em distintos contextos socioculturais, segundo instâncias de denúncia e atendimento em Feira de Santana/Bahia - Brasil e Montreal/Quebec – Canadá	923
255 - Aleitamento materno de crianças usuárias de creche	926
256 - Perfil epidemiológico da desnutrição em crianças da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia	929
257 - Prevalência do aleitamento materno numa unidade de saúde da família	931
258 - O atendimento do recém-nascido na rede básica de saúde: subsídios para a promoção da atenção integral	933
259 - Obesidade infanto-juvenil: percepção dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde de Itajubá-MG	935
261 - A contribuição do projeto de extensão no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada através da utilização do brinquedo terapêutico	938
262 - Relação multiprofissional no atendimento das crianças no ambulatório do Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP	941
263 - A avaliação dos pais sobre o ambiente da UTI neonatal de um hospital escola	944
264 - Avaliação da condição de crescimento de crianças atendidas na consulta de enfermagem de um ambulatório de puericultura	947
265 - Análise das dissertações de Mestrado em Enfermagem Pediátrica da UNIFESP no período de 1981 a 2007: área preventiva	950
266 - Ensinando (e aprendendo) a cuidar de crianças: um relato de experiência voltado para a comunidade	952
267 - O manejo do cateter central de inserção periférica em recém - nascidos de alto risco, admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital e Maternidade da Cidade de São Paulo	955
268 - O cuidado do adolescente com câncer: a perspectiva do pensamento complexo.....	957
269 - A dor do recém-nascido prematuro e a retirada de adesivos: contribuição para o cuidado de enfermagem neonatal.....	960
270 - Desvelando e reconhecendo o cuidado humanizado: percepções e concepções de enfermeiras no contexto da oncologia pediátrica.....	963
271 - Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia pediátrica.....	965
272 - Descobrimos a diabetes no universo do brinquedo terapêutico: relato de experiência.....	967
273 - Familiares cuidadores de recém nascidos de alto risco: dificuldades e facilidades.....	970



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

274 - Diabetes mellitus na infância e adolescência: a importância dos cuidados de enfermagem	973
275 - Crianças e adolescentes que vivenciaram o transplante de medula óssea: o impacto na qualidade de vida	976
276 – Motivos do desmame precoce nos primeiros seis meses de vida da criança	979
277 - A mãe acompanhante e o processo de hospitalização infantil na Unidade de Clínica Pediátrica de um Hospital Público da Bahia	981
2782 - O primeiro contato entre mãe e bebê, clampeamento tardio do cordão umbilical e amamentação precoce no parto domiciliar planejado	983
279 - Elaborando características definidoras, fatores relacionados e intervenções de enfermagem de acordo com as demandas da criança e sua família.....	985
280 - O vivido de mães com filhos portadores de doença oncológica que foram a óbito: uma contribuição para a enfermagem pediátrica	987
281 - Indicações de remoção do cateter PICC em neonatos.....	989
282 - Caracterizando recém-nascidos submetidos à inserção do cateter central de inserção periférica.....	991
283 - A prática discente na enfermagem em puericultura	993
REGIMENTO	995



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

APRESENTAÇÃO

No período de 06 a 08 de outubro de 2009 realiza-se o III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal (CEBEPN) e o XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica (ECENPE) em Florianópolis- SC com a temática: *“A Enfermagem, o neonato, a criança, o adolescente e seus mundos: cuidando de um para cuidar do outro”*. Pretende-se promover uma ampla reflexão sobre o mundo atual nas suas múltiplas dimensões envolvendo as tendências e possibilidades de cuidado ao neonato, a criança, ao adolescente e suas famílias, bem como o debate sobre as necessidades e proposições de cuidado de enfermagem.

O evento é uma atividade bienal promovida pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras – SOBEP e organizada nesta ocasião pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Serviço de Enfermagem em Pediatria e Neonatologia do Hospital Universitário-UFSC e Diretoria de Enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão - HIJG.

A SOBEP tem o compromisso e a responsabilidade de instigar os profissionais que atuam na área da enfermagem neonatal, pediátrica e herbiátrica a se fortalecerem científica, metodológica e politicamente, bem como, incentivar o diálogo entre estes profissionais, favorecendo a troca de experiências, incentivando e valorizando a produção e divulgação de conhecimentos.

As atividades pré-congresso constarão de mini-cursos sobre o cuidado com diferentes focos e ocorrerão no dia 05 de outubro de 2009.

O III CEBEPN e o XVI ECENPE contará ainda com 09 conferências e 05 cirandas de idéias, criando espaços específicos para discutir a temática do mesmo nos diversos aspectos relacionados ao cuidado de enfermagem ao neonato, a criança, ao adolescente e sua família.

Acreditamos que compreender a articulação necessária entre o cuidado de enfermagem ao neonato, a criança e adolescente nos vários mundos que os rodeiam proporcionará conhecê-los no seu contexto social e familiar e reconhecê-los como seres no mundo em constante transformação. A enfermagem convive com estes seres no seu cotidiano de trabalho, fazendo parte do seu mundo e estando diretamente relacionada à realidade por eles vivenciada.

Sejam muito bem-vindas e bem-vindos a Florianópolis. A ilha da magia acolhe a cada um de vocês com muito carinho e muita alegria. Aproveitem as belezas da ilha e desfrutem do acolhimento deste povo hospitaleiro.

A Comissão Científica



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

MENSAGEM DA PRESIDENTE DA SOBEP

É com imensa satisfação que, em nome da Diretoria da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras - SOBEP, e em meu próprio, saúdo a todos os presentes no III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica.

Sejam bem vindos a esta maravilhosa e acolhedora cidade de Florianópolis, considerada, com justiça, a Ilha da Magia!

Promovido pela SOBEP, que teve a honra de ter como parceiros os enfermeiros docentes e assistenciais do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital Universitário da mesma e do Serviço de Enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão, o evento objetiva a ampliação e a troca de conhecimento sobre a assistência, o ensino e a pesquisa de enfermagem ao recém nascido, criança e adolescente e suas famílias, nos diversos contextos de cuidado.

As colegas de Florianópolis, parceiras nessa empreitada, nosso muito, muito obrigada, pois sabemos que a organização de um congresso nacional é um empreendimento que exige coragem, competência, responsabilidade, compromisso, capacidade de articulação e uma enorme dose de paciência e de amor, ainda mais considerando as dimensões continentais do nosso país e a atual crise financeira pela qual estamos passando.

Foi, sem dúvida, esse amor e compromisso profissional com a nossa população infantil e com o desenvolvimento técnico e científico da enfermagem pediátrica e neonatal, que fez com que vocês aceitassem o desafio de sediá-lo e organizá-lo.

O tema central do evento, assim como seus objetivos revelam a magnitude desse compromisso no sentido de:

- possibilitar a reflexão sobre o mundo atual nas suas múltiplas dimensões, envolvendo as tendências e possibilidades de cuidado ao neonato, à criança, ao adolescente e suas famílias;

- promover o debate sobre as necessidades de saúde e de cuidado de enfermagem a essa população em diferentes contextos e múltiplos cenários da saúde e

- propiciar o intercâmbio entre os enfermeiros assistenciais, docentes e os acadêmicos de enfermagem e áreas afins, bem como, de outros profissionais, visando estimular o desenvolvimento e a divulgação de produção científica, tecnológica e cultural da enfermagem neonatal, pediátrica e hebiátrica.

A proposição do tema central, ***A enfermagem, o neonato, a criança, o adolescente e seus mundos: cuidando de um para cuidar do outro***, revela, também, o grande compromisso social da enfermagem pediátrica: a preocupação com o ser humano, com as crianças e os adolescentes em especial, com a vida, com o vivê-la em plenitude e com o nosso planeta, a Terra, que se encontra em um momento tão delicado, e se não receber uma atenção especial por parte de todos os cidadãos, independente de sua formação profissional, corre o risco de se destruir, ou melhor, ser destruída juntamente com todos os seres vivos que a habitam.

Em palestra realizada durante o nono Fórum Social Mundial, ocorrido em 2009, aqui no Brasil, o teólogo, professor e escritor Leonardo Boff chamou atenção para a conexão entre a atual crise financeira mundial e a crise ambiental à qual nosso planeta está exposto, onde o bem de todos e a preservação da Terra têm sido sacrificados ao lucro de poucos.

Alerta que a ruptura entre o trabalho e o cuidado fez com que o afã desmedido de produção se revertesse na ânsia incontida de domínio da natureza e na busca do



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

desenvolvimento técnico-científico dissociado da consciência ecológica. Assim, enfatiza que é necessário promover a ecologia do cuidado, ou seja, promover um cuidado que zele pelos interesses de toda a comunidade, de todos os seres vivos e de todo o nosso planeta.

Se, como diz Boff, a Terra é um planeta pequeno, velho e limitado que não suporta um projeto de exploração ilimitada, nós, como enfermeiros pediatras, sabemos que a criança é um ser pequeno, jovem e com uma ilimitada força para crescer e se desenvolver, mas que precisa contar com um ambiente físico e relacional favorável, que lhe permita desenvolver todo esse potencial e tornar-se, no futuro, um adulto feliz, produtivo e comprometido com qual mundo pretende deixar para a geração que o suceder.

É sobre um cuidado com essa dimensão que o III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, que ora se inicia, pretende discutir.

Para tanto, a programação científica foi organizada em conferências, palestras, cirandas de idéias e apresentações, em forma de pôsteres e em sessões orais coordenadas, de trabalhos de investigações científicas, reflexões e relatos de experiência sobre a assistência, o ensino, a pesquisa e as experiências de atividades de extensão sobre a temática.

Outrossim, a programação social e cultural foi pensada com muito carinho para que vocês se divirtam, relaxem, apreciem as delícias da culinária e se deleitem com a riqueza folclórica e as belezas dessa maravilhosa cidade.

Cabe ainda ressaltar que a realização desse evento está de acordo com os propósitos da SOBEP que, entre outras, tem como finalidades:

- proteger a criança e o adolescente, defendendo seus direitos enquanto consumidores de produtos e serviços que afetam sua saúde;

- promover o desenvolvimento técnico, científico e cultural da enfermagem pediátrica;

- constituir-se em órgão oficial de publicação com vistas à divulgação de trabalhos e estudos de interesse da enfermagem pediátrica, contando para tanto, com a edição do nosso periódico, a Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiro Pediatras, que se encontra exposta no estande da SOBEP, onde vocês poderão associar-se à sociedade, inscrever-se na revista e adquirir números avulsos da mesma. Esta atividade está sob a coordenação da Dra. Myriam Aparecida Mandetta Pettengill, que recentemente assumiu a coordenação da Comissão Permanente de Publicação, Divulgação e Comissão Social da SOBEP e o cargo de editora-chefe da revista..

- realizar concurso de título de Especialista em Enfermagem Pediátrica e em todas as suas subespecialidade. Ontem, como parte da programação pré evento, tivemos as provas de conhecimento dos Concursos para Especialista em Enfermagem Pediátrica e para Especialista em Enfermagem Neonatal, sob a coordenação da Profa. Regina Issuzu Hirooka de Borba, Coordenadora da Comissão Permanente de Titulação da sociedade.

- coordenar a organização dos Congressos Brasileiros de Enfermagem Pediátrica, lembrando que a sede do IV Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal deverá ser deliberada na Assembléia Nacional da SOBEP que se realizará aqui, durante o evento, dia 08, às 11 horas, na sala Goiabeira.

Pretendemos, ainda, neste evento, estabelecer parcerias com vocês, com vistas ao desenvolvimento de discussões sobre a criação dos comitês das áreas assistenciais da enfermagem pediátrica, sobre a elaboração dos padrões mínimos de assistência em enfermagem pediátrica e dos padrões mínimos de ensino para o provimento dessa assistência. Pretendemos, também, conhecer um pouco melhor as características e condições de trabalho dos nossos profissionais, iniciando com um questionário que vocês serão convidados a responder. Tais atividades se encontram sob a coordenação das Dras. Rosa Lúcia Ribeiro Rocha e Elisa da Conceição Rodrigues, coordenadoras, respectivamente, da Comissão Permanente de Assistência e da Comissão Permanente de Educação e Pesquisa da SOBEP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Espero que o convívio e a troca de experiência e de conhecimento vivenciados nesses dias se traduzam em competência profissional, política e ecológica, no sentido de levar à prática de uma Enfermagem Pediátrica cada vez mais atuante e articulada politicamente com as instâncias deliberativas do setor saúde, da educação profissional e das associações de classe e comprometida com a vida, com a sobrevivência do planeta, com a assistência à saúde segura e de qualidade, e com o resgate da cidadania e da dignidade humana.

Obrigada pela presença de todos.

Tenham um ótimo e proveitoso congresso!

Prof^a. Dr^a. Circea Amália Ribeiro
Presidente da SOBEP



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**DISCURSO DE ABERTURA DA PRESIDENTE DA COMISSÃO
EXECUTIVA 2009**

É com muita honra e imensa alegria que venho, em nome da Enfermagem Pediátrica e Neonatal de Santa Catarina, desejar boas vindas a vocês! Nossa enfermagem sente-se lisonjeada em ser sua anfitriã!

Inicialmente, quero agradecer o empenho entusiástico dos membros das diferentes comissões que estiveram diretamente ligados na organização, durante o longo período da sua preparação: a vocês, meus agradecimentos pela amorosidade na condução de suas ações!

Agradeço, especialmente, à Presidente da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, SOPEP, Dr^a Circea Amália Ribeiro, que não mediu esforços para nos apoiar, com sua experiência e dedicação, assessorando-nos para realizar da melhor maneira possível este evento.

Aos monitores, alunos de nossas Universidades, nosso agradecimento pelo carinho e desvelo com que estão conduzindo suas atividades.

Agradeço aos nossos patrocinadores e expositores pela credibilidade demonstrada e a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste evento.

Quero ainda manifestar um agradecimento especial aos nossos ilustres palestrantes, que constituirão a alma deste Congresso.

Aos participantes que se dispuseram a vir até aqui, muitos atravessando o Brasil, espero que tenham uma ótima estadia na nossa Querida Cidade, também conhecida como Ilha da Magia. Desfrutem de nossa terra hospitaleira, cujas belezas naturais encantam a todos e a todas. Divirtam-se na programação social, preparada com todo carinho para vocês.

A Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP), como entidade promotora deste evento, no seu II Congresso, no Rio de Janeiro em assembléia, escolheu o Estado de Santa Catarina e a cidade de Florianópolis para sediar o III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, o que muito nos lisonjeou.

Assim, logo resolvemos unir forças com o Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica, que é um evento que se já consolidou como uma tradição dos Docentes de Enfermagem Pediátrica do Curso de Enfermagem da UFSC, das Enfermeiras da Assistência da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário e do Serviço de Enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Trata-se de um evento que é realizado a cada dois anos e que agora amplia suas fronteiras ao se integrar ao III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal.

Debater, refletir e trocar experiências, coletivamente, essa é característica que propusemos para marcar os nossos encontros neste Congresso que tem como temática “A Enfermagem, o Neonato, a Criança, o adolescente e seus mundos: cuidando de um para cuidar do outro”.

Ao lançarmos este tema, pensamos em realçar a interdependência inerente entre o mundo de todos, os mundos de cada um e o cuidado. Reconhecemos que a condição dos seres humanos na sociedade e a própria sociedade estão em mudanças contínuas e cada vez mais aceleradas.

Há um mundo novo e também um antigo, já transmutado, requerendo reconhecimento, análise, compreensão e cuidado.

Há um mundo que o tempo todo se relativa em micro e macrocosmo, em micro e macrosocial, em ambientes físicos e também simbólicos.

Há uma família com menos membros que no passado, reconfigurada na sua estrutura, com menos presença e disponibilidade para “educar e cuidar” do seu recém-nascido, da



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

criança e do adolescente.

A creche, a escola, os serviços de saúde, a mídia e, para muitos e muitas, as novas tecnologias, a rua e seus personagens, ganham corpo, presença, influenciando, conduzindo, definindo relacionamentos, necessidades, à saúde, o lazer, enfim, o que é bom e o que é felicidade para nós, mas sobretudo para nossos recém-nascidos, nossas crianças e adolescentes.

A tecnologia dura se apresenta, com seus paradoxos: prolonga a vida, recupera, mas viabiliza incapacidades. Em decorrência de sua presença, prolongam-se dependências, criam-se sofrimentos e múltiplas responsabilidades para pais, instituições e profissionais da saúde.

Nas cidades para onde migraram os brasileiros nos últimos 30 anos, estão os carros que superlotam as ruas, o asfalto, os edifícios. Sumiram os espaços da corrida, da bola, da bicicleta, do encontro, do flerte. Sobra estresse, poluição, impessoalidade nas relações, medo e desconfiança do outro; manifesta-se a hipertensão, a obesidade, a depressão, a alergia, a violência e a gripe H1 N1.

O mundo do hospital não só pode ser mais imerso nas tecnologias como também seus personagens. O recém-nascido, a criança, o adolescente, os pais e os profissionais estão se construindo sob novas condições e influências. E isto também ocorre nos demais mundos. Se uma criança tem sobrepeso, seu corpo, seu self também requerem cuidados para que não se abortem suas capacidades e potencialidades. Todavia, também são demandadas soluções no mundo físico: a criança e o adolescente não podem apenas fazer dieta, requerem atividade, espaços seguros e suportes sábios.

Os profissionais de saúde também precisam repensar o seu mundo, encontrando espaço para seu próprio cuidado, para que possam assim continuar a serem denominados.

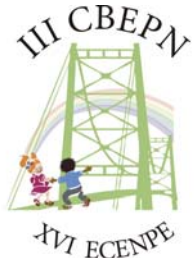
Assim, propusemos esta conjunção, da Enfermagem com o Neonato, a Criança, o Adolescente, envolvendo seus mundos e o cuidado multidirecional, entendendo que isto esteja sendo requerido no contexto atual.

Não é demasiado repetir o que diz o artigo 227 da Constituição Federal: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer a profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária. Mais do que um enunciado, são palavras inquietantes e desafiadoras. Lamentavelmente, ainda somos conhecidos internacionalmente como um país onde existe trabalho escravo infantil, onde milhares de crianças em idade escolar perambulam ou mesmo moram nas ruas das grandes cidades, abandonadas à própria sorte, prostituindo-se física, moral e espiritualmente; um país em que a taxa de mortalidade infantil e neonatal ultrapassa o mínimo aceitável, cabendo a cada um de nós, contribuir para transformar esta imagem.

Tanto o Ministério Público como o Ministério da Saúde, ao longo dos anos, vem procurando interferir nessa realidade, pelo esforço incansável de implementar políticas públicas voltadas à Saúde da criança, envolvendo o neonato, e o adolescente. Também nos últimos anos os municípios brasileiros vem assumindo, cada vez mais, importância na formulação de políticas públicas e na alocação de recursos em favor da criança e do adolescente. Enfim, vê-se que esse grupo populacional vem sendo alvo prioritário de amplos programas de atenção primária, com importantes melhoras em seus indicadores.

Esperamos que cada um de nós tenhamos a possibilidade de melhor orientar a nossa prática do cuidado, sempre entrelaçada pela pesquisa, ensino e extensão. No trabalho coletivo, na reflexão e na troca de experiências, certamente, encontraremos novas iluminações, não para tornar inúteis nossas experiências anteriores, mas para reinterpretá-las.

Finalizando, temos certeza de que a realização desse evento, além de propiciar



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

compartilhamento de saberes, será um marco para a construção de novos valores a serem agregados ao cuidado do neonato, da criança e do adolescente, lembrando a especificidade de cada um de seus mundos, integrados num mundo que é de todos e que também precisa ser cuidado!

É deste modo que reafirmo as boas vindas a todos e a todas e declaro aberto o III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica.

MUITO OBRIGADA!!!

Profa. Mestre Elisabeta Roseli Ecker



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

PROGRAMAÇÃO

Programação Científica

Dia 06/10/2009

Horário	Programação	Local
08:00 - 09:00	Inscrições	Secretaria
09:00-10:00	Abertura	Auditório Garapuvu
10:00-11:00	Conferência de Abertura Dr. Jamiro da Silva Wanderley/ UNICAMP/SP	Auditório Garapuvu
11:00-13:00	Almoço	
13:00-18:00	Sessão Coordenada	Sala Goiabeira Sala Pitangueira Sala Laranjeira Sala Aroeira
13:00-18:00	Sessão Pôster	Hall
15:00-15:30	Intervalo	
15:30-17:30	Ciranda de Idéias: Ser Neonato, criança e adolescente no mundo de hoje Ser Criança no mundo de hoje Dra. Regina Aparecida Garcia Lima - EERP/USP Ser Neonato no mundo de hoje Dra. Carmem Gracinda Silvan Scochi - EERP/USP Ser adolescente no mundo de hoje Msc. Fernando de Oliveira Mendonça - MG/Colégio Loyola	Auditório Garapuvu
17:30- 18:30	Palestra: O mundo do hospital - A Enfermagem frente às transformações do perfil da clientela, das necessidades de saúde e das demandas de cuidado Dra. Maria da Graça Corso da Mota - UFRGS Palestra: O mundo da Atenção Básica - A Enfermagem frente às transformações do perfil da clientela, das necessidades de saúde e das demandas de cuidado Dr. Francisco Rosemiro Ximenes Guimarães Neto - UVANET/CE	Sala Goiabeira Sala Pitangueira
18:30-19:00	Atividade Artística - Coral do Colégio Catarinense	
22:00	Noite Anos 70 - Armazém Vieira	Bairro Pantanal



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

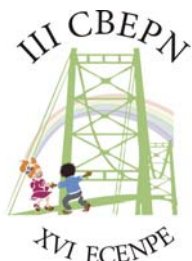
Dia 07/10/2009

Horário	Programação	Local
08:30 - 10:30	<p>Ciranda de Idéias: O mundo da UBS, da creche, da pré-escola: demandas de cuidado</p> <p>O espaço do neonato, da criança e do adolescente nas estratégias e políticas de saúde Dra. Francisca Georgina Macêdo de Sousa - UFMA</p> <p>As demandas da criança das creches à pré-escola e a articulação destes mundos com o mundo do cuidado de enfermagem Dra. Nair Regina Ribeiro Ritter - UFRGS</p> <p>As demandas da criança e do adolescente nas escolas e a articulação destes mundos com o mundo do cuidado de enfermagem Dr. Eduardo Júlio Fonseca Lucas - EEAN/UFRJ</p>	Sala Goiabeira
08:30 - 10:30	<p>Ciranda de Idéias: O mundo do hospital: Construindo a integralidade do ser criança e adolescente no mundo do hospital</p> <p>O Espaço do Lúdico Dra. Circéa Amalia Ribeiro – UNIFESP</p> <p>O Espaço Educativo Dra. Rejane de Souza Fontes - ANAC/RJ</p> <p>O Espaço da interação com os animais Enfa. Nanci Cristiano Santos - HU/USP</p>	Sala Pitangueira
10:30-11:00	<p>Intervalo Atividade Artística - Apresentação Instituto Guga Kuerten</p>	
10:30-18:00	Apresentação Pôster	Hall
11:00-12:00	<p>Palestra: Novas perspectivas na atuação da enfermagem (transplantes, doação de órgãos, células tronco, genética) Dra. Rosy Eliana Sáez – UFPR</p> <p>Palestra: Tendências e desafios frente ao 4º. ODM - Redução da Mortalidade Infantil Msc. Marcia Sueli Del Castanhel - Prefeitura Municipal de Florianópolis</p>	Sala Goiabeira Sala Pitangueira
12:00-13:00	Reunião: Criança com Necessidade Especial de Saúde	Sala Goiabeira
12:00-14:00	Almoço	
14:00-15:00		



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

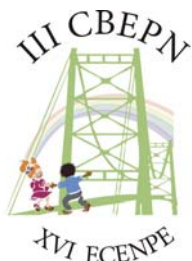
	Sessão Coordenada de Trabalhos que concorrem a Prêmios	Sala Goiabeira Sala Pitangueira Sala Laranjeira Sala Aroeira
15:00-16:00	Palestra: A mídia no mundo da criança e do adolescente: interfaces com a saúde e a doença Dr. Juremir Machado da Silva – PUC/RS	Auditório Garapuvu
16:30-18:00	Ciranda de Idéias - Tendências e desafios no cuidado ao neonato, a criança e ao adolescente dependente de tecnologia e suas famílias A Enfermagem e as políticas públicas voltadas para o neonato, a criança e o adolescente dependentes de tecnologia Dra. Ivone Evangelista Cabral - EEAN/UFRJ O neonato, a criança e o adolescente dependentes de tecnologia e a enfermagem Dra. Elaine Buchhorn Cintra Damiano - USP/SP A família do neonato, da criança e do adolescente dependente de tecnologia e a enfermagem Enfa. Elizabete Clemente de Lima - HCPA/ RS	Sala Goiabeira
16:30-18:00	Ciranda de Idéias: A segurança no mundo do cuidado ao recém-nascido, a criança e ao adolescente A segurança no meio ambiente Dra. Maria de Jesus Castro Sousa Harada - UNIFESP/SP A segurança no transporte Msc. Melissa Orlandi Honório - HU/UFSC A segurança na Medicação Dra. Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira - UNIFESP/SP	Sala Pitangueira
18:00-19:00	Lançamento de Livros - Voz e Violão	Hall
19:00	Coquetel	
22:00	Noite do Rock - John Bull Pub	Lagoa da Conceição



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Dia 08/10/2009

Horário	Programação	Local
08:30 - 10:30	Palestra: Fases da Infância - Prevenção x Sofrimento Psicoafetivo Evânia Reichert - RS	Auditório Garapuvu
08:30-18:00	Apresentação Pôster	Hall
10:30-11:00	Intervalo	
11:00-12:00	Assembléia Nacional da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras - SOBEP	Sala Goiabeira
12:00-14:00	Almoço	
13:30-14:30	Sessão Coordenada	Sala Goiabeira Sala Pitangueira Sala Laranjeira Sala Aroeira
14:30-16:00	Palestra: A pesquisa e o ensino no mundo do cuidado ao neonato, a criança, ao adolescente e a família Dra. Ivone Evangelista Cabral - EEAN/UFRJ Dra. Mary Jo Gilmer - Vanderbilt Kennedy/ Center EUA	Auditório Garapuvu
16:00-17:00	Sessão de Premiação	Auditório Garapuvu
17:00-18:00	Palestra: Os desafios da equipe de enfermagem e da família no cuidado ao neonato, criança e adolescente no final da vida Dra. Mary Jo Gilmer - Vanderbilt Kennedy/ Center EUA	Auditório Garapuvu
18:00-19:00	Solenidade de Encerramento	Auditório Garapuvu
19:00-20:00	Atividade Artística - Orquestra Franklin Cascaes	Auditório Garapuvu
22:00	Noite da Confraternização - Bar e Restaurante Ponto de Vista	Lagoa da Conceição



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Sessão Coordenada de Trabalhos que concorrem a Prêmios

Prêmio “Professora Elaci Sampaio Barreto” – destina-se ao melhor trabalho apresentado sobre o tema “saúde da criança e do adolescente”.

A homenagem à Professora Elaci Sampaio Barreto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), se justifica por sua contribuição à formação dos estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da EEAN/UFRJ. A atuação e a dedicação da professora na assistência às crianças e os adolescentes no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ) e em outros Campos de estágio da EEAN eram destacadas pelos estudantes do Curso de Graduação e Pós-Graduação lato sensu como uma figura emblemática da área de enfermagem pediátrica.

07/10/2009

Sala Laranjeira	14:00 – 14:15	SIGNIFICADO DA DOENÇA CRÔNICA PARA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR	<u>Neusa Collet</u> Rosenylde Duarte da Nóbrega Yana Balduino de Araújo Eliane Rolin de Holanda
	14:15 – 14:30	ACOMPANHANDO UM DIA NA VIDA DE UM ADOLESCENTE EM HEMODIÁLISE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	<u>Rosa Lúcia Rosa Ribeiro</u> Heidy Dall Porto Hellebrandt Solange Pires Salomé de Souza
	14:30 – 14:45	O AMBIENTE DO HOSPITAL E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DE TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	<u>Elyane Jayrla Castro Costa</u> Rosa Lúcia Rocha Ribeiro
	14:45 – 15:00	Debate	
Sala Aroeira	14:00 – 14:10	APLICANDO O MODELO CALGARY NA ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA DA CRIANÇA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	<u>Mônika Wernet</u> Jenifer dos Santos Débora Goulart Acácio Luciana Teixeira Labella Natália Custódio
	14:10 – 14:20	MANEJO DA DOR DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: VISÃO DA FAMÍLIA	<u>Larissa Domingas</u> <u>Grispam e Silva</u> Mauren Teresa Grubisch Mendes Tacla
Sala Aroeira	14:20 – 14:30	COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DE SER MÃE DE UMA CRIANÇA COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	<u>Carolina Balbi</u> Circea Amália Ribeiro Regina Issuzo Hirooka de Borba Júlia Peres Pinto



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

	14:30 – 14:40	O ENFRENTAMENTO E A FORÇA DOS PAIS QUE VIVENCIAM A SITUAÇÃO DO FILHO MORTO HOSITALIZADO	<u>Regina Issuzo Hirooka de Borba</u> Circea Amália Ribeiro Maira Barril Hauser
	14:40 – 15:00	Debate	

Prêmio “Enfermeira Eusébia Jesus Pereira” - destina-se ao melhor trabalho apresentado sobre o tema “saúde do recém-nascido”.

A homenagem à Enfermeira Eusébia Jesus Pereira, lotada no Departamento de Enfermagem Materno Infantil e em exercício no berçário da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro até a sua aposentadoria, se justifica por sua contribuição à formação dos alunos de graduação em enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery. A atuação e a dedicação da Enfermeira na prestação de cuidado direto aos recém-nascidos eram visualizados pelos estudantes do curso de graduação e pós-graduação lato senso como modelo de enfermeira para o exercício da prática profissional de enfermagem no cenário, à época denominado berçário.

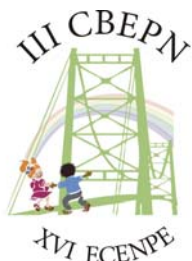
07/10/2009

Sala Goiabeira	14:00 – 14:15	CATETER EPICUTÂNEO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA TECNOLOGIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	<u>Maria Aparecida de Luca Nascimento</u> Aline Verônica de Oliveira Gomes Joice Cristina Pereira Antunes Marcelle Campos Araújo
	14:15 – 14:30	INSTALAÇÃO DE CPAP NASAL (IDENTIFICANDO A DOR DO RECÉM NATO COMO UM CUIDADO DE ENFERMAGEM	<u>Maria Aparecida de Luca Nascimento</u> Joice Cristina Pereira Antunes Aline Verônica de Oliveira Gomes Marcelle Campos Araújo
Sala Goiabeira	14:30 – 14:45	ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR DA VACINA CONTRA HEPATITE B NA REGIÃO VENTRO-GLÚTEA EM RECÉM- NASCIDO: EVIDÊNCIAS PARA A PRÁXIS DO ENFERMEIRO	Viviane Rodrigues Tavares Sheila Araújo Teles
	14:45 – 15:00	Debate	



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Sala Pitangueira	14:00 – 14:15	MOTIVOS DA NÃO REALIZAÇÃO DA POSIÇÃO CANGURU NA UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR DA BAHIA	<u>Luciano Marques dos Santos</u> Daniela de Medeiros Lopes Taisa Pereira Cruz Costa Silva Rosinéia Menezes Carvalho
	14:15 – 14:30	CARTILHA DE AMAMENTAÇÃO: PROPOSTA EDUCATIVA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO	<u>Sônia Maria Carneiro de Moraes Franco</u> Miriam Andréia Chiquetto Mainarte
	14:30 – 14:45	O QUE OS PAIS SABEM ACERCA DOS DIREITOS DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO	<u>Flávia de Oliveira Molina</u> Marialda Moreira Christoffel Thamilla Lohr Soares
	14:45 – 15:00	Debate	



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Sessão Coordenada

06/10/2009 – 13:00 as 15:00

<p>Sala Goiabeira (após cada apresentação terá 5 min. de discussão)</p>	<p>13:00 – 13:10</p>	<p>A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA TOMADA DE DECISÃO PARA BUSCA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA À CRIANÇA COM CÂNCER</p>	<p><u>Lais Fernanda Barroso Cremonesi</u> Cristina Novato Targas Paula Saud De Bortoli Lucila Castanheira Nascimento</p>
	<p>13:15 – 13:25</p>	<p>EXPERIÊNCIAS DE PAIS NO CUIDADO AO FILHO COM CÂNCER: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DE GÊNERO</p>	<p><u>Denis da Silva Moreira</u> Regina Aparecida Garcia de Lima</p>
	<p>13:30 – 13:40</p>	<p>CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER: EXPERIÊNCIAS DOS SEUS ITINERÁRIOS DIAGNÓSTICOS</p>	<p><u>Michele Cristina Miyauti da Silva</u> Maria Laura Ferreira de Figueiredo Regina Aparecida Garcia de Lima</p>
	<p>13:45 – 13:55</p>	<p>A QUALIDADE DE VIDA DA FAMÍLIA DA CRIANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS – REVISÃO INTEGRATIVA</p>	<p>Maira Deguer Misko <u>Carollyny Rossi de Faria Tchikawa</u> Regina Szylyt Bousso</p>
	<p>14:00 – 14:10</p>	<p>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA COM DENGUE HEMORRÁGICA</p>	<p><u>Andréa Rodrigues da Costa Rodrigues</u> Lilian Cagliari Linhares Barreto Mariana Gomes Cardim</p>
	<p>14:15 – 14:25</p>	<p>LESÕES PURPÚRICAS E VASCULITES EM CRIANÇAS COM DENGUE GRAVE: ORIENTAÇÕES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM</p>	<p><u>Márcia Barbosa de Paiva</u> Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira</p>
	<p>14:30 – 14:40</p>	<p>RELATO DE CASO: ICTIOSE LAMELAR CONGÊNITA</p>	<p><u>Silvana Delatore</u> Margarida Luzia Piloni Francislene Biederman Juliana Narciso Chrun</p>
	<p>14:45 – 14:55</p>	<p>AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: RELAÇÃO ENTRE ESCORE DE DOR E PROCEDIMENTO</p>	<p><u>Nanci Cristiano santos</u> Marli Oliveira Santos Neide Rasquinho Fonseca Isabel Cristina Biaione</p>
<p>Sala Pitangueira (após cada apresentação terá 5 min. de discussão)</p>	<p>13:00 – 13:10</p>	<p>O BRINCAR E A BRINCADEIRA NA VIDA DO ESCOLAR COM CÂNCER NO ESPAÇO DA COMUNIDADE</p>	<p><u>Liliane Faria da Silva</u> Ivone Evangelista Cabral Marialda Moreira Christoffel</p>
	<p>13:15 – 13:25</p>	<p>CATÉTER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA: INDICAÇÕES E USO EM CRIANÇAS INTERNADAS NUMA UTI PEDIÁTRICA</p>	<p><u>Marcela de Oliveira Demitto</u> Nataly Tsumura Inocencio Soares; Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari; Simeire Antonieli Santos Faleiros</p>
	<p>13:30 – 13:40</p>	<p>PREPARO DA CRIANÇA PARA PUNÇÃO VENOSA NO PRONTO SOCORRO COM BRINQUEDO TERAPÊUTICO</p>	<p>Giuliana Medeiros Shimemy Matsumoto <u>Regina Issuzu Hirooka de Borba</u> Circéa Amália Ribeiro</p>
	<p>13:45 – 13:55</p>	<p>CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE VIVENCIARAM O TRANSPLANTE</p>	<p><u>Jane Cristina Anders</u> Regina Aparecida Garcia de</p>



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Sala Pitangueira		DE MEDULA ÓSSEA O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA	Lima
	14:00 – 14:10	CONTRIBUINDO PARA A AUTOESTIMA DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: A EXPERIÊNCIA: A EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM	<u>Ana Izabel Jatobá de Souza</u> Tiago Medeiros Talita Padilha Porto Paula L. Pereira
	14:15 – 14:25	QUILLING NO PAPEL: UMA NOVA FORMA DE CUIDAR NA ENFERMAGEM	<u>Vivian Carolina Benetti Jacinto</u> Darci Aparecida Martins Corrêa
	14:30 – 14:40	O CUIDADO À CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: ABORDAGEM A PARTIR DO TEATRO CLOWN	Larissa Helena de Jesus Sigaki <u>Natália Pistore de Matos</u> Monique Astolpho Pio João Paulo William Piassa
	14:45 – 14:55	NÃO ADERENCIA AO TRATAMENTO: COMPREENDENDO AS RAZÕES DO ADOLESCENTE HEMOFÍLICO	Ana Claudia Acerbi Vrabic Circea Amalia Ribeiro <u>Conceição Vieira da Silva Ohara</u>
Sala Laranja (após cada apresentação terá 5 min. de discussão)	13:00 – 13:10	ATRAVESSANDO PERÍODOS NEBULOSOS: A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA COM CRIANÇA SÍNDROME DE DOWN	<u>Michelle Darezzi Rodrigues</u> <u>Nunes Giselle Dupas</u>
	13:15 – 13:25	O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO RECURSO PARA O ALÍVIO DA DOR EM CRIANÇAS SUBMETIDAS À PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: O QUE DIZ A EQUIPE DE ENFERMAGEM?	<u>Keila Barbosa Souza</u> Luciano Marques dos Santos Rafaela Celany de Souza Lacerda Geisa de Oliveira França
	13:30 – 13:40	O SIGNIFICADO DA INCORPORAÇÃO DO ULTRA-SOM COMO GUIA DA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM CRIANÇAS PARA A ENFERMEIRA PEDIATRA	<u>Mariana Cristina Kabakura Amaral de Lima</u> Myriam Aparecida Mandetta Pettengill
	13:45 – 13:55	VIVENCIANDO O MUNDO DE PROCEDIMENTOS E PREOCUPAÇÕES: EXPERIÊNCIA DA CRIANÇA COM CANCER PORTADORA DE PORTOCATH EXPRESSA EM SUA BRINCADEIRA	Rosa Maria Coutinho Vanessa Silva Souza Talita Ferreira De Araujo <u>Circea Amalia Ribeiro</u>
	14:00 – 14:10	O CONTATO PELE A PELE IMEDIATO AO NASCIMENTO A REATIVIDADE A DOR DOS RN DURANTE A VACINA CONTRA HEPATITE B	Raquel Bosquim Zavanella Vivancos Carmen Gracinda Silvan Scochi Claudia Bendita Dos Santos <u>Adriana Moraes Leite</u>
	14:15 – 14:25	NÍVEIS DE RUÍDO DE INCUBADORAS EM SITUAÇÕES EXPERIMENTAIS DE MANEJO: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO EM UNIDADES NEONATAIS	Andreza Monforte Miranda Carmen Gracinda Silvan Scochi Claudia Benedita dos Santos <u>Adriana Moraes Leite</u>
	14:30 – 14:40	O PRIMEIRO CONTATO ENTRE MÃE E BEBÊ, CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL E AMAMENTAÇÃO PRECOCE NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	<u>Calvette, M.F.</u> Koettker, J.G. Collaço, V.S. Silca, J.

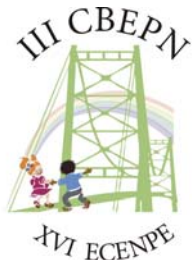


**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

	14:45 – 14:55	DESVELANDO O SONO DO NEONATO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	Edilene Alves De Oliveira Evani Cardoso Da Silva Luciane Silva Rosa <u>Maria Das Graças Barreto Da Silva</u>
Sala Aroeira (após cada apresentação terá 5 min. de discussão)	13:00 – 13:10	O CUIDADO REALIZADO PELA MÃE DE RECÉM-NASCIDO DE RISCO EM AMBIENTE DOMICILIAR	<u>Alexandra de Souza</u> Vanessa Kátia Vargas Luciane Favero Kátia Renata Antunes Kochla
	13:15 – 13:25	REDES SOCIAIS DE APOIO À PATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA EM JOÃO PESSOA- PB	Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro <u>Neusa Collet</u> Sonia Maria Könzgen Meincke Telma Elisa Carraro
	13:30 – 13:40	REDES DE APOIO DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE	<u>Bárbara Andres</u> Eliane Tatsch Neves
	13:45 – 13:55	PARALISIA CEREBRAL: O SIGNIFICADO E AS IMPLICAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR SOB A VISÃO MATERNA	<u>Tatiane Vegette Pinto</u> Marta de Souza Pereira Joelma Ferreira de Oliveira Montanari
	14:00 – 14:10	SISTEMA DE INFORMAÇÃO: MONITORAMENTO DO CUIDADO EM CRECHE	Damaris G Maranhão <u>Débora RS Clemente</u> Fabiana SRCoimbra Maura Jardim
	14:15 – 14:25	OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SUAS CONCEPÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE	<u>Cristina Brandt Nunes</u> Cynthia Andersen Sarti Conceição Vieira da Silva Ohara
	14:30 – 14:40	ELABORAÇÃO DE UM CD-ROM PARA ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O ACOLHIMENTO PAI-MÃE-BEBÊ NO ALOJAMENTO CONJUNTO	<u>Flavia de Oliveira Molina</u> Marialda Moreira Christoffel Thamilla Lorn
	14:45 – 14:55	TRAÇANDO REDES DE APOIO: UM NOVO OLHAR SOB A PATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA	<u>Pâmela Leites de Souza</u> Sônia Maria Conzgen Meincke Maria Emília Nunes Bueno Marilu Correa Soares

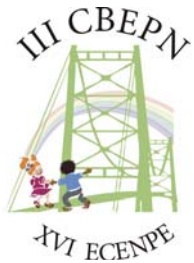
08/10/2009 – 13:30 as 14:30

Sala Goiabeira (após cada apresentação terá 5 min. de discussão)	13:30 – 13:40	CONSULTA DE ENFERMAGEM AO BINÔMIO MÃE E FILHO NO PERÍODO PUERPERAL: PERFIL DOS ATENDIMENTOS	<u>Débora de Miranda Barros</u> , Débora Guedelha Blasil, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
	13:45 – 13:55	A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DA ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE COLETA DOS TESTES PARA O PROGRAMA DE TRIAGEM	<u>Pâmela Silva George</u> Luis Antônio Bastos Camacho Judy Botler



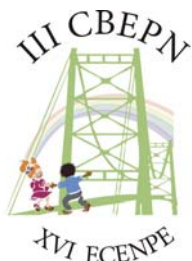
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Sala Goiabeira (após cada apresentação terá 5 min. de discussão)	14:00 – 14:10	NEONATAL CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DO PICC EM NEONATOS: A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS	Cristiane Godoy <u>Lenir Cauduro</u>
	14:15 – 14:25	ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NO NASCIMENTO: A CAMINHO DA HUMANIZAÇÃO	Laura Fabiane de Oliveira Patrício Maria Aparecida Munhoz Gaíva <u>Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes</u>
Sala Pitangueira (após cada apresentação terá 5 min. de discussão)	13:30 – 13:40	PRÁTICAS COTIDIANAS DAS MÃES COM RECÉM-NASCIDOS COM ICTERÍCIA FISIOLÓGICA	<u>Jaqueline Carneiro Aguiar Cortez</u> Jane Nascimento Pereira Luis Renato Sabino Lucileide Oliveira Batista
	13:45 – 13:55	A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA UTI NEONATAL: ENTRE O IDEAL, O REAL E O POSSÍVEL	<u>Liciane Langona Montanholi</u> Miriam Aparecida Barbosa Merighi Maria Cristina Pinto de Jesus
	14:00 – 14:10	ENCONTROS ENTRE PAIS DE BEBÊS PRÉ-TERMOS COMO ASPECTO PROMOTOR DA FORMAÇÃO DO APEGO	<u>Gisele Perin Guimarães</u> Marisa Monticelli
	14:15 – 14:25	A DOR DO RECÉM-NASCIDO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E A UTILIZAÇÃO DE MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA SEU ALÍVIO	Anna Karina de Matos Deslandes Cristiane Rodrigues da Rocha <u>Daniele Marins</u>
Sala Laranja (após cada apresentação terá 5 min. de discussão)	13:30 – 13:40	HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL E A GERÊNCIA DO CUIDADO: UMA CONCEPÇÃO DAS CRIANÇAS E DOS ENFERMEIROS DA UNIDADE PEDIÁTRICA	Bárbara Pompeu Cristhovam <u>Daniele da F. Marins</u> Marcia Isabel Gentil Diniz
	13:45 – 13:55	DIABETES MELLITUS: ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA PACIENTES E CUIDADORES DA CLÍNICA PEDIÁTRICA DO HU – USP	Alice Hatsue Futai dos Santos Fátima Aparecida dos Santos Andrea de Oliveira Rodrigues <u>Karin Emilia Rogenski</u>
	14:00 – 14:10	AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR NA CRIANÇA: INTERPRETAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	<u>Déborá Guedelha Blasi</u> Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla Rosângela Ap ^a Pimenta Ferrari
	14:15 – 14:25	BRINCANDO COM AS FRUTAS: CONVERSANDO SOBRE A ALIMENTAÇÃO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL	Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza <u>Isabela Zeni Coelho</u> Gabriela Ricken Warmling Thaise Honorato
Sala Aroeira (após cada apresentação terá 5 min. de discussão)	13:30 – 13:40	CARACTERIZAÇÃO DAS EGRESSAS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: ESTUDO EXPLORATÓRIO (2002-2007)	<u>Jakcilane Rosendo de Gois</u> <u>Neuza Santos de Jesus</u> Isabel Cristina dos Santos Oliveira
	13:45 – 13:55	PERFIL DAS ENFERMEIRAS/ALUNAS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA DE UMA ESCOLA DE ENFERMAGEM PÚBLICA DO RIO DE	<u>Fernanda Martins Castro</u> Michelle Ribeiro Nicolau Isabel Cristina dos Santos Oliveira



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Sala Aroeira (após cada apresentação terá 5 min. de discussão)	14:00 – 14:10	JANEIRO (1996-2008) MANEJO DA DOR DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: VISÃO DA FAMÍLIA	<u>Larissa Domingas Grispan e Silva</u> Mauren Teresa Grubisch Mendes Tacla
	14:15 – 14:25	ANÁLISE DA PRÁTICA DE IDENTIFICAÇÃO DA DOR NO RECÉM – NASCIDO PREMATURO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL DA BAHIA	Ludymila Cerqueira Brandão Luciano Marques dos Santos Monick Pinton Pereira <u>Neuza Santos de Jesus</u>

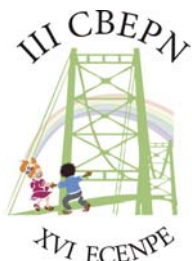


**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Sessão Pôster

06/10/2009 – 13:00 as 18:00

Nr.	Trabalhos	Autores
1.	A SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO NEONATO	<u>Viviane Aparecida Braga</u> Samira Rodrigues Santos Wederson Leandro Marin Carina Rocha Silva
2.	UTILIZAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE RISCO PARA AVALIAR RISCO DE QUEDA DURANTE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	<u>Rosa Inês Etchichury Rolim</u>
3.	CONTAGEM DE MICROORGANISMOS AERÓBICOS MESÓFILOS TOTAIS EM AMOSTRAS DE BRINQUEDOS MANIPULADOS POR CRIANÇAS USUÁRIAS DE CRECHE	Fabiana Rosa Correa Damairs Gomes Maranhão
4.	A EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DAS REAÇÕES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS NA UNIDADE PEDIÁTRICA	Tathiana Silva de Souza Martins <u>Luciana Rodrigues Silva</u> <u>Zenith Rosa Silvino</u>
5.	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO	Aspásia Basile Gesteira Souza <u>Valmira de Sena Lopes</u>
6.	A VIOLÊNCIA NA ÓPTICA DOS ADOLESCENTES DE ENSINO MÉDIO DO MUNICÍPIO DE ALFENAS – MG : ASPECTOS ESCOLARES	<u>Vivian Pereira de Paulo</u> Lana Ermelinda da Silva dos Santos
7.	SEGURANÇA E PROTEÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Thiago Silva <u>William Wegner</u>
8.	FATORES QUE INTERFEREM NO USO DO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) NAS UTI NEONATAIS DE CUIABÁ – MT	Diego L. Proença Campos Welton Martins Ribeiro <u>Rosemeiry Capriata de Souza</u> <u>Azevedo</u> Maria Aparecida Munhoz Gaíva
9.	ERRO DE MEDICAÇÃO SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES PEDIÁTRICAS	Ildete de Olinda Machado Adriana Carla Negri <u>Marisa Rufino Ferreira Luizari</u> Sandra Maria Valle Leone Oliveira
10	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: CONTRIBUIÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	<u>Monique Ramos Rodrigues e</u> <u>Benevides</u> Ivone Evangelista Cabral
11.	RELAÇÃO ENTRE BAIXO PESO AO NASCER E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UMA REVISÃO	<u>Andréa Moreira Arrué</u> Laura Ferreira Cortes Thaise da Rocha Ferraz Eliane Tatsch Neves
12.	A DETECÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA PELAS EQUIPES DE PSF DO MUNICÍPIO DE ALFENAS/MG	<u>Vivian Pereira de Paulo</u> Christian Thales Pereira de Andrade Lana Ermelinda da Silva dos Santos
13.	DOR EM CRIANÇAS: DADOS PRELIMINARES DOS CONHECIMENTOS E CRENÇAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	<u>Débora de Miranda Barros</u> Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla



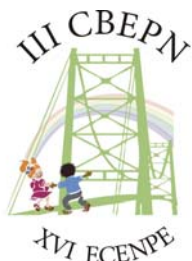
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
14.	TRANSFORMANDO O AMBIENTE DE CUIDADO PARA ENFRENTAR O SOFRIMENTO: O SIGNIFICADO QUE TEM PARA OS PAIS LEVAREM BRINQUEDO AO FILHO NA UTI NEONATAL	<u>Tatiana Villaça Cassador</u> Circéa Amália Ribeiro Conceição Vieira da Silva Ohara Regina Issuzu H. Borba
15.	CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: ESTADO DO CONHECIMENTO NO BRASIL	<u>Andréia Cascaes Cruz</u> Patrícia Stella Sampaio Simone Isidoro Prado Margareth Angelo
16.	MANUAL ILUSTRATIVO: CUIDANDO DA CRIANÇA CARDIOPATA CONGENITAL NO DOMICÍLIO	Ana Cristina Porto ORmundo Ana Paula Araújo Bezerra <u>Ana Paula Dias França</u> <u>Guareschi</u>
17.	VIOLÊNCIA ENTRE PARES (BULLYING) NA CRIANÇA COM LESÃO CORPORAL POR QUEIMADURA: AS IMPLICAÇÕES NO CUIDAR PELO ENFERMEIRO PEDIATRA	<u>Regina Célia Maranhão</u>
18.	O CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE EM UMA REABILITAÇÃO	<u>Joelma Maria da Silva Pinto</u> Ivone Evangelista Cabral
19.	VARIACAO DO CORTISOL SALIVAR DO PREMATURO DURANTE A PUNCAO DE CALCANEIO EM POSICAO CANGURU	Thaíla Corrêa Castral Mariana Firmino Daré <u>Laiane Medeiros Sonir</u> Roberto Antonini Ribeiro Carmen Gracinda Silvan Scochi
20.	CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE TRABALHADORES DE UMA CRECHE ACERCA DO ALEITAMENTO MATERNO	<u>Aline Maciel Richetto</u> Maria de La Ó Ramallo Veríssimo
21.	RESILIÊNCIA EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA: EVIDÊNCIAS NA LITERATURA	<u>Maria Angélica Marcheti</u> <u>Barbosa</u> Myriam A. Mandetta Pettengill
22.	O CUIDAR DA FAMÍLIA DO ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA MENTAL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	<u>Maria Angélica Marcheti</u> <u>Barbosa</u> Myriam A. Mandetta Pettengill
23.	CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS E ADOLESCENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO: UMA EXTENSÃO UNIVERISTÁRIA	<u>Karina Machado Siqueira</u> Isabela Cristine Ferreira Fernandes Wilzianne Silva Ramalho Ana Karina Marques Salge
24.	A COMPREENSÃO DO LÚDICO PARA OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	<u>Caroline Rech Lenir Severo</u> Cauduro
25.	DIABETES MELLITUS 1: EVIDÊNCIAS DA LITERATURA PARA SEU ADEQUADO MANEJO, NA PERSPECTIVA DE CRIANÇAS	<u>Mariana Junco Amaral</u> Valéria de Cássia Sparapani Luciana Mara Monti Fonseca Lucila Castanheira
26.	OS SENTIMENTOS DO ENFERMEIRO DIANTE DA MORTE NA UTI NEONATAL	<u>Bruna dos Reis Martins</u> Luciana Rodrigues da Silva Rosimere Ferreira Santana
27.	O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO PREPARO DA CRIANÇA PARA A COLETA DE SANGUE: PROPOSTA DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA OS PAIS	<u>Caroline Monteiro Conceição</u> Circéa Amália Ribeiro Regina Issuzu Hirooka de Borba Paula Rosenberg de Andrade



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

28.	O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO PREPARO DA CRIANÇA PARA PUNÇÃO VENOSA: O SIGNIFICADO PARA OS PAIS	<u>Caroline Monteiro Conceição</u> Circéa Amalia Ribeiro Regina Issuzu Hirooka de Borba Paula Rosenberg de Andrade
29.	SER-ADOLESCENDO QUE TEM AIDS: COTIDIANO E POSSIBILIDADES DE CUIDADO DE SI	<u>Cristiane Cardoso de Paula</u> Ivone Evangelista Cabral Ivis Emília de Oliveira Souza
30.	PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS DE 0 A 1 ANO DE IDADE EM UMA OPERADORA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SÃO PAULO	<u>MJCS Harada</u> IN Komukai ER Buosi ASG Levatte LASSB Miranda
31.	A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE QUALIDADE	<u>Sandra Mara R. Fontes</u>
32.	INFORMAÇÕES SOBRE FISSURA LABIOPALATAL EM ESPAÇOS VIRTUAIS: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM	<u>Monique Abreu Silvino</u> Ivone Evangelista Cabral
33.	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA ONCOLÓGICA GRAVE PORTADORA DO VÍRUS INFLUENZA A	<u>Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira</u> Jorge Leandro do Souto Monteiro Bernardo Augusto Calaça da Mata Erlane Aparecida Mantesco Pereira
34.	INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL EM ESCOLAS REGULARES – COMO TORNAR ISSO POSSÍVEL?	<u>Kelly Cristina Suzue Iamaguchi</u> <u>Luz</u> Caroline Escobar Tatiana Zamarella Janete Lane Amadei
35.	PRÁTICAS COMPLEMENTARES E ALTERNATIVAS UTILIZADAS POR FAMILIARES NO CUIDADO DE CRIANÇAS COM CÂNCER	<u>Maria Fernanda Vasques Esteves</u> Tabatha de Freitas Moreira Santos Lucila Castanheira Nascimento
36.	INTEGRANDO O PREMATURO NO CONTEXTO FAMILIAR: REVISÃO DA LITERATURA	<u>Natalia Custodio</u> Monika Wernet Francine Ramos Barbos
37.	SÓCIOEDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA CIDADANIA DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI: COMO A ENFERMAGEM PODE CONTRIBUIR?	Andréia Couto Luiz Antônio Fernandes Filho <u>Neila Santini de Souza</u> Vilma Fioravante dos Santos
38.	RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA: ATUAÇÃO NOS DIFERENTES CENÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE.	<u>Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari</u> Mauren Teresa G. Mendes Tacla Márcia Maria Benevenuto de Oliveira Maura Veronezi
39.	A UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO DRAMÁTICO E DO ECOMAPA POR ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Nelice Canhoto Gonçalves Rosania Pereira Lima <u>Tatiana Villaça Cassador</u> Júlia Peres Pinto



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

40.	PERCEPÇÕES DOS PAIS DE PREMATUROS INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM.	<u>Fernanda Tessari de Mello</u> Kayna Trombini Schmidt Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza Edilaine Giovanini Rosseto
41.	A CRIANÇA COM ESTOMA INTESTINAL E SUA FAMÍLIA: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	<u>Jane Cristina Anders</u> Débora Poletto Mariana Itamaro Gonçalves Marina Trevisan de Toledo Barros
42.	TRANSPOSIÇÃO GÁSTRICA EM CRIANÇAS: PECULIARIDADES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO	<u>Suzy Groeger Lapa</u> Márcia Barbosa de Paiva
43.	BANHO HUMANIZADO DO RECÉM NASCIDO SEGUNDO TÉCNICA JAPONESA	Carla Senna <u>Tatiana Kammers</u> Vânia Sorgatto Collaço
44.	O ALEITAMENTO MATERNO APÓS A MAMOPLASTIA REDUTORA	<u>Bianca Knevitcz Costa</u> Aline Goulart Kruel Michele Fernandes Andrade Silva Maria da Graça Corso da Motta
45.	INTEGRALIZANDO SABERES E ATITUDES EM BUSCA DO RESTABELECIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA, ADOLESCENTE E SEUS FAMILIARES NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	Adriana da Silva Ferraz Gisele Perin Guimarães Laura C.da S. Lisboa de Souza <u>Micheline de Fátima da Silva</u>
46.	COMPREENDENDO A EVOLUÇÃO DA SESSÃO DE BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO CONTEXTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL À CRIANÇA	<u>Vera Lucia Alves dos Santos</u> Circea Amália Ribeiro Fabiane de Almeida Amorim Regina Issuzu Hirooka de Borba
47.	A UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO INSTRUCIONAL PARA PUNÇÃO DE PORTH CATH - RELATO DE EXPERIÊNCIA	<u>Flávia de Cássia José Russo</u> Renata Pereira
48.	HUMANIZAÇÃO LUDICA: SATISFAÇÃO DO BINÔMIO CRIANÇA-FAMÍLIA NA PEDIATRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	Ana Cristina da Silva Soares Lira Cassilda Dantas da Rocha Sebastião Daniela Ribeiro Linhares Maria Ariane da Silva Messias
49.	RECÉM NASCIDO EM TRATAMENTO DE FOTOTERAPIA: AVALIANDO O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	<u>Jaqueline Carneiro Aguiar</u> <u>Cortez</u> Amanda dos Santos Gonçalves Susan Garcia Rego
50.	UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE O CÂNCER INFANTIL: BASES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	<u>Débora Fernanda Vicentini dos Santos</u> Aline Ribeiro Massarico Elza de Fátima Ribeiro Higa Thailly Faria da Costa
51.	FATORES PREDISPONETES PARA O SUBTRATAMENTO DA DOR NEONATAL	<u>Maria Cristina Pauli da Rocha</u> Lisabelle Mariano Rossato Cláudia Ebner Regina Szylyt Bouso
52.	SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR MÃES DE RECÉM-	<u>Ádila da Silva Fiúza</u>



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

	NASCIDOS SUBMETIDOS À FOTOTERAPIA	Maria da Graça Mirante Seixas Pimenta
53.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DO SUL DO BRASIL	<u>Larissa Domingas Grispan e Silva</u> Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
54.	INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA MINIMIZAR A DOR NO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE NEONATAL: REVISÃO DE LITERATURA	<u>Edvânia Kelly Leite da Silva</u> Flávia Simphronio Balbino
55.	ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA: O CONTEXTO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	<u>Jakcilane Rosendo de Gois</u> Isabel Cristina dos Santos Oliveira
56.	MODELOS ASSISTENCIAIS À CRIANÇA HOSPITALIZADA: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA	<u>Isabel Cristina dos Santos Oliveira</u>
57.	BAIXO PESO AO NASCER E SUA RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS MATERNAS EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	<u>Jucilene Soares Lodi</u> Mariângela Abate de Lara Alice Deutch
58.	PRÁTICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM A UMA CRIANÇA COM INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE SECUNDÁRIA A POLIQUIMIOTERAPIA PARA HANSENÍASE	<u>Luciana de Lione Melo</u> Aline Depintor Coelho Ramos de Oliveira Michelle Dias Schneider Siliany de Fátima Jandotti Pesconi
59.	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: UM ESTUDO PROSPECTIVO	<u>Michelle Dias Schneider</u> Aline Depintor Coelho Ramos de Oliveira Siliany de Fátima Jandotti Pesconi Luciana de Lione Melo
60.	CARDIOPATIA COMPLEXA: CONTRIBUIÇÕES PARA A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA	<u>Joana D'arc Nazareth Gallup1</u> Neuza Maria Corrêa Paula
61.	ELABORAÇÃO DE UM VÍDEO PARA EDUCAÇÃO E ORIENTAÇÃO EM SAÚDE PARA OS ACOMPANHANTES DE UM ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIÁTRICO	<u>Márcia Manique Barreto Crivelatti</u> Lorena Gemelli Denise Costa Dias Michelli Locks
62.	A CRIANÇA COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA AGUDA: PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	<u>Aline Depintor Ramos de Oliveira</u> Silany de Fátima Jandotti Pesconi Michelle Dias Schneider Luciana de Lione Melo
63.	CONSULTA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM MIELOMENINGOCELE: UMA NOVA PROPOSTA	<u>Rosa Maria Oliveira da Conceição</u> Grace Ferreira de Araujo
64.	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO	Táisa Guimarães de Souza Maria Aparecida Munhoz Gaíva <u>Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes</u>
65.	QUIMIOTERAPIA: EXPERIÊNCIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER	<u>Elizelaine de Chico Cicogna</u> Regina Aparecida Garcia de Lima
66.	UTILIZANDO A TÉCNICA DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO	<u>Alan Santos Bonfim</u>



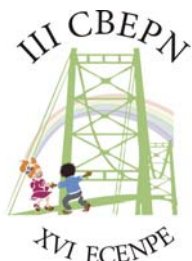
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

	NO CUIDADO À CRIANÇA COM NECESSIDADE DE VENOPUNÇÃO PERIFÉRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	Luciano Marques dos Santos Livia Valverde Rafaela Celany de Souza Lacerda
67.	A ABORDAGEM DOS MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	Alessandra da Silva Conceição <u>Érica Nascimento Meneses de Andrade</u> Cássia Regina Cabral de Moraes
68.	A ENFERMAGEM E A FAMÍLIA NA UTIP: UMA ALIANÇA DESAFIANTE	<u>Soraya Bactuli Cardoso</u> Isabel Cristina dos Santos Oliveira Tania Vignuda de Souza
69.	A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À PERMANÊNCIA DOS PAIS NA UTI NEONATAL	<u>Grasiely Masotti Scalabrin Barreto</u> Marivone Verlim Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Silvana Delatore
70.	GLOMERULONEFRITE AGUDA PÓS - ESTREPTOCÓCICA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA	<u>Beatriz Lopes Silva</u> Aline Schütz Balistieri Daniele Marins
71.	NEUROFIBROMATOSE INFANTIL – UM ESTUDO DE CASO	<u>Aline Schütz Balistieri</u> Beatriz Lopes Silva Daniele Marins
72.	PREOCUPAÇÕES MATEERNAS EXTERIORIZADAS NA SALA DE PARTO COM RELAÇÃO AO FILHO RECÉM-NASCIDO	<u>Fernanda Espindola Martins</u> Rosiane da Rosa Marisa Monticelli Bruna Liceski Gasperi
73.	O RECONHECIMENTO ENTRE MÃE E FILHO NA SALA DE PARTO: ESTÍMULOS E RESPOSTAS SENSORIAIS	MARTINS, Fernanda Espindola <u>ROSA, Rosiane da</u> <u>MONTICELLI, Marisa</u> <u>GASPERI, Bruna Liceski</u>
74.	A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA CRIANÇA COM ESTENOSE SUBGLÓTICA	<u>Liliane Faria da Silva</u> Valéria Gonçalves da Silva Priscila Vieira França
75.	SER-MÃE DE UM FILHO COM CÂNCER EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA	<u>Karina Machado Siqueira</u> Rafaela Rodrigues de Oliveira Danyella Oliveira Melo Ribeiro Ana Karina Marques Salve
76.	PERFIL DE ESCOLARES INTERNADOS EM UMA UNIDADE SEMI-INTENSIVA DE UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (2003-2008)	<u>Suzy Groeger Lapa</u> Isabel Cristina dos Santos Oliveira
77.	O LÚDICO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇA E SUA FAMÍLIA NO AMBIENTE HOSPITALAR	<u>Bárbara Andres</u> Eliane Tatsch Neves Stela Maris de Mello Padoin Valéria Regina Gais Severo
78.	MONITORIA NA DISCIPLINA ENFERMAGEM NA SAUDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE II: UMA QUESTÃO TECNOLÓGICA E PARTICIPATIVA NO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM	<u>Dayanna Santos de Paula Ferreira</u> Francisca Souza Lopes Luciana Rodrigues Silva Silvia Helena Oliveira da Cunha
79.	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA SOBRE O MÉTODO E SUA IMPORTÂNCIA	<u>Laura Lemos Vilça</u> Daniele Marins Marina Andrade de Castro
80.	ABORDAGEM SOBRE O TESTE DO PEZINHO:	D. F. de Oliveira



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

	DIFICULDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE	C. da S. L. Vinheiras A. L. de S. Braga
81.	A UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPEUTICO NA CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE DOAÇÃO DE SANGUE	<u>Mariana Vulcano Neres</u> Ione Correa
82.	BRINQUEDO TERAPEUTICO NA ASSISTENCIA À CRIANÇA E FAMILIA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES PEDIATRICAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITARIO	<u>Clarissa Somogy de Oliveira</u> Circea Amália Ribeiro Regina Issuzu Hirooka de Borba
83.	PERFIL DO ATENDIMENTO DA CLINICA DE LACTAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLINICAS, LONDRINA, PARANÁ	<u>Bárbara de Andrade Alves</u> Naiara Barros Polita Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari Adriana Estela Pinesso Morais
84.	PERFIL DAS CRIANÇAS INTERNADAS COM DIAGNÓSTICOS CIRURGICOS: O CASO DE UMA UNIDADE INTERMEDIÁRIA PEDIÁTRICA	<u>Auxiliadora Silva de Assis</u> Isabel Cristina dos Santos Oliveira
85.	PERFIL CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CANCER ATENDIDOS EM UM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO	<u>Maria Laura Ferreira de Figueiredo</u> Michele Cristina Miyauti da Silva Regina Aparecida Garcia de Lima
86.	PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR DE CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS NO ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIATRICO DO HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2005 A 2009	<u>Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira</u> Regina Aparecida Garcia de Lima
87.	DIABETES MELITTUS 1: EVIDÊNCIAS DA LITERATURA PARA SEU ADEQUADO MANEJO NA PERSPECTIVA DAS CRIANÇAS	Mariana Junco Amaral <u>Valeria de Cássia Sparapani</u> Luciana Mara Monti Fonseca Lucila Castanheira Nascimento
89.	FAMILIARES, CRIANÇAS E EQUIPE DE ENFERMAGEM: REGIÕES INTERPESSOAIS EM UMA UNIDADE ONCOLÓGICA	<u>Tassiane Ferreira Langendorf</u> Raquel Potter Garcia Stela Maris de Mello Padoin Aline Bin
90.	ANÁLISE DO ENFERMEIRO RELACIONADO A AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇAS DENTRO DE TERAPIA INTENSIVA	<u>Renata Bezerra Zerbinatto</u> Patrícia Regina M. Campilho



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

07/10/2009 – 10:30 as 18:00

Nr.	Trabalhos	Autores
91.	PREPARANDO O ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DE DOCÊNCIA NA DISCIPLINA ENFERMAGEM NO CUIDADO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA NA EXPERIÊNCIA DE DOENÇA	<u>Maria Cristina Pauli da Rocha</u> , Lisabelle Mariano Rossato Maira Deguer Misko Regina Szylyt Bousso
92.	A DISCRIMINAÇÃO COMO VIOLÊNCIA À VIDA DA CRIANÇA SOROPOSITIVA PARA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA)	<u>Ana Carolina de Carvalho Ferreira</u> Rose Mary Rosa Costa Andrade Silva
93.	RITOS E MITOS ACERCA DA DOR NA CRIANÇA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	Aline Verônica de Oliveira Gomes Joice Cristina Pereira Antunes <u>Liziane Barros Linares Machado</u>
94.	PERFIL DAS PUÉRPERAS ADOLESCENTES DE UMA CIDADE DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL: ANÁLISE DOS DADOS PARCIAIS DA PESQUISA	<u>Pâmela Leites de Souza</u> Sonia Maria Könzgen Meincke Niviane Eidan Lara Dinis da Rosa Marques
95.	A MORTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA E SEUS REFLEXOS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	Priscila Graciele Oliveira <u>Tatiany Calegari</u>
96.	VIVÊNCIA DO MÉTODO CRIATIVO-SENSÍVEL: INSTRUMENTALIZAÇÃO PARA PESQUISAR CRIANÇA E ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV/AIDS	<u>Laís Machado Hoscheidt</u> Viviane Marten Milbrath Débora Fernandes Coelho Eva Neri Rubim Pedro
97.	CAPACITAÇÃO DO GRUPO DE PESQUISA PARA REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS: TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV	<u>Aline Goulart Kruehl</u> Bianca Knevitz Costa Fabiola Suris da Silveira Maria da Graça Corso da Motta
98.	TRAJETÓRIA DA VIVÊNCIA DE BOLSISTAS DE PESQUISA NAS ETAPAS DE UM ESTUDO QUANTITATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	<u>Marina Rizza Fontoura</u> Franciele Dal Forno Kinalski Everton Eduardo Dellamora Raubustt Nair Regina Ritter Ribeiro
99.	ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL E CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR DA CRIANÇA QUE VIVE COM HIV/AIDS	Helena Issi Aramita Prates Greff Neiva Isabel Raffo Wachholz <u>Paula Manoela Batista Poletto</u>
100.	SÍNDROME DE DOWN E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM	<u>Michelle Darezzo Rodrigues</u> Nunes Giselle Dupas
101.	RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (CCIP) NO ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIÁTRICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ	<u>Marcielle Cândido</u> Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Marcia Manique Barreto Crivelatti Cláudia Silveira Viera
102.	APLICABILIDADE DO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NA UTI PEDIÁTRICA	<u>Meirilane Lima Precce</u> Robson Denis
103.	FATORES QUE INTERFEREM NO USO DO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (CCIP) NAS UTI NEONATAIS DE CUIABÁ – MT	Diego L. Proença Campos Welton Martins Ribeiro <u>Rosemeiry Capriata de Souza</u>



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		Azevedo Maria Aparecida Munhoz Gaíva
104.	A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO A UMA CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA	<u>Aline Cristiane Cavicchioli</u> <u>Okido</u> Regina Aparecida Garcia Lima
105.	A EXPERIÊNCIA DA CRIANÇA COM O USO DO ULTRA-SOM PARA DIRECIONAR A PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA	<u>Liliane Rodrigues Melo</u> Myriam Aparecida Mandeta Pettengill
106.	MORTALIDADE PÓS-NEONATAL NO BRASIL E REGIÕES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	<u>Rosângela Aparecida Pimenta</u> Ferrari Maria Rita Bertolozzi
107.	PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS QUE USARAM O CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM UMA UTIN DE CUIABÁ-MT	<u>Rosemeiry Capriata de Souza</u> Azevedo Maria Aparecida Munhoz Gaíva Valdelice da Silva Ormond
108.	A LUDOTERAPIA COMO RECURSO NA ABORDAGEM À SAÚDE DE CRIANÇAS COM ESTOMA INTESTINAL	Fabiola Santos Ardigo Marina Trevisan de Toledo Barros Viviane Cruz Perugini Mariana Itamaro Gonçalves <u>Tatiana Martins</u>
109.	O CUIDADO À FAMÍLIA DO RECEM-NASCIDO: USO DA ANÁLISE DE CASOS COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO	<u>Myriam Aparecida Mandetta</u> <u>Pettengill</u> Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro Flávia Simphronio Balbino
110.	O IMPACTO DA TECNOLOGIA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA E CRIANES: LIMITES E POSSIBILIDADES	<u>Daniele Santos da Conceição</u> Liziane Barros Linares Machado Márcia Barbosa de Paiva Ivone Evangelista Cabral
111.	O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO INFANTIL: A PERCEPÇÃO DOS PAIS	Conceição de M. de Albuquerque Mirna Albuquerque Frota <u>Rejane Maria Carvalho</u> LauraTereza Villaça Benevides
112.	CARTILHAS EDUCATIVAS PARA AS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS ESTOMIZADAS (GASTROSTOMIA E COLOSTOMIA) SEGUNDO A PRÁTICA EDUCATIVA FREIREANA	<u>Andréa Rodrigues da Costa</u> <u>Rodrigues</u> Noélia Silva Ladislau Leite Jaqueline Fendler de Amorim
113.	REDE DE COMUNICAÇÃO VIA INTERNET: PROMOVEDO UM CANAL DE EXPRESSÃO E DE INTERAÇÃO PARA CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	<u>Jackeline Félix de Souza</u> Juliana Lima da Silva Rosa Lúcia Rocha Ribeiro Vanessa Ferraz Leite
114.	TECNOLOGIA EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E CIDADANIA DE CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RISCO	Ana Izabel Jatobá de Souza Wanda B.E.Barcellos Tiago Medeiros <u>Talita Padilha Porto</u>
115.	O MANEJO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM RN DE ALTO RISCO ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UMA MATERNIDADE PRIVADA DA CIDADE DE SÃO PAULO	<u>Juliana Dane Pereira</u>
116.	USO DO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DAS ÚLTIMAS SEIS DÉCADAS	<u>Naiara Barros Polita</u> Mitiko Moroóka Rosângela Aparecida Pimenta



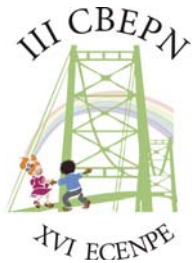
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		Ferrari Mauren Teresa Grubisch Mendes Tacla
117.	PANORAMA DA UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PREIFERICA NA UNIDADE DE CLINICA PEDIATRICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO	Joese Aparecida Carvalho Karin Emilia Rogenski Luciana Silva Rodrigues Santa Isabel <u>Nanci Cristiano Santos</u>
118.	NIVEL DE PRESSÃO SONORA NO INTERIOR DAS INCUBADORAS NA UTI NEONATAL	Tereza Yoshiko Kqhashi Marco Nabuco De Araujo Ruth Guinsburg <u>Eliana Moreira Pinheiro</u>
119.	A UTILIZAÇÃO DE FANTOCHES COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO COM CRIANÇAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 EM PESQUISA QUALITATIVA.	<u>Valéria de Cássia Sparapani</u> <u>Lucila Castanheira Nascimento</u> Luzia Iara Pfeifer Amanda Polin Pereira
120.	O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A PRESENÇA DO FAMILIAR NO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA	Luana Waschmann Kellen Danielski <u>Joslaine Rafaela Menegazo</u>
121.	ADOLESCENTES COM AIDS DE UM HOSPITAL ESCOLA DO SUL DO BRASIL: CONHECER PARA CUIDAR	<u>Aline Cammarano Ribeiro</u> Stela Maris de Mello Padoin Eliane Tatsch Neves Cristiane Cardoso de Paula
122.	PERFIL DAS CRIANÇAS INTERNADAS COM DIAGNÓSTICOS CIRÚRGICOS: O CASO DE UMA UNIDADE INTERMEDIÁRIA PEDIÁTRICA/RIO DE JANEIRO	Isabel Cristina Dos Santos Oliveira <u>Auxiliadora Silva de Assis</u>
123.	O CASO DE UMA PRÉ-ESCOLAR PORTADORA DE MENINGOCOCCEMIA: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	<u>Bruna Santos Ferreira</u> Daniele Santos da Conceição Margarida dos Santos Salú Soraya Bactuli Cardoso
124.	O MONITOR UTILIZANDO RECURSOS ESTRATÉGICOS COMO FACILITADOR DO APRENDIZADO	<u>Bruna dos Reis Martins</u> Daniele Santos da Conceição Margarida dos Santos Salu Soraya Bactuli Cardoso
125.	PERFIL DAS CRIANÇAS INTERNADAS EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS DA CIDADE DE LONDRINA – PARANÁ	<u>Débora Guedelha Blasi</u> Márcia Camuci Elza Hiromi Tokushima Anami Rosângela Ap ^a Pimenta Ferrari
126.	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS PELO ADOLESCENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1	<u>Elaine Buchhorn Cintra Damião</u> Lisabelle Mariano Rossato Letícia Rosa de Oliveira Fabri Vanessa Cristina Dias
127.	IMPLANTAÇÃO DO USO DE PICC EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA.	<u>Eunice Vieira Cavalcante Silva</u> Rosana Ruiz Bichuete Dirce Laplaca Viana
128.	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECEM-NASCIDO COM MIELOMENINGOCELE NO HOSPITAL GERAL EM FEIRA DE SANTANA (ESTUDO DE CASO)	Jociane Moniz de Castro Eliana Souza <u>Aisiane Cedraz Morais</u>
129.	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HIPOCALEMIA FAMILIAR: UM RELATO DE CASO	<u>José Carlos Benfica dos Santos Junior</u> Paula Ferro Almeida Luciana Rodrigues da Silva
130.	O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO UMA CONTRIBUIÇÃO PARA MINIMIZAR OS EFEITOS DA INTERNAÇÃO DA	Dayanna Santos de Paula Ferreira



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

	CRIANÇA HOSPITALIZADA	Francisca Souza Lopes <u>José Carlos Benfica dos Santos Junior</u> Luciana Rodrigues da Silva
131.	O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A PRESENÇA DO FAMILIAR NO ACOMPANHAMENTO À CRIANÇA HOSPITALIZADA	<u>Joslaine Rafaela Menengazzo</u> Luana Waschmann Block Kellin Danielski
132.	HIPOGLICEMIA NEONATAL: ASPECTOS RELACIONADOS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	<u>Lisane Nery Freitas</u> Caroline da Cunha Campos Bianca Knevitcz Costa Maria Luzia Chollopetz da Cunha
133.	COMPREENDENDO O SER-CRIANÇA DURANTE O PÓS-TRANSPLANTE RENAL POR MEIO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO	<u>Luciana de Lione Melo</u> Ana Paula de Brito Lisa Trevizan de Castro
134.	REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA E A REINTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	<u>Luciana de Cássia Nunes Nascimento</u> Shirla Regina Pinheiro Mayara Ana Cunha
135.	A GERÊNCIA DO CUIDADO ATRAVÉS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA – UM ESTUDO QUANTITATIVO	<u>Luciana Rodrigues da Silva</u> Tathiana Silva de Souza Martins Francisca Souza Lopes Raphaela Costa Cabreira
136.	AVALIAÇÃO DO USO DE VÍDEO COMO RECURSO PARA EDUCAÇÃO E ORIENTAÇÃO EM SAÚDE PARA OS ACOMPANHANTES DE UM ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIÁTRICO	<u>Márcia Manique Barreto Crivelatti</u> Cláudia Silveira Vieira Fábia Gracielle da Rocha Marcielle Candido
137.	RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO AO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (CCIP): O ESTADO DA ARTE	<u>Márcia Juliane Patrícia Hertel Rovaris</u> Marisa Monticelli
138.	PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA ACOMPANHANTES NO ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIÁTRICO: ELABORAÇÃO DE CARTILHA INFORMATIVA	Cláudia Silveira Vieira Denise Costa Dias <u>Marcielle Cândido</u> Simone Roecker
139.	APLICAÇÃO DO NURSING ACTIVITIES SCORE EM UTI NEONATAL PARA MENSURAR A CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM	Margarida Luzia Piloni <u>Silvana Delatore</u> Anair Lazzari Nicola
140.	A (RE) ORGANIZAÇÃO FAMILIAR PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA	Tania Vignuda de Souza Damariz Barros de Albuquerque
141.	AÇÕES DE EXTENSÃO: EXPERIÊNCIA COM CRIANÇAS QUE TÊM HIV/AIDS E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES	<u>Tassiane Ferreira Langendorf</u> Maressa Claudia De Marchi Érika Éberlline Pacheco dos Santos Stela Maris de Mello Padoin
142.	FAMILIARES, CRIANÇAS E EQUIPE DE ENFERMAGEM: RELAÇÕES INTERPESSOAIS EM UMA UNIDADE ONCOLÓGICA	<u>Tassiane Ferreira Langendorf</u> Raquel Pötter Garcia Stela Maris de Mello Padoin Aline Bin
143.	CRIANÇAS COM OSTEOGÊNESE IMPERFEITA: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<u>Ana Carolina de Carvalho Ferreira</u> Auxiliadora Silva de Assis Lílian Castro Padela



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		Vânia Lúcia Neves de Sá
144.	REFLEXÃO SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIANTE DA MORTE EM PEDIATRIA	<u>Angélica Teresa Biral</u> Ione Corrêa
145.	RECEM NASCIDO DE BAIXO PESO: NATUREZA E TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA	<u>Caroline Sissy Tronco</u> Stela Maris de Mello Padoin Cristiane Cardoso de Paula
146.	REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS PARA A CRIANÇA E FAMÍLIA PÓS-INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	<u>Circéa Amalia Ribeiro</u> Júlia Pers Pinto Myriam Aparecida Mandetta Pettengill
147.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER EM UMA AMOSTRA DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ NO ANO DE 2008	<u>Débora Fernanda Vicentini dos Santos</u> Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
148.	GRUPO DE CUIDADORES NA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: UM ESPAÇO DIALÓGICO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Bárbara Andres Valéria Regina Gais Severo Stela Maris de Mello Padoin <u>Eliane Tatsch Neves</u>
149.	A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA UTI PEDIÁTRICA AO COMUNICAR A MORTE DA CRIANÇA PARA AS FAMÍLIAS	<u>Fabila Fernanda dos Passos da Rosa</u> Laura Cristina da Silva
150.	A ENFERMAGEM E AS CRIANÇAS COM DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS E SUAS FAMÍLIAS: UMA INTERAÇÃO ESTRATÉGICA	<u>Isabel Cristina dos Santos Oliveira</u> Paula Regina Virginio Moraes de Catrib
151.	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À CRIANÇA GRAVE COM MENINGOCOCCEMIA: UM ESTUDO DE CASO	Ana Carolina de Carvalho Ferreira Angela Magalhães Boia Auxiliadora Silva de Assis <u>Lílian Castro Padela</u>
152.	PRESENÇA DOS PAIS DOS RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: A VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO	<u>Miriam Aparecida Barbosa Merighi</u> Claudete Aparecida Conz Karine Ribeiro Santin Maria Cristina Pinto de Jesus
153.	CONVIVENDO COM A CRIANÇA COM HIDROCEFALIA: EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA	Mariana Bezerra de Andrade Giselle Dupas <u>Monika Wernet</u> Natalia Custodio
154.	HUMANIZAÇÃO NA UCIN: REVISÃO DA LITERATURA DE ENFERMAGEM	<u>Natalia Custodio</u> Monika Wernet Giselle Dupas Mariana Bezerra de Andrade
155.	CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CRIANÇA PORTADORA DE OSTEOPOROSE IDIOPÁTICA JUVENIL	<u>Pâmela Silva George</u> Diane Dias Nascimento Thais Mayerhofer Kubota Luciana Rodrigues da Silva
157.	PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE AS INFORMAÇÕES RECEBIDAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	Vanessa de Souza Freitas Lori Anisia Martins de Aquino <u>Tatiany Calegari</u>
158.	PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO DE CORREÇÃO TOTAL DE TETRALOGIA FALLOT: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CORRELACIONADOS	<u>Viviane Aparecida Braga</u> Wederson Leandro Marin Anaestela Vilha Toledo Morales



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		Marcio Petenusso
159.	PREPARANDO A CRIANÇA PARA A ENDOCOSPIA DIGESTIVA: CONTRIBUIÇÕES DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO	<u>Vivian Costa Fermo</u> Ana Paula Hoch Carolina Cano da Costa Stelle Leandro Vilamil
160.	AS PERCEPÇÕES DE UMA ACADÊMICA NO CUIDADO À CRIANÇA E ADOLESCENTE COM CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	<u>Vivian Costa Fermo</u> Jane Cristina Anders Ana Izabel Jatobá de Souza
161.	O USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA A TRAQUEOSTOMIA E ASPIRAÇÃO TRAQUEAL	<u>Priscila dos Santos Netto Alves</u> Fabiane de Amorim Almeida Nanci Cristiano Santos
162.	CONHECIMENTO SOBRE FEBRE E HIPERTERMIA NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMEIRAS DE UMA CLÍNICA PEDIÁTRICA	<u>Priscila dos Santos Netto Alves</u> Nanci Cristiano Santos
163.	ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES NEONATAIS E AS VIAS DE PARTO EM ADOLESCENTES PRIMÍPARAS	<u>Ana Karina Marques Salge</u> Karina Machado Siqueira Janaína Valadares Guimarães Sara Fernandes Correia da Costa
164.	ASSOCIAÇÃO ENTRE AS INTERCORRÊNCIAS FETAIS/NEONATAIS E ALTERAÇÕES MACROSCÓPICAS PLACENTÁRIAS NAS DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO	<u>Ana Karina Marques Salge</u> Amanda Santos Fernandes Coelho Raphaella Maioni Xavier Karina Machado Siqueira
165.	O PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO E PARTO DE MÃES ADOLESCENTES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	<u>Marina Piazza</u> Silvana Kempfer Telma Elisa Carraro Sônia Meincke
166.	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS COM EPIDERMÓLISE BOLHOSA	<u>Matielo EV</u> Melo A Santos MA dos Lima MJ de Lacerda RO
167.	REDES SOCIAIS DE MÃES ADOLESCENTES NO PUERPÉRIO IMEDIATO EM UM HOSPITAL ESCOLA	<u>Marina Piazza</u> Silvana Kampfer Telma Elisa Carraro Sônia Meincke
168.	UMA CONTRIBUIÇÃO DA TEORIA DO AGIR COMUNICATIVO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA	<u>Dayanna Santos de Paula Ferreira</u> Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva
169.	O PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO A UMA CRIANÇA PORTADORA DE PNEUMONIA COMUNITÁRIA	Deisy Adania Zanoni Everton Falcão de Oliveira <u>Marisa Rufino Ferreira Luizari</u>
170.	PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE DO CURSO DE ENFERMAGEM QUANTO A UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	Aline Torres Coutinho Fabiola Christina De Souza Rosa <u>Fernanda Paula Cerântola Siqueira</u> Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto
171.	SISTEMATIZANDO O CUIDADO DE CRIANÇAS COM AGRAVO RESPIRATÓRIO	<u>Fernanda Paula Cerântola Siqueira</u> Maria das Neves Firmino da Silva



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		Maria Fernanda Caldeira Ribeiro
172.	O ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	<u>Neila Santini de Souza</u> Maira Baquerote Nayara Alano Moraes Suian de Liz Gonzaga dos Santos
173.	REFLEXÕES SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DOS BRINQUEDOS EM UNIDADE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA	<u>Marcela Cristina Candido de Almeida</u> Ione Correa
174.	ALBUM SERIADO COMO PROPOSTA PARA DESNEVOLVER EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	<u>Maria Aparecida do Carmo Dias</u> Kátia Conceição Morita de Carvalho Mary Ane Caliente Pinto Correa Hellen Crespo Prete
175.	PERFIL EPIDEMIOLOGICO DAS CRIANÇAS DO PROJETO VIVA LEITE COM ENFOQUE NA OBESIDADE INFANTIL	<u>Maria Aparecida do Carmo Dias</u> Lais Ferrari Chagas Mônica menezes Severiano Elias Martinez Mota
176.	VIOLÊNCIA INFANTO JUVENIL NA ÓTICA DA LEGISLAÇÃO, GESTORES DE SAÚDE E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	<u>Angélica Thomazine Malman</u> Claudia Silveira Viera
177.	AVALIAÇÃO D EUM PROGRAMA DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR UTILIZADO POR CRIANÇAS EGRESSAS DE UNIDADE NEONATAL	<u>Elaine Aparecida Lopes Garcia</u> Maria Aparecida dos Santos Marques Mezzacappa Mônica Aparecida Pessoto Flavia de Souza Barbosa Dias
178.	PUNÇÃO ARTERIAL PARA MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INVASIVA COMO ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO: A COMPLEXIDADE SOB UMA NOVA ÓTICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	<u>Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira</u> Jorge Leandro do Souto Monteiro Márcia Barbosa de Paiva
179.	CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NEONATAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	<u>Sonia Maria Carneiro de Morais Franco</u> Miriam A. Chiquetto Mainarte Kátia Conceição Morita de Carvalho Nathali Aoyagi
180.	CAUSAS DE MORBIDADE HOSPITALAR E MORTALIDADE DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2002 A 2006.	<u>Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira</u> Claudia Silveira Viera Neusa Collet Regina Aparecida Garcia de Lima
181.	POPULAÇÃO INFANTOJUENIL VÍTIMA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO: PERFIL DA CIDADE DE CASCAVEL, PARANÁ	<u>Ana Cristina Geiss</u> Claudia Silveira Viera Deborah Sandra Leal Guimarães Schneider Franciele Foschiera Camboin
182.	ADEQUAÇÃO DE TAXONOMIAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM CONSULTAS DE ENFERMAGEM DE PUERICULTURA	<u>Thais Savini Luciano</u> Eliana Campos Leite Saporoli
183.	ORIENTAÇÕES DEENFERMAGEM PAR AO SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO: ELABORAÇÃO DE UM ALBUM SERIADO	<u>Vera Lucia Fugita dos Santos</u> Sonia Maria Carneiro d eMorais

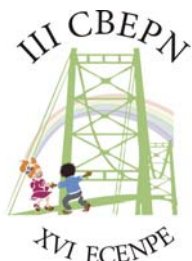


**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		Franco Renata Gonçalves Olmedo Vivian Souza Okimoto
184.	CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE DOS NEONATOS INTERNADOS EM DOIS HOSPITAIS DE TERAPIA INTENSIVA DO SUS SEGUNDO SUAS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO. RIO DE JANEIRO, 2000-2003	<u>Mariana Kelly de Almeida</u> Ivone Evangelista cabral Juliana Rezende de Montenegro Medeiros de Moraes Joelma Maria da Silva Pinto
185.	SENDO MÃE DE UMA CRIANÇA COM DOENÇA FALCIFORME	<u>Carmen Cunha Melo Rodrigues</u> Luciana de Lione Melo
186.	LIMITES E FORÇAS NO QUOTIDIANO DA CUIDADO À CRIANÇA PREMATURA EM DOMICILIO: UM OLHAR DA ENFERMAGEM	<u>Sonia Lorena Soeiro Argollo Fernandes</u> Andréa Broch Squeira Lusquinhos Lessa Lívia Pinheiro Pereira Thaise Caroline Rocha Silva
187.	SIGNIFICANDO O CUIDADO À CRIANÇA PREMATURA EM DOMICILIO: ENCONTRO DA ENFERMAGEM COM AS FAMILIAS CUIDADORAS EM SEU QUOTIDIANO	<u>Sonia Lorena Soeiro Argollo Fernandes</u> Sabiny Pedreira Ribeiro Tiago Freire Rodrigues Alana Mayara Cerqueira Santos
188.	PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CANCER ATENDIDOS EM UM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO	<u>Maria Laura Ferreira de Figueiredo</u> Michele Cristina Miyauti da Silva Regina Aparecida Garcia de Lima
189.	IMPLANTAÇÃO DO USO DE PICC EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	<u>Eunice Vieira Cavalcante Silva</u> Rosana Ruiz Bichuete Dirce Laplaca Viana

08/0/2009 – 08:00 as 18:00

Nr.	Trabalhos	Autores
190.	ALGUMAS NECESSIDADES HUMANAS FISIOLÓGICAS EM DESEQUILÍBRIO NO RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO À FOTOTERAPIA	<u>Luciana de Cássia Nunes Nascimento</u> Marta Regina Souza González Oliveira
191.	AVALIAÇÃO DE MIGRAÇÃO DE PONTA DO CATETER PICC COM RADIOGRAFIA TORÁCICA EM RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO	Carolina Felipe Pinheiro <u>Patrícia Pomce de Camargo</u> Priscila Costa Amélia Fumiko Kimura
192.	CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE DOS NEONATOS INTERNADOS EM DOIS HOSPITAIS DE TERAPIA INTENSIVA DO SUS SEGUNDO SUAS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO. RIO DE JANEIRO, 2000-2003	Mariana Kelly de Almeida Ivone Evangelista Cabral Juliana Rezende de Montenegro Medeiros de Moraes Joelma Maria da Silva Pinto
193.	CONSIDERAÇÕES SOBRE A DOR NA CRIANÇA HOSPITALIZADA: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM	<u>Andréa Moreira Arrué</u> Márcia Gabriela Rodrigues de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		Lima Daniele Trindade Vieira Eliane Tatsch Neves
194.	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA APROXIMAÇÃO ENTRE A MÃE ACOMPANHANTE E CRIANÇA EM VENTILAÇÃO MECÂNICA	Lara Pitombo Cristo Lisandra Santana Oliveira Reis Luciano Marques dos Santos <u>Taisa Pereira Cruz Costa Silva</u>
195.	DE FRENTE PARA O DESCONHECIDO: O SER ADOLESCENTE HOSPITALIZADO COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS	<u>Lilian Castro Padela</u> Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos
196.	UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	<u>Eunice Vieira Cavalcante Silva.</u> Patricia Vendramim
197.	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE CORREÇÃO DE TRUNCUS ARTERIOSUS	Andrea Martins da Silva Janise Dornellas Assunção <u>Karla Valéria P. T. Da Silva</u> <u>Arcoverde</u>
198.	IMPACTOS DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS SOBRE A MÃE ACOMPANHANTE	Verônica Mascarenhas Oliveira <u>Manuela Vanderlei</u> <u>Mascarenhas</u> Luciano Marques dos Santos Uliana Catapano
199.	INDICADORES ADOTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA FREQUÊNCIA DA CRIANÇA A BRINQUEDOTECA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR DA BAHIA	<u>Celeste da Silva Carneiro</u> Emmanuele Laurele Oliveira Ribeiro Luciano Marques dos Santos Meire Mércia Almeida da Silva
200.	INTERVENÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO	Luciano Marques dos Santos Isabelle Santos Ribeiro <u>Neuza Santos de Jesus</u> Samantha Souza da Costa Pereira
201.	LESÕES DE PELE EM PREMATUROS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR DA BAHIA	Andreia Luiza Leite de Oliveira <u>Luciano Marques dos Santos</u> Cintia Lorena Souza Silva Vanessa Souza Oliveira
202.	O MÉTODO MÃE CANGURU: ASPECTOS DE ESTUDOS DE ENFERMEIRAS BRASILEIRAS	Daniela de Medeiros Lopes Luciano Marques dos Santos <u>Priscila Tavares Carneiro Silva</u> Taisa Pereira Cruz Costa Silva
203.	O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EM CUIDADOS INTENSIVOS: UM ENFOQUE MATERNO	Carine Barreto da Costa Daniela de Medeiros Lopes Luciano Marques dos Santos <u>Taisa Pereira Cruz Costa Silva</u>
204.	PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE O CONTATO PELE A PELE COM O RECÉM-NASCIDO NO PÓS-PARTO IMEDIATO	Áurea Ângela Salles Amorim Daniela de Medeiros Lopes Luciano Marques dos Santos <u>Morgana Pereira Carvalho</u>
205.	RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO MÉTODO MÃE CANGURU NO CUIDADO AO NEONATO PREMATURO NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA	Thyale Bacelar <u>Andressa Arapiraca Ferreira</u> Luciano Marques dos Santos Tamilis de Jesus Almeida
206.	MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR DE RECÉM NASCIDOS POR SÍFILIS CONGÊNITA: INDICADOR DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PERINATAL	Stelânia Sales da Silva Yarla Cristine S. Jales Rodrigues



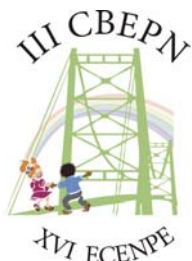
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		<u>Rejane Maria Carvalho de Oliveira</u> Conceição de M. de Albuquerque
207.	CRIANÇA PORTADORA DE DOENÇA CRONICA NA VISÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Janete Giuliane Tavares Kelly Cristina Suzue Iamaguchi Luz
208.	CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE NEONATAL A RESPEITO DAS REPERCUSSÕES DO RUÍDO	Daniela Daniele Maria Magda F. G. Balieiro <u>Flávia Simphronio Balbino</u> Eliana Moreira Pinheiro
209.	INSTRUMENTOS PARA MENSURAR QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS	<u>Maria Fernanda Cabral Kourrouski</u> Maria Carolina Ortiz Whitaker Regina Aparecida Garcia de Lima
210.	PROPOSTA DE UM GUIA DE CONDUTA E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UTIN PARA PREVENÇÃO DO RUÍDO	Eliana Moreira Pinheiro <u>Flávia Simphronio Balbino</u> Bruna Ribeiro dos Santos Marta José Avena
211.	AS TERAPIAS ALTERNATIVAS E A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DOR ONCOLÓGICA	<u>Carla Zimmermann</u> Laura Cristina da Silva Sandra Greice Becker Jussara Gue Martini
212.	A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: O QUE PENSAM AS MÃES ACOMPANHANTES?	Verônica Mascarenhas Oliveira Luciano Marques dos Santos <u>Keila Barbosa de Souza</u> Ana Paula Pereira Farias
213.	A FAMÍLIA FRENTE À PREMATURIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	<u>Carolina Felipe Pinheiro</u> Marcela Alves de Araújo Moreira Fabiane de Amorim Almeida
214.	ACESSO VASCULAR EM NEONATOLOGIA	<u>Grasiely Masotti Scalabrin Barreto</u> Marivone Verlim Beatriz Janete Aracy R. Maziero Francislene Biederman
215.	CUIDAR DE CRIANÇAS E ORIENTAR FAMÍLIAS: AUTOCONFIANÇA DE GRADUANDAS DE ENFERMAGEM	<u>Diane Militão Yamamoto</u> Lívia Bianco Débora Falleiros de Mello
216.	REDUZINDO O NÍVEL DE DEPRESSÃO SONORA DA UTI NEONATAL: AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Daniela Daniele Maria Magda Ferreira Gornes Blaiere Tereza Yoshiko Kakehashi <u>Eliana Moreira Pinheiro</u>
217.	PRODUÇÃO ACADÊMICA DE ENFERMAGEM NA ÁREA DE NEONATOLOGIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDAR NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	Ivis Emilia De Oliveira Souza <u>Cristiane Cardoso De Paula</u>
218.	PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA: CONHECIMENTO DAS MÃES	Sabrina Cardoso Ricciardi Vanessa Rauber Guimarães <u>Liane Einloft</u>
219.	O NASCIMENTO DE CRIANÇAS COM BAIXO PESO: RELAÇÃO COM O PRÉ-NATAL E TIPO DE PARTO	<u>Marli Terezinha Stein Backes</u> Maria Cristina Flores Soares
220.	FUMO MATERNO, FUMO PASSIVO E BAIXO PESO AO	<u>Marli Terezinha Stein Backes</u>



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

	NAScer	Maria Cristina Flores Soares
221.	ALEITAMENTO MATERNO ATÉ OS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA BRASILEIRA	<u>Patrícia Christovão Pereira</u> Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
222.	MOTIVOS DO DESMAME PRECOCE NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA	<u>Patrícia Christovão Pereira</u> Josiane Nunes Maia Rosângela Ap. Pimenta Ferrari
223.	O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DIARREIA	<u>Adalbi Cilonei Souza</u> Astrid Eggert Boehs
224.	A INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS DE VIDA NO RISCO PARA ELEVAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ESCOLARES: SUBSÍDIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE	<u>Amanda de Souza Santos</u> Ivone Evangelista Cabral
225.	SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ	<u>Luciany Aparecida Dias</u> Carla Regina Galego Catarina Izabel Silva
226.	CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS E ADOLESCENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO: UMA EXTENSÃO UNIVERISTÁRIA	<u>Karina Machado Siqueira</u> Isabela Cristine Ferreira Fernandes Wilzianne Silva Ramalho Ana Karina Marques Salge
227.	ALMANAQUE “CUIDANDO DE CRIANÇAS EM USO DE REMÉDIO ANTICONVULSIVANTE”: ALFABETIZAÇÃO CIENTÍFICA MEDIADA POR ESTÓRIAS DE CUIDADORAS	<u>Rosane Cordeiro Burla de Aguiar</u> Ivone Evangelista Cabral
228.	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO BINÔMIO FAMÍLIA-CRIANÇA COM ESTOMA INTESTINAL	<u>Kátia Cilene Godinho Bertoncello</u> Margareth Linhares Martins Valéria Cyrillo Pereira Rode Dilda Machado da Silva
229.	CONTRIBUIÇÃO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NO CUIDADO A CRIANÇA SOB ENFOQUE DA PUERICULTURA	Claudete Demetrio Meurer Shirla Regina Pinheiro
230.	PREVALENCIA DE ALEITAMENTO MATERNO E SEUS DETERMINANTES NO MUNICÍPIO DE LONDRINA – PR NO ANO DE 2008	<u>Michelle T. Migoto</u> Sarah N. D. H. Souza Débora Falleiros de Mello Edilaine G. Rosseto
231.	A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA REPERCUSSÃO NA VIDA DE JOVENS ADOLESCENTES DE PORTO ALEGRE	<u>Jane Knijnik</u>
232.	PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E VISITAÇÃO DE IRMÃOS INTERNADOS NA UTI NEONATAL DO HMIPV	<u>Jane Knijnik</u>
233.	RELATO DE EXPERIÊNCIA: PALESTRA PARA ADOLESCENTES SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL EM ESCOLA	<u>Giovana Elisa Zerbini</u> Lenir Gebert Vânia Maria Figuera Olivo
234.	ASPECTOS DA SAÚDE DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES EM FAMÍLIAS DO CONTEXTO RURAL: REVISÃO DA LITERATURA	<u>Gisele Cristina Manfrini</u> Fernandes Astrid Eggert Boehs
235.	GESTAÇÃO E CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO: MEDOS E ANSIEDADES DAS MÃES	<u>Marcela de Oliveira Demitto</u> Silvana Aparecida Rodrigues Gomes Lisandra M. Berti Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
236.	A ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DAS MÃES	Daniela de Góes Campos <u>Maria Cândida de Carvalho Furtado</u> Débora Falleiros de Mello



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		Andrear de Almeida e Silva206
237.	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO NA ARTICULAÇÃO ENTRE MATERNIDADE E REDE BÁSICA DE SAÚDE	<u>Maria Cândida de Carvalho Furtado</u> Carmen Gracinda Silvan Scochi Débora Falleiros de Mello Márcia Cristina Guerreiro dos Reis
238.	SAÚDE INFANTIL: UMA PRÁTICA QUE COMEÇA INTRA-ÚTERO	<u>Nataly Tsumura Inocencio Soares</u> Marcela de Oliveira Demitto Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari Eliane Botelho Dias
239.	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA CRIANÇA	<u>Nataly Tsumura Inocencio Soares</u> Marcela de Oliveira Demitto Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari Silvana Aparecida Rodrigues Gomes
240.	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ENTRE MÃES NUM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL NO LOCAL DE TRABALHO	<u>Barbara de Andrade Alves</u> Juliana Cursi Ieda Harumi Higarashi Luciana Olga Bercini
241.	O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO FATOR DE RISCO À MORTALIDADE NEONATAL	Graciela Gonsalves Borba Cristiane Cardoso de Paula <u>Eliane Tatsch Neves</u>
242.	O CASO MARIA: A LUZ DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	Carla Lizandra de Lima Ferreira <u>Emanuele Lopes Ambros</u> Hilda Maria Freitas Medeiros Tauana Reinstein de Figueiredo
243.	AS CONDIÇÕES DE VIDA DAS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: DETERMINANTES DA VULNERABILIDADE SOCIAL NA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE	<u>Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes</u> Ivone Evangelista Cabral
244.	ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA MENOR DE DOIS ANOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM	<u>Mariline da Costa Luz</u> Simone Elisabeth Duarte Coutinho
245.	O DESENVOLVIMENTO DOS ADOLESCENTES FRENTE A SUA CULTURA ALIMENTAR E O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	<u>Raquel Pötter Garcia</u> Stefanie Griebeler Oliveira Simone Wunsch Izaura Bica Domingues
246.	AVALIAÇÃO DA MORBIDADE NOS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA NA CIDADE DE MARINGÁ PARANÁ	<u>Vivian Carolina Benetti Jacinto</u> Silvanir Pereira Higino Sandrigo Darci Aparecida Martins Corrêa
247.	MÃE ADOLESCENTE E O USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	<u>Nicole Bonacolsi</u> Silvana Kempfer Sonia Meincke Ariane Thaise Frello
248.	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E ACOMPANHAMENTO PRÉ NATAL	<u>Saionara Nunes de Oliveira</u> Silvana Kempfer Telma Elisa Carraro Sonia Meincke



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

249.	PATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA – PERCEPÇÕES ACERCA DE SUAS REDES DE APOIO	<u>Bárbara Cristina Tavares</u> Silvana Kempfer Ariane Thaise Frello Sônia Meincke
251.	O BRINQUEDO TERAPÊUTICO PERMITINDO O RESGATE DO TRAUMA: UMA VIVÊNCIA NO AMBULATÓRIO DO CENTRO ASSISTENCIAL CRUZ DE MALTA – SP.	<u>Paula Rosenberg de Andrade</u> Circéa Amalia Ribeiro Regina Issuzu Hirooka de Borba
252.	A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DO FILHO PARA A MÃE ADOLESCENTE: MEDOS, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO	<u>Paula Rosenberg de Andrade</u> Circéa Amalia Ribeiro Conceição Vieira da Silva Ohara
253.	A CULTURA DO PARACETAMOL E DAPIRONA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF SOBRE OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DAS MÃES DE CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS	Astrid Eggert Boehs <u>Edilza Maria Ribeiro</u> Márcia Grisotti Pamela Camila Fernandes Rumor
254.	PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM DISTINTOS CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS, SEGUNDO INSTÂNCIAS DE DENÚNCIA E ATENDIMENTO EM FEIRA DE SANTANA/BAHIA - BRASIL E MONTREAL/QUEBEC – CANADÁ	<u>Mariana Rocha da Silva;</u> Maria Conceição Oliveira Costa; Rosely Cabral de Carvalho
255.	ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANÇAS USUÁRIAS DE CRECHE	Eliana Silva Santos <u>Damaris Gomes Maranhão</u>
256.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA	Leandro Feliciano Nery dos Santos Luciano Marques dos Santos <u>Alan Santos Bonfim</u> Manuela Vanderlei Mascarenhas
257.	PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	<u>Naiara Barros Polita</u> Barbara de Andrade Alves Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari Lisandra Mara Berti
258.	O ATENDIMENTO DO RECÉM-NASCIDO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA A PROMOÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL	<u>Andreara de A. e Silva</u> Maria Cândida de C. Furtado Miyeko Hayashida Márcia C. G. Reis
259.	OBESIDADE INFANTO-JUVENIL: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE ITAJUBÁ-MG	Adriana Marques Lopes Débora Maria Soares Corrêa Roberta Areias Silveira <u>Valdinéa Luiz Hertel</u>
261.	A CONTRIBUIÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇA HOSPITALIZADA ATRAVÉS DO BRINQUEDO TERAPEUTICO	Dayanna Santos de Paula Ferreira Francisca Souza <u>José Carlos Benfica dos Santos Júnior</u> Luciana Rodrigues Silva
262.	RELAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS NO AMBULATORIO DO HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO – HUAP	<u>Aline Schütz Balistieri</u> Beatriz Lopes Silva Daniele Marins
263.	A AVALIAÇÃO DOS PAIS SOBRE O AMBIENTE DA UTI NEONATAL DE UM HOSPITAL ESCOLA	<u>Lenir Concatto</u> Raquel Cunha Maria Luzia Zambrano Clarisse
264.	AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE CRESCIMENTO DE	<u>Alberto Dias Santos</u>



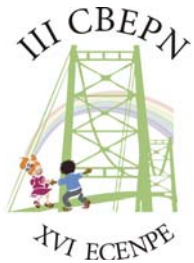
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

	CRIANÇAS ATENDIDAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE UM AMBULATORIO DE PUERICULTURA	Eliana Campos Leite Saporoli
265.	ANÁLISE DAS DISSERTAÇÕES DE MESTRADO EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA DA UNIFESP NO PERÍODO DE 1981 A 2007: ÁREA PREVENTIVA	<u>Conceição Vieira da Silva Ohara</u> Tereza Yoshiko Kakehashi Circea Amália Ribeiro Luciane Yamanaka Inglês
266.	ENSINANDO E APRENDENDO A CUIDAR DE CRIANÇAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	Célia Alves Rozendo <u>Pollyana Campos Lima</u> Cátia Barros Lisboa Anne Laura Costa Ferreira
267.	MANEJO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM RN DE ALTO RISCO ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UMA MATERNIDADE PRIVADA DA CIDADE DE SÃO PAULO	<u>Juliana Dane Pereira</u> Thais Morengue Di Lello Boyamian Ana Paula Casamayor Ferreira Silvana Darcie
268.	O CUIDADO DO ADOLESCENTE COM CANCER: A PERSPECTIVA DO PENSAMENTO COMPLEXO	<u>Maria José Menossi</u> Juliana Cardeal da Costa Zorzo Regina Aparecida Garcia de Lima
269.	A DOR DO RECEM NASCIDO PREMATURO E A RETIRADA DE ADESIVOS: CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	<u>Taisa Rodrigues da Silva</u>
270.	DESVELANDO E RECONHECENDO O CUIDADO HUMANIZADO: PERCEPÇÕES E CONCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	<u>Maiara Rodrigues dos Santos</u> Maira Deguer Misko Regina Szylit Bousso
271.	MORTE DIGNA DE CRIANÇA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	<u>Luise Felix de Souza</u> Maira Deguer Misko Carolliny Rossi de Faria Tchikowa Regina Szylit Bousso
272.	DESCOBRINDO A DIABETES NO UNIVERSO DO BRINQUEDO TERAPEUTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	<u>Renata Pereira</u> Flavia de Cássia Jose Russo
273.	FAMILIARES CUIDADORES DE RECEM NASCIDOS DE ALTO RISCO: DIFICULDADES E FACILIDADES	<u>Caroline Sissy Tronco</u> Cristiane Cardoso de Paula Eliane Tatsch Neves Maria Celeste Landerdahl
274.	DIABETES MELLITUS NA INFANCIA E ADOLESCENCIA: A IMPORTANCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Aline Schütz Balistieri <u>Beatriz Lopes Silva</u> Daniele Marins
275.	CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE VIVENCIARAM O TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA: O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA	Jane Cristina Anders Regina Aparecida Garcia de Lima
276.	MOTIVOS DO DESMAME PRECOCE NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA	<u>Patrícia Christovão Pereira</u> Josiane Nunes Maia Rosângela Ap. Pimenta Ferrari
277.	A MÃE ACOMPANHANTE E O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL NA UNIDADE DE CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA BAHIA	Ana Jamile Alves Pinto <u>Celeste da Silva Carneiro</u> Diego de Andrade Melo Luciano Marques dos Santos
278.	O PRIMEIRO CONTATO ENTRE A MÃE E O BEBÊ E A AMAMENTAÇÃO PRECOCE NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	<u>MF Calvette</u> JG Koettker VS Collaço RA Burigo



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

		IS Feyer
279.	ELABORANDO CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, FATORES RELACIONADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM AS DEMANDAS DA CRIANÇA E SUA FAMÍLIA	<u>Natali Ferreira de Alencar</u> Renata dos Santos Belussi Tatiana Villaça Cassador Júlia Peres Pinto
280.	O VIVIDO DE MÃES-COM-FILHOS-PORTADORES-DE-DOENÇA-ONCOLÓGICA-QUE-FORAM-A-ÓBITO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA	<u>Dayse Mary de Souza Carneiro</u> Ivis Emília de Oliveira Souza
281.	INDICAÇÕES DE REMOÇÃO DO CATETER PICC EM NEONATOS	<u>Carolina Felipe Pinheiro</u> Patrícia Pomce de Camargo Priscila Costa Amélia Fumiko Kimura
282.	CARACTERIZANDO RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À INSERÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA	Geovana Rhoden Estorgato <u>Jéssica Quaresma da Silva</u>
283.	A PRÁTICA DISCENTE NA ENFERMAGEM EM PUERICULTURA	<u>Carla Silva Leite Vinheiras</u> Daniele Silva Marins



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

LANÇAMENTO DE LIVROS



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

INFÂNCIA, A IDADE SAGRADA

Subtítulo: Anos sensíveis em que nascem as virtudes e os vícios humanos

Autora: Evânia Reichert

Editora: Vale do Ser (português) - Edições La Llave (Espanha)

Número de páginas: 336 - brochura

Infância, a Idade Sagrada apresenta uma visão contemporânea e interdisciplinar sobre a prevenção das neuroses na formação do caráter, focalizando cada fase da infância, da gestação à adolescência. A obra foi inspirada em Wilhelm Reich e em sua proposta de cultivo de auto-regulação, respeito biopsicológico e bons vínculos na educação infantil.

Trata-se de um estudo comparado sobre o binômio saúde-educação, que focaliza as fases emocionais e psicossociais, suas potencialidades e crises, a dinâmica marcante da relação adulto-criança, o nascimento humanizado, a educação terceirizada, a falência dos velhos modos hierárquicos de educar e o nascimento de um novo paradigma, a educação heterárquica, sistêmica e humanizada.

Autores como Navarro, Boadella, Winnicott, Erikson, Naranjo, Bion, Maturana, Vygostky e Piaget, entre outros, enriquecem a proposta de educação e prevenção dirigida a pais, cuidadores, educadores, profissionais da saúde ou qualquer pessoa que queira compreender melhor a sua própria infância.

REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA PEDIÁTRICA: uma abordagem multidisciplinar

Organizadoras: Maria Burato Souto, Elizabete Clemente de Lima e Márcia Koja Breijeron

Editora: Artmed

Ano de publicação: 2008

Este livro é resultado de uma longa e bem sucedida parceria entre os profissionais da equipe multidisciplinar de atendimento pediátrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Enfermeiros, médicos fisioterapeutas, farmacêuticos e demais integrantes das equipes de atendimento à criança hospitalizada e em situação de risco encontrarão nesta obra capítulos que abordam desde a anatomia e fisiologia do sistema respiratório e circulatório, até o transporte do paciente pediátrico crítico. As autoras procuraram incluir na obra os temas referentes à reanimação cardiorrespiratória como o suporte básico e avançado, os distúrbios do ritmo cardíaco, medicamentos utilizados na reanimação e intubação, assim como procuraram valorizar as técnicas e cuidados com a administração de oxigênio e obtenção de acesso vascular na criança. O objetivo primordial desta obra é o de dar ênfase na prevenção dos sinais e sintomas da parada cardiorrespiratória na criança, auxiliar no desenvolvimento da observação, do conhecimento, da capacidade de comunicação e da importância do trabalho em equipe, a fim de oferecer uma assistência de qualidade ao paciente em situação de risco de morte. Foram incluídos dois roteiros utilizados nas unidades pediátricas do HCPA como indicativos para facilitar o atendimento da equipe à criança em PCR. Nos roteiros são indicadas as doses das medicações utilizadas nas unidades de internação e unidade de terapia intensiva. A inclusão de testes e estudos de casos com respostas comentadas fazem deste livro um instrumento útil para a assistência e ensino na área pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**MANUAL DE EXAME FÍSICO PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM EM
PEDIATRIA**

Autores: José Roberto da Silva Brêtas (org), Marinalva Dias Quirino, Conceição Vieira da Silva, Ana Llonch Sabatés, Circéa Amalia Ribeiro, Regina Issuzu Hirooka de Borba, Fabiane de Amorim Almeida, Eliana Campos Leite Saporoli

Edição: 2. ed.

Editora: Iátria, São Paulo

Ano de Publicação: 2009

O livro aborda o exame físico e seus aspectos legais. Descreve a realização do exame físico das diferentes regiões do corpo, relacionando, em quadros, cada segmento a ser examinado às técnicas semiológicas utilizadas no exame, ao que deve ser examinado, a como examinar, aos achados de normalidade e alguns anormalidades comuns na prática pediátrica. Há ainda uma lista contendo alguns dos principais diagnósticos de enfermagem relacionados a cada segmento corporal, segundo a NANDA e a CIPE.

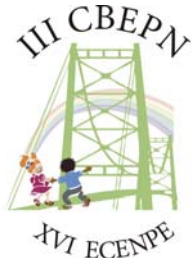
ENFERMAGEM E A SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA

Autores: Elizabeth Fujimori, Conceição Vieira da Silva Ohara(orgs)

Editora: Manole, São Paulo

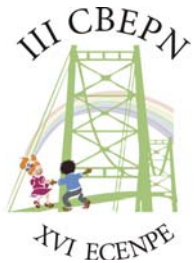
Ano de Publicação: 2009

O livro foi organizado considerando os conteúdos programáticos das disciplinas de saúde da criança ministradas nas melhores instituições de ensino de enfermagem brasileiras. Encontra-se estruturado em 22 capítulos, perpassando pelas políticas públicas de atenção à saúde da criança, determinação do processo saúde-doença, alimentação, crescimento e desenvolvimento infantil, necessidades de saúde e cuidados básicos como exame físico, consulta de enfermagem focada na atenção básica e uso do brinquedo na atenção à saúde da criança. Aborda também a atenção às doenças mais prevalentes na infância, imunização, infecções respiratórias, diarreia, principais dermatoses e prevenção de acidentes, além da atenção escolar, assistência à criança na situação de violência e portadoras de deficiência.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Os trabalhos aqui publicados são de inteira responsabilidade dos
autores.**



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

PALESTRAS



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Prevenção das neuroses x sofrimento psíquico

Evânia Astér Reichert*

Segundo a Organização Mundial da Saúde, faz-se necessária uma revisão profunda nos modos de cuidar e educar crianças. O alerta surgiu a partir das descobertas feitas pela Neurociência, comprovando que o ser humano nasce com apenas 1/4 de seu cérebro formado e que, a partir do parto, precisa de um útero psicológico para terminar a gestação de suas outras partes em formação.

Durante os anos da Infância, da gestação aos dez/doze anos de idade, o cérebro estará em formação basilar, através das intensas sinapses e da mielinização do sistema nervoso, período áureo de nascimento de novas e sucessivas capacidades cognitivas, motoras e afetivas. Foi comprovado também, com sofisticados exames de imagem, o que a Psicologia já afirma há cerca de um século: os afetos produzem um hormônio que estimula as sinapses neurais. “É indicado prevenir”, ressalta a OMS em seu Relatório Sobre a Saúde no Mundo (2000).

Dentro da proposta de educação inspirada em Wilhelm Reich, o pai da psicoterapia corporal, a prevenção é o conceito central nos modos de educar e criar crianças. Por isso, é fundamental que o binômio saúde-educação passe a ser considerado nas condutas educativas, pois as mesmas podem comprometer a saúde emocional e física dos pequenos.

É provável que uma criança criada com excesso de limites e exigências, por exemplo, venha a ser uma pessoa bastante organizada, asseada e comportada. Aparentemente, é o que se chamaria de “criança bem educada”. Porém, o excesso de cerceamento e repressão também poderá gerar um núcleo compulsivo – com manias de limpeza e controle obsessivo – na formação de sua personalidade, além de problemas de hiper-tensão, prisão de ventre e doenças estomacais e intestinais relacionadas a uma educação rígida e cerceadora.

Do mesmo modo, uma educação sem limites também poderá produzir problemas graves de falta de auto-regulação das emoções, somatização e perfis autodestrutivos. A *medida ótima* entre educação e saúde é um parâmetro essencial quando se quer pensar em respeito ao desenvolvimento biopsicológico das novas gerações.

Desde o ano 2000 a própria UNESCO vem enfatizando a seguinte orientação: além de ensinar a aprender, a fazer e a conviver, é preciso *educar para ser*. No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde propôs uma revisão profunda nos modos de cuidar e educar crianças, em especial durante a Infância inicial, sob pena de termos índices ainda mais graves de pseudodebilidade e de depressão nas próximas gerações. A relação entre depressão e falta de um provedor de afeto no início da vida está comprovada.

Prevenção das neuroses

A primeira vez que se falou em prevenção das neuroses foi na década de 20 do século passado, por meio do psiquiatra Wilhelm Reich, criador da psicoterapia corporal. Para Reich, a neurose não é apenas uma estrutura caracterial, mas uma doença social, que além de ser tratada, deve ser prevenida. Seu trabalho voltado a pais e educadores iniciava já na gestação, buscando preservar a saúde dos bebês nas fases primitivas do desenvolvimento, quando se

* Terapeuta, jornalista e professora. Dedicar-se à pesquisa sobre as fases da infância e sua relação com a estrutura corporal do caráter. É a autora do livro *Infância, a Idade Sagrada* e coordenadora do *Vale do Ser – Desenvolvimento Humano, Arte e Cultura*. Endereço: Rua Freire Alemão, 366 – Bairro Mont´Serrat – Porto Alegre – RS. E-mail: evanire@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

formam os núcleos psicóticos e as doenças biopsicológicas de maior gravidade.

Reich foi cirúrgico ao apontar que é *preciso educar o educador, pois esse reproduz as marcas de sua própria Infância em seu modo de educar*. Ele falava da *compulsão a educar* do adulto, que se caracteriza pela interferência freqüente no desenvolvimento infantil, não por questões ou necessidades educativas da criança, mas pela própria neurose de pais, educadores e cuidadores, que facilmente despejam sobre os pequenos sua irritação, suas frustrações, suas piores dificuldades pessoais.

Reich falava que a neurose social compromete a formação psicoafetiva das novas gerações e agrava os sintomas patológicos dos adultos. Ele acreditava que *educando o educador* uma grande transformação poderia acontecer. A prevenção da doença emocional, segundo ele, somente poderia ser vislumbrada por meio da conscientização dos adultos sobre a importância de sua atuação, de seu modo de estar e de se relacionar com os pequenos, sejam eles seus filhos ou não.

Cultivo de auto-regulação

O princípio da auto-regulação é central no aporte reichiano, especialmente quando se fala em prevenção das neuroses na Infância. Trata-se de respeito biopsicológico ao desenvolvimento dos pequenos - desde a gestação -, de o adulto observar e preservar o que está amadurecendo em cada etapa infantil, assim como de compreender que cada fase é um período precioso e sensível na formação de determinadas aptidões humanas.

O primeiro registro de respeito e de afeto, por exemplo, já estará se formando no início da vida, na relação do bebê com seus pais e cuidadores, tonalizando suas relações afetivas futuras. O princípio de autonomia também surge em torno dos dois anos de vida e quando este nascimento sofre obstáculos importantes, esse fato poderá marcar profundamente a estruturação futura da personalidade.

Cultivar a auto-regulação é preservar a tendência inata de todos os organismos vivos de encontrarem seu ponto de auto-equilíbrio e bem-estar. É o adulto perceber quando um bebê necessita mais de estímulo do que de calma ou, ao contrário, quando ele precisa de momentos de silêncio para que o gradual processo de integração soma-psique possa se consolidar. Pequenas mudanças na qualidade dos vínculos afetivos, no cultivo de auto-regulação e de respeito biopsicológico criam melhores condições para a formação de personalidades mais equilibradas e humanizadas.

Na atualidade, em todas as classes sociais, os índices de depressão, drogadição, suicídios, alienação social, delinqüência, comportamentos violentos, desrespeitosos e antiéticos estão alcançando crianças e adolescentes, assim como adultos de todas as faixas etárias. O ideal da auto-regulação pode parecer algo cada vez mais distante, devido ao efeito avassalador da socioregulação, com suas demandas externas, suas imposições de tempo e de seus modos e ser e estar, enfim, com a manutenção do *status quo* e de suas máscaras sociais.

Apesar disso - como já dizia Reich - podemos *fazer o possível dentro do impossível*. O cultivo da *auto-regulação possível* talvez possa ser a grande diferença, a nova possibilidade nesse período de transição, quando a falência dos velhos modos hierárquicos de educar e o fim da família tradicional, fez surgir um grande vácuo, uma profunda crise na educação, um adulto que não sabe mais como agir com seus filhos.

Estamos dentro do caos da mudança, em meio a um confuso período de transição, entre a falência do velho modo de educar e o nascimento de um novo paradigma educativo, que ainda não se delineou claramente. O educador e psiquiatra chileno Cláudio Naranjo, autor de *Mudar a Educação para Mudar o Mundo* traz luz a esse tema. Ele destaca que com a derrocada moral do sistema patriarcal, o seu modelo educacional também se tornou inócuo, tanto que as novas gerações simplesmente não obedecem mais orientações autoritárias, como ocorria no passado.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Naranjo ressalta que precisamos olhar à frente, pois a mudança já aconteceu. Um novo paradigma está nascendo, mas ainda há muita resistência em reconhecer sua evidência. Ele fala que o novo caminho levará a uma *educação heterárquica*, ao invés da hierárquica, com equilíbrio entre as partes, sem hegemonia ou domínio de um sobre o outro.

A proposta desse psiquiatra e educador encontra forte ressonância na proposta educacional reichiana. Para se constituir uma educação mais humanizada e democrática, a auto-regulação familiar e escolar precisará ser cultivada. Se quisermos educar nossas crianças com saúde emocional e física, precisaremos auto-regular nossos modos automáticos de agir e reagir, que refletem as marcas de nossa própria Infância.

A realidade econômica e social é, sem dúvida, uma das responsáveis pela situação de nossas crianças pobres e pelas dificuldades de nossos adolescentes em se emanciparem. Porém essa figura concreta e, ao mesmo tempo, difusa e impalpável não se configura mais como a única e grande vilã dos dilemas no desenvolvimento da Infância, como se pensava antigamente. Tanto que, nas classes média e alta – que têm recursos financeiros para atender às necessidades de seus filhos – é assustador o índice atual de problemas emocionais, que levam ao uso contínuo de medicamentos antidepressivos por crianças e adolescentes com graves crises comportamentais.

Com a crise do sistema patriarcal, a subjetividade (que não é valorada nesse sistema) emergiu como um tema urgente, pois os mais graves problemas da atualidade são de cunho psicológico. Eles revelam a degradação e o desespero da Humanidade dos nossos tempos. Já se sabe, por exemplo, que a Infância é o grande útero, onde se gesta tanto as mais bonitas cenas humanas, quanto as mais chocantes.

Educação para ser

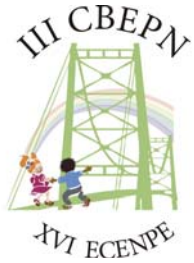
Se pudermos prevenir a doença emocional desde a gestação, teremos melhores condições de formarmos pessoas auto-reguladas, dotadas de respeito e humanidade, desde o início de suas vidas. Se as crianças são suficientemente acolhidas e estimuladas por seus pais e pela sociedade, milhares de novas sinapses acontecem em seu cérebro, criando um amplo leque de desenvolvimentos. Entretanto, se elas são massacradas e desrespeitadas, se não há estimulação afetiva e física, um processo de poda elimina diversas conexões neurais em formação, abortando talentos, afetos, capacidades cognitivas e a potencialidade criativa e humana das novas gerações.

Em uma educação que contemple saúde e educação, além de aprender a fazer e a empreender, a criança também será estimulada a ser e a conviver. Uma educação humanizada incentiva o desenvolvimento de dignidade, respeito, afetividade, auto-estima e integridade pessoal, aspectos essenciais ao seu fortalecimento emocional e psicossocial.

O termômetro que pode avaliar nossa saúde educativa é olharmos o modo como os adultos tratam suas crianças e garantem o seu direito à Infância. A subjetividade é considerada? Há respeito aos sentimentos e às emoções dos pequenos e adolescentes? A prática educativa considera o efeito das condutas adotadas por pais, professores e cuidadores sobre a saúde emocional e física dos pequenos? A tempo de auto-regulação é respeitado?

A proteção da Infância começa no ventre da mãe. Depende dela, do pai, dos pais substitutos, mas também de seus cuidadores, professores, médicos, amigos, enfim, de qualquer cidadão. A tarefa de sustentar o compromisso ancestral de preservar a espécie e proteger, com afeto e respeito, as próximas gerações - sejam elas nossos filhos ou não - é um compromisso intrínseco da fase adulta.

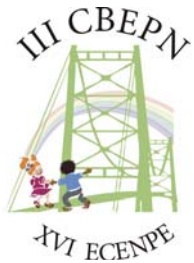
Parece não existirem saídas, se não começarmos uma cultura educativa voltada ao Ser. Felizmente, hoje temos recursos para isso. Afinal, nunca soubemos tanto sobre desenvolvimento emocional quanto hoje. Nunca conhecemos tanto da Infância quanto agora. Nunca, na História da Humanidade, ficou tão evidente que a problemática social não é



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

apenas de ordem econômica e política. Esta constatação, mesmo que envolta em muito sofrimento, é a mais importante mudança dos nossos dias.

Palavras-chave: prevenção das neuroses, humanização da infância, educar o educador e o cuidador, respeito biopsicológico, vínculos vitais



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

CIRANDA DE IDÉIAS



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

A construção de visões de mundo na adolescência*

Fernando de Oliveira Mendonça[†]

Resumo

A adolescência é uma fase da vida em que as pessoas fazem grande parte das escolhas que farão parte de suas vidas posteriormente. Este artigo discute os fatores e aspectos que interferem socialmente na construção das visões de mundo dos adolescentes. Inicia-se com as relações tecidas inicialmente na infância e em seguida analisa a função dos grupos, da família, dos meios de comunicação e da escola na construção da identidade dos adolescentes e de suas relações com o mundo.

Palavras chave: adolescência, visão de mundo, família, mídias

Introdução

A adolescência^{*} é entendida socialmente (SALLES, p.47) como estágio intermediário entre a infância e a idade adulta e como período transitório no qual as responsabilidades são menores. É um conceito ligado à sociedade industrial, às leis trabalhistas e ao sistema educacional, que os torna dependente dos pais. Segundo Erikson (1971, p. 41-47), o período da adolescência pode se estender principalmente na classe média, dada à extensão da vida acadêmica, da divisão do trabalho e a especialização econômica que exige uma preparação mais demorada.

Contudo, para os adultos, os adolescentes são relacionados a problemas existenciais, crises hormonais e aborrecimentos. Essa visão enviesada da adolescência é causada pela incompreensão dos adultos frente às transformações que todas as pessoas passam quando estão na puberdade. Este artigo trata de aspectos da formação psicológica e sociológica da criança e dos adolescentes e a da contribuição dos grupos e dos espaços de vivência, como a família e a escola, na construção de suas visões do mundo[§].

A construção das noções ligadas ao social na infância

A escolha dos adolescentes como objetos de estudo partiu do princípio de que, nesta fase da vida, chamada na psicologia de adolescência, existe um maior e especial envolvimento do jovem frente ao grupo e à sociedade. É quando também que se constroem os conceitos sociais que vão referenciar a vida adulta (INHELDER e PIAGET, 1958; ERIKSON, 1971; DEUSTCH, 1977).

Para um maior entendimento da influência do contexto social na adolescência, é

* Artigo baseado na Dissertação de Mestrado: O adolescente no mundo e o mundo no adolescente: visões de mundo de adolescentes de uma área periférica e de uma área de elite em Belo Horizonte, apresentada pelo autor ao Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a orientação da Profa. Dra. Rosalina Batista Braga, em 2005.

[†] Mestre (FAE-UFMG). E-mail: fernandooliveira963@hotmail.com

[‡] Para a adolescência são utilizadas as seguintes definições: cronológicas – 12 aos 21 anos; físicas – puberdade; psicológicas – época de reorganização da identidade profissional, sexual ou filosófica; e sociológicas – construir o seu papel na sociedade (SALLES, 1998, p. 49). Para o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, é considerada como adolescência a faixa etária entre doze e dezoito anos de idade, já a ONU considera jovens as pessoas com idade de quatorze a vinte e cinco anos.

[§] A visão de mundo pode ser definida como a forma que cada pessoa vê o mundo de acordo com a sua inserção no seu contexto social.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

importante considerar que as relações sociais começam na infância. Assim, torna-se necessário analisar as percepções que a criança constrói a respeito do contexto social em que está inserido. As bases teóricas estarão em estudos feitos por Vygotsky em trabalhos que levam em conta a importância dos fatores psicológicos e sociais na construção do conhecimento das crianças.

Vygotsky, em suas obras, considera o ser humano como essencialmente histórico e, portanto, sujeito às especificidades do seu contexto cultural em suas relações interpessoais. Toda cognição, para o autor russo, é construída através dos processos intersíquicos e intrapsíquicos que funcionam como a internalização dos conceitos. As formas de conhecimento que indicam a ocorrência dessas interações sociais e culturais entre o indivíduo e o meio foram chamadas, por Vygotsky de processos cognitivos superiores ou mediados.

Além dos processos culturais, devido à ênfase nas situações de mediação psicossocial, são consideradas as estruturas lingüísticas e cognitivas mediadas pelo grupo. Enquanto sujeito do conhecimento, a criança não tem acesso direto aos objetos, mas um acesso mediado através de recortes do real operados pelos sistemas simbólicos dos quais ela dispõe.

Os signos, os símbolos e os discursos humanos formam uma importante classe de mediadores. Eles orientam internamente no sentido da mudança dos processos psicológicos individuais e possibilitam o significado das “coisas”, simplificando-as e generalizando-as antes de poderem ser traduzidas em novos símbolos. Pode acontecer de a criança selecionar os estímulos que são mais apropriados, filtrá-los e organizá-los, determinando o surgimento ou desaparecimento de certos estímulos.

Tendo uma ligação muito forte com a cultura, os signos capacitam o ser humano para entender e alterar os elementos do meio exterior e os moldam de acordo com as suas necessidades e interesses. A partir de então, os instrumentos psicológicos produzem mudanças na própria interioridade psicológica do ser humano, nos âmbitos cognitivo, lingüístico e afetivo. Segundo Vygotsky (1989, p. 44)

A percepção do mundo e a sua expressão – a linguagem, estão ligadas para reestruturar a totalidade do processo psicológico da aprendizagem,... neste esquema,... signos são autogerados por estímulos artificiais através da memória, muito além das dimensões biológicas do sistema nervoso central.

Na teoria sócio-interacionista, os signos têm uma origem social e revelam com clareza um papel crucial no desenvolvimento individual da criança. As operações com signos, de origem sociocultural e sujeitas às várias interferências do mundo que cerca a criança são chamadas de funções psicológicas superiores. Nelas, as figuras têm o papel de significar coisas e elas acontecem no nível das interações vividas pelo indivíduo no seu grupo social.

O desenvolvimento do pensamento na infância, para Vygotsky, parte do social para o individual. As possibilidades de desenvolvimento variam de pessoa para pessoa, de acordo com as suas relações com o social e com o tipo de realidade que cerca cada uma delas, escolar ou não. É importante realçar que “a aprendizagem da criança começa muito antes da aprendizagem escolar. Toda a aprendizagem da criança na escola tem uma pré-história, começa nos seus primeiros dias de vida e é na escola que poderá chegar ao conhecimento” (VYGOTSKY, 1992), ou não.

Toda a formação de conceitos a respeito do mundo que cerca a criança levará em conta as características do mundo real selecionadas como relevantes pelo grupo social no qual está inserida. É esse grupo cultural que vai lhe fornecer o universo de significados que



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

ordenará o real em categorias (que o autor considera como conceitos) nomeadas por palavras da língua de seu grupo. Assim, a construção dos signos parte da criança, mas a visão e a relação que os adultos têm com o mundo que os cerca são referências importantíssimas. As crianças são curiosas e perguntam ao adulto, sejam eles professores, pais ou outras pessoas, que estão sempre ao seu lado. As respostas vão demonstrar uma visão adulta do mundo e as palavras e expressões, muitas vezes, vão ser aquém ou além do que a criança quer saber.

Para a análise de visões de mundo de adolescentes, Vygotsky é importante por considerar a criança em seu contexto social. Conceitos como os processos cognitivos superiores ou mediados, os signos e as funções psicológicas superiores mostraram as interferências do mundo social na criança, que vão ser úteis na construção das visões de mundo dos adolescentes.

A elaboração da identidade social do adolescente e as suas relações com os grupos

Jean Piaget (1973) apud Parra (1983) analisou a adolescência dimensionando-a no período chamado de “Operações intelectuais formais” ou “Período Operatório formal” que se constrói dos 11 aos 15 anos de idade, em média. O período é caracterizado, segundo Salles (1998, p. 47), por profundas transformações intelectuais que têm a sua gênese em estruturas intelectuais anteriores. Tomado como um crescimento necessário ao adolescente e de acordo com Piaget, Parra (op. cit. p. 16) afirma que “se até os 11 anos a criança usava o raciocínio lógico e permanecia presa aos objetos e eventos concretos, o adolescente pode subordinar o real ao possível – inverte a direção entre a realidade e a possibilidade”

Nesse processo, o adolescente primeiro tenta, antes de tudo, imaginar as possíveis relações entre as variáveis e, depois, por meio da experimentação ou do raciocínio lógico puro, tenta combiná-las, segundo um padrão sistemático, para então concluir qual, ou quais, relações se mantêm como verdadeiras. Segundo Inhelder e Piaget (1976, p. 251), “o pensamento formal começa com uma síntese teórica e conclui que certas relações são necessárias”.

A Estrutura cognitiva e os aspectos sociais que marcam o pensamento formal mostram um paralelismo claro entre os aspectos sociais e os lógicos. O intercâmbio de pensamentos constitui uma superação do egocentrismo e exige do indivíduo uma nova coordenação de pontos de vista e uma verdadeira relação combinatória da lógica aplicada à vida comum.

Contudo, o pensamento formal é, por um lado um pensamento sobre si próprio e, por outro lado, um raciocínio que coloca o real sob o possível de ser realizado. Nele o adolescente foge do concreto em direção ao abstrato e ao possível (PARRA, p. 39). O egocentrismo desaparece na medida em que o pensamento formal se consolida após vários contatos sociais entre o adolescente e outras pessoas de sua realidade social. Destaca, aqui, todo tipo de relações interpessoais e discussões nos grupos dos quais participa.

O intercâmbio de idéias e os sentimentos envolvidos colaboram para isto. O desenvolvimento da socialização é associado ao desenvolvimento da lógica. Segundo Parra (op. cit, p.40), há uma: “marcha gradual da subjetividade (egocêntrica) em direção a objetividade (saída do egocentrismo), quando é possível ao jovem situar seu pensamento entre outros diversos e a diferenciar tal pensamento pessoal da realidade comum”.

Assim, os aspectos lógico e social são inseparáveis na forma e no conteúdo (Parra, p. 40). O adolescente não se limita mais aos dados empíricos brutos, ele raciocina sobre os empíricos. O raciocínio hipotético dedutivo do adolescente possibilita-lhe construir proposições até contrárias aos fatos em um sistema de múltiplas possibilidades. Ele pode “raciocinar formalmente e, por conseqüência, atribuir à forma lógica das deduções um valor demonstrativo que até então não possuía” (PARRA, op. cit. p. 16).

Nesse momento, os dados empíricos a serem manipulados são, para o adolescente,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

motivos importantes para o levantamento de afirmações ou proposições a seu respeito. Há a antecipação do concreto** e ele, então, realiza ligações lógicas entre as proposições. É o chamado pensamento proposital no que a realidade, antes de constituir-se como ponto de partida, se torna fonte de idéias e tomada de posições.

O intercâmbio de pensamentos constitui uma superação do egocentrismo e exige do indivíduo uma coordenação de pontos de vista, uma verdadeira relação combinatória^{††} lógica aplicada à vida comum. O equilíbrio dos intercâmbios coincide com o equilíbrio da lógica proposicional. Os princípios que governam os intercâmbios são os mesmos que governam a lógica. O princípio de identidade equivale à conservação das proposições aprovadas nas trocas anteriores e o da contradição afirma que, ao conservar uma proposição como válida, sua valência é também confirmada. Além disso, nesse diálogo intelectual autêntico que estabelece a possível atualização das proposições anteriores revela, para Inhelder e Piaget (1958, p. 345), a reversibilidade operatória – fonte de coerência de toda construção formal.

Sociologicamente, a adolescência é uma fase da vida caracterizada pela busca do ajustamento social, sexual e vocacional. É quando ele procura saber quem foi, quem é e quem pode ser. Isto possibilita ao adolescente a elaboração da consciência de sua singularidade individual e de sua personalidade, constituída pela interação contínua de três elementos: o biológico (nasce com impulsos e tensões que sofrem maturação), o social (relação com familiares, outros jovens e o resto da sociedade) e o individual (interação entre o social e o biológico).

No processo de formação de sua identidade, o adolescente, primeiramente, se coloca num plano de igualdade com o adulto, principalmente na família. A seguir, ele desenvolve um plano de vida pensando no futuro para, depois, se propor como reformador da sociedade. Assim, o adolescente experimenta papeis que vão de encontro às formas de tolerância da sociedade, o que Erikson chama de “moratória social” (1971 p.247). Muitos atos exibicionistas funcionam como defesa contra os outros “diferentes”, como os de outra “tribo”, ou satisfações de disputas do passado, outrora frustradas e, desde então, nunca satisfeitas. Há sempre o protesto da geração mais jovem contra a precedente, que pode até ser em atos de delinquência ou revolucionário (DEUSTCH, 1977, p. 35).

Os adolescentes necessitam de se agrupar. Segundo Knobel (1973, p. 49), “o grupo serve como defesa, facilitando a oposição aos pais e a busca de identidade fora do meio familiar”. Viver em grupos é o processo básico vivido pelo adolescente (ERIKSON, 1971, p. 44). Nessa fase da vida, os grupos de pessoas com mesma idade, dúvidas e problemas vão ser úteis para a elaboração de ideologias^{‡‡} que facilitarão o enfrentamento da futura vida adulta.

No campo social, ao raciocinar formalmente, o adolescente transforma a natureza das discussões pela adoção, por hipóteses, do ponto de vista de outra pessoa. Segundo Deustch (1977, p.46), em grupos, os adolescentes se consideram originais, mas se auto-imitam. O uso de roupas, cabelos, acessórios, *piercings*, tatuagens, e outros “acessórios”, semelhantes aos

** As operações concretas são, segundo Parra (p. 18), intraproposicionais e formam as proposições individuais. As operações formais são interproposicionais e envolvem relações lógicas entre as proposições. As operações formais são operações sobre operações – parte das operações concretas para reuni-las em um sistema mais amplo de proposições.

[†] Sistema combinatório é, para Piaget, a característica geral do raciocínio abstrato. As combinações são hipóteses que possibilitam a realização de testes com maior liberdade ao tratar com dados empíricos, tendo como base ensaios e erros (INHELDER & PIAGET. 1976, p. 252).

^{‡‡} A função da ideologia (Erikson, 1971, p. 247-262) é importante e tem muitas funções, tais como: conferir visão simplificada do futuro, compensando a confusão temporal; fazer correspondência entre o mundo individual e o social; exibir uniformidade entre aparências e comportamento; introduzir valores éticos; fornecer uma imagem do mundo como ponto de referência para a identidade; dar fundamento racional para a vida sexual de acordo com os princípios vigentes; e permitir a submissão a líderes distantes da relação de pai e filho que não são, assim, ambivalentes. A ideologia tem, pois, papel positivo de ajudar o jovem a se encontrar na confusão de valores.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

pertencentes ao mesmo grupo, denotam a construção da identidade para com o grupo. Neste momento, buscam a maturação (como parecerem mais velhos), ser originais (diferentes dos mais velhos, principalmente dos pais) ou de expressar os sentimentos de rebeldia. O desenvolvimento psicológico e social nos adolescentes depende, assim, da maturação do sistema nervoso, do ambiente social em que circula e vive, da aprendizagem e da equilíbrio dos conceitos aprendidos.

Segundo Salles (1998, p.47), “o adolescente é visto hoje como um ser em desenvolvimento e em conflito, que passa por mudanças corporais, pessoais e familiares, que busca independência e diferenciação da família de origem”. O seu desenvolvimento pessoal, biológico e psicológico deve ser compreendido em relação às condições socioculturais e históricas que determinam as suas formas de ser. Independente das classes sociais, o adolescente é sempre associado (SALLES, 1998, p. 52), nas sociedades capitalistas, ao consumo e às diversões em grupo, como festas, shows e esportes coletivos.

Os meios de comunicação e o mercado de bens culturais (televisão e música principalmente) e de consumo (roupas, esportes e outros) estão sempre os observando para criar-lhes um estilo de vida único, inseri-los no mercado consumidor ou até tirar deles um novo produto, que pode ser estendido para todos da mesma idade. Isto decorre da facilidade com a qual os adolescentes criam as suas próprias formas de comportamento – vestir, falar, escolher estilos musicais, entre outras, e da versatilidade com que mudam de estilos (de se vestirem principalmente). Porém, o nível sócio-econômico em que estão inseridos acaba por determinar formas diferentes de ser adolescente, como na conduta, nas aspirações, nas responsabilidades e no consumo.

Pesquisas (NASCIMENTO, 1978; ABRAMO, 1994; CAVALCANTE, 1997) mostram que o adolescente gosta mais de fazer e ficar com os amigos. Nascimento, estudando valores e atitudes de adolescentes de São Paulo, percebeu que, no plano coletivo, os medos do adolescente estão associados à guerra, à fome, à falta de liberdade e aos problemas ecológicos. Embora desvalorizem a política, desejam respeito e paz entre os povos esperando entrosamento, amor e cooperação entre eles, respeito aos direitos humanos e o fim da pobreza, da fome e do desemprego. A passagem do mundo da criança para o do adulto exige um grupo de socialização entre pares para se construir nova identidade e estabelecer vínculos. O grupo tem caráter normativo, fixando normas e leis que são compreendidas pelos seus membros.

Abramo (1994), ao estudar as “tribos” da cidade de São Paulo, concluiu que ao se “libertar” da família o adolescente encontra no grupo um caminho, um meio, para atingir a sua independência pessoal. É no grupo que ele encontra, pela forte afetividade entre os membros novos referenciais de comportamento e identidade. A procura de amigos é feita conforme os valores já internalizados pelo adolescente, de tal forma que os amigos têm um estilo de vida e pensamento parecido com o seu.

Cavalcante (1997), ao estudar a rebeldia juvenil, concluiu que, embora muitos jovens venham a participar de movimentos alternativos ou se associar aos oprimidos, a grande maioria parece vivenciar a adolescência sem questionar os valores sociais. Indica que várias formas de ser adolescente convivem na sociedade. Contudo, segundo Erikson (1971, p. 37-47) muitos jovens não questionam o sistema social porque não chegam a ver alternativa. Outros influenciados pela escola, quando estudam a história de líderes rebeldes e das lutas sociais, adotam a convicção política marxista ou adotam o modelo gandhiano, anticolonialista e não violento.

A família como espaço construtor da visão de mundo

É inquestionável a importância da família em toda a construção social das pessoas. Cynthia Sarti (1999, p. 100) afirma que “a família é o alicerce de identidade”. Os estudos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

antropológicos da autora, sobre a relação entre a família e os jovens, consideram a família como um lugar para a ação e a construção da cidadania. Há também uma preocupação nos estudos da autora com as famílias pobres, considerando que todos os homens e mulheres têm um desejo de compreender e dar sentido ao mundo em que vivem, não o olhando apenas como uma fonte de problemas sociais.

Sarti (op. cit. p. 105) considera que “a condição da família, seus limites e suas possibilidades correspondem à condição social de seus membros. A vulnerabilidade da família diz respeito, então, à sua localização como classe social”. A família é considerada pela autora como o lugar importante na vida do jovem para a aquisição da linguagem, para dar sentido às experiências vividas e para a construção de sua imagem e do mundo exterior. “É o filtro através do qual se começa a ver e significar o mundo a partir dos diferentes lugares que se ocupa na família” (SARTI, op. cit. p. 100). A família, que tem uma base muito biológica (derivada de toda a sua função ligada ao nascer, crescer, casar, envelhecer e morrer), é onde se definem os significantes que criam os elos de sentido nas relações com o mundo.

A família é singular quando as pessoas que a compõem se comparam com as outras famílias e também dentro dela mesma com os seus membros. “Ela não é apenas o ‘nós’ que a constitui necessariamente, mas é também o ‘outro’, condição da existência do ‘nós’” (SARTI, op. cit. p. 101-104). Isto é, as fronteiras demarcadas do mundo familiar sobre o que a família conta sobre si e que criam as suas identidades como diferentes das outras, são abaladas pela ação individualizada de cada um de seus membros, que reagem singularmente às relações internas e que trazem à convivência cotidiana a experiência também singular com o mundo exterior.

A família não pode ser desvinculada de seu contexto social, nem pensada isoladamente. A família comporta, por definição, o outro em suas relações, sendo ele o pai, a mãe, o irmão, ou qualquer outra família. Esse reconhecimento no plano social da existência do outro possibilita, a partir do reconhecimento dos direitos, como reivindicação de si e do(s) outro (os), a construção da noção de cidadania. Assim, a construção da cidadania será feita a partir da subjetividade e reconhecer a diversidade é obviamente fundamental, no sentido de não normatizar as ações a partir de um modelo rígido e único, artificialmente imposto.

Mas, é preciso analisar a importância da família no futuro do adolescente. As desigualdades sociais se manifestam também na forma que cada família vê a escola. O que cada família quer, e o que pode dar de futuro para os filhos refletirá no processo de perpetuação das desigualdades em nossa sociedade. Na França, para dar conta das desigualdades de desempenho escolar de crianças oriundas de diferentes classes sociais, Bourdieu apud Nogueira e Cattani, (2002, p. 73) formulou o conceito de capital cultural tornando-se possível olhar o sucesso e o fracasso escolar além dos efeitos das aptidões naturais.

Segundo Bourdieu (1966) apud Nogueira e Cattani (2002, p. 41-64), os filhos de pais mais instruídos conhecem os graus mais evoluídos da educação. A escolha da escola dos filhos realça o que os pais querem para eles. Muitas vezes, a escola também funciona como ascensão social para as famílias pobres, onde o êxito dos filhos é, sempre, maior que o do pai.

Artigos organizados por Nogueira et. all. (2002) abordam a interdependência entre as condições sociais de origem das famílias e as formas de relação que estas estabelecem com a escola. Para o presente trabalho, dois artigos, um que trabalha com classe popular e outro com classe média, mostraram que os caminhos traçados pela família, como na escola escolhida e na necessidade ou não do trabalho, podem ser elementos construtores das visões de mundo.

O artigo de Zago (NOGUEIRA, 2002. p. 17-43) partiu da constatação de que é nos meios populares onde estão os mais elevados índices de analfabetismo, reprovação e evasão, entre outros problemas escolares. A pesquisa realizada entre 1991 e 1998, com dezesseis



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

famílias da periferia de Florianópolis, Santa Catarina, esteve voltada para os processos de escolarização em famílias de baixo poder aquisitivo que acompanharam as situações escolares dos seus filhos. Como resultados, entre outros, a autora observou que os comportamentos escolares adotados pelos alunos não se reduzem às influências do ambiente doméstico. São importantes também outras instâncias de socialização, como os ambientes do bairro e do trabalho. A continuidade dos estudos dos alunos de classe popular transcorre de forma oposta ao “ideal tipo”. O tempo na escola é alongado pela necessidade de trabalho e da complementação da renda da casa. Na conciliação da escola com o trabalho, a escola é deixada de lado e projetada para o futuro, o que traz como conseqüências futuras a baixa qualificação e os baixos salários.

O segundo artigo, de Nogueira (NOGUEIRA, 2002. p. 125-154), tratou de conhecer os itinerários percorridos por 37 jovens estudantes, novatos de 37 cursos, da Universidade Federal de Minas Gerais, e as estratégias postas em práticas pelas suas famílias e por eles próprios no decorrer de suas escolaridades. Sendo os sujeitos de sua pesquisa filhos de pai e mãe professores universitários com a mais alta qualificação profissional, o objeto do estudo situou-se nas formas de atuação do capital cultural familiar sobre a vida escolar dos filhos. O pressuposto básico era que o filho, na busca de sua própria escolaridade, se espelhasse nos pais, como na obtenção e na visibilidade dos efeitos da vida profissional deles.

Utilizando estratégias de pesquisa delineadas por Bourdieu, a pesquisadora teve os seguintes resultados: os itinerários encontrados caracterizam-se, de um modo geral, por sua fluência, linearidade e continuidade, com a entrada na universidade se fazendo na idade correta; há a predominância de escolarização privada e as famílias influenciam os filhos a não trabalhar, porque atrapalharia os estudos.

Contudo, de acordo com o que foi exposto acima, conclui-se que as diferenciações no futuro das pessoas, se relacionadas à escolaridade que tiveram, podem perpetuar desigualdades de renda e de conhecimento. Os fatos relatados nas pesquisas anteriores nos mostram que oportunidades diferentes trazem futuros diferentes e a função da família é muito importante no futuro dos filhos.

Os meios de comunicação e os adolescentes

Além da influência da família na vida e na construção da identidade social no jovem/adolescente, Sarti (op. cit. p. 102) ressalta que a família não pode ignorar o papel fundamental dos meios de comunicação, sobretudo da televisão e da publicidade no sentido de criar importantes referências de identidade para os jovens. E, hoje em dia, há uma interligação muito grande entre os meios de comunicação.

Segundo Dênis de Moraes (1997, p. 19) todos os meios de comunicação são, hoje em dia, partes de uma mesma mídia e em grande parte comandada por poucos grupos empresariais, transformados na globalização em grandes corporações internacionais. Sendo assim, estudar a Internet, a televisão, o rádio, ou a imprensa escrita, separados dos outros meios de comunicação é perda de tempo. Os adolescentes estão influenciados, como todas as pessoas, por um tipo de notícias sobre esporte, variedades, catástrofes, que segundo Bourdieu (1997) “podem suscitar um interesse de simples curiosidade e que não exige nenhuma competência específica prévia, sobretudo política”. Essas notícias, classificadas como de variedades, despolitizam e reduzem

A vida do mundo à anedota e ao mexerico (que pode ser nacional ou planetário, com a vida das estrelas ou das famílias reais) fixando e prendendo a atenção em acontecimentos sem conseqüências políticas que são dramatizados para deles tirar lições ou para os transformarem em problemas da sociedade (BOURDIEU, 1997. p. 73).

Com a capacidade de converter notícias banais em importantes assuntos de conversas



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

variadas entre as pessoas, as mídias se converteram em “agentes de difusão de discursos legitimadores da ideologia do mundo sem fronteiras, irradiando fluxos dinâmicos de informação, de entretenimento e de padrões de consumo que se universalizam” (MORAES, op. cit. p. 12). Isso gerou um campo das comunicações com um dinamismo sem precedentes e um estoque inimaginável de dados, de imagens, de opções de entretenimentos e simulações. Com isso, há a conservação de hegemonias representadas pelo Estado e pelas megacorporações financeiras e industriais. Todo esse processo de comunicação tecnológica, que ultrapassa fronteiras locais, regionais, nacionais e continentais, classes e grupos sociais, raças e religiões, vão converter-se em agentes privilegiados de fixação de identidades culturais que subvertem os horizontes conhecidos.

Entretanto, existem outros pensadores que não concordam com essa visão pessimista das mídias. Maria da Graça Jacintho Setton (2002) alerta que essa homogeneização pode ser relativizada em seu caráter manipulador através de certas formas de resistência, como em estudos de Certeau (1994) e Hoggart (1973) e também através das capacidades dos sujeitos apropriarem das mensagens e de construir sentidos particularizados ao consumirem as mercadorias simbólicas, como em estudos de Barbero (1997) e Canclini (1998).

Setton (2002, p. 113), mesmo considerando que a competitividade e o lucro são os comandos de produção das mídias, salienta que as formas simbólicas não são necessariamente ideológicas. É possível pensar os sujeitos sociais de outra forma: eles podem orientar suas práticas e ações escolhendo, de acordo com os seus conhecimentos, as informações que lhes acharem pertinentes.

Apesar de todo o discurso mais crítico em relação aos meios de comunicação na vida dos adolescentes, é importante salientar que os canais de TV pagos (acessados por cabos ou satélite), propriedades de poucos grupos de comunicação, ampliaram a oferta da TV aberta (acessada por antenas comuns) e a visão de mundo dos telespectadores. Com programas variados, como filmes, jornais, documentários, esportes, variedades, seriados, moda, etc., transmitidos em diversas línguas, possibilitam o acesso a lugares, pessoas e culturas diferentes. Esses canais de TV são importantes fontes de informações do mundo que, ao transmitirem imagens e informações específicas, segmentam mais as programações, mas oferecem uma maior oferta de entretenimento.

Aos adolescentes que convivem com inimagináveis referências comerciais, passadas pelas propagandas de produtos, que nem eles mesmos sabem de onde vem, e que podem ser associadas a um mundo, seja ele local ou mais global, é importante afirmar que os reflexos dos meios de comunicação serão importantes em suas visões de mundo. Nas famílias que possibilitam aos seus filhos adolescentes uma gama maior de canais de televisão, internet e todas as tecnologias que intercambiam idéias, produtos e serviços vão contribuir para uma construção de visão de mundo. Já, nas famílias que oferecem condições menos amplas de contato com o mundo para os seus adolescentes as visões de mundo podem não tanta globalidade.

Para analisar a influência das mídias e das tecnologias na vida dos adolescentes, na atualidade, é muito importante se levar em conta que grande parte dos seus contatos com o mundo é feita virtualmente. A comunicação via web e celular é, para os adolescentes, a forma de eles estarem no mundo. Comunidades, sites de relacionamento, Orkut, facebook, twitter, e outros são ambientes onde eles se encontram, namoram e fazem grupos. Como em todos esses espaços virtuais há propaganda, formação de comportamentos e moda, o uso da tecnologia virtual faz dos adolescentes cada vez mais consumistas e, ao mesmo tempo, individualistas.

Nessa fase da vida, como discutimos anteriormente, para serem diferentes dos adultos, há a necessidade de se aproximar cada vez mais de pessoas com características parecidas com as suas. Nesse processo, comprar e ter o produto da moda torna-se condição



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de “sobrevivência” no grupo. Em relação ao maior relacionamento virtual dos adolescentes com o mundo, é importante analisar que o individualismo se forma quando eles passam a ter muitos amigos em varias comunidades, participam de jogos online, estando sempre sozinhos na frente de um computador sem o contato físico ideal para a vida em sociedade. Conseqüentemente, a ausência de contatos em que se considerada os deslocamentos e as relações interpessoais reais pode levar a construção de uma visão de mundo enviesada construída pelos olhares de outros que escreveram notícias através de suas vivências, virtuais ou não.

A importância da escola na construção de visões de mundo

A escola é, em geral, para o adolescente um lugar de encontro com amigos e de relacionamentos afetivos e sociais. Contudo, segundo Nascimento (op. cit, p. 173-192) o que o adolescente espera da escola varia “de acordo os valores já internalizados, de tal forma que sua influência se dá mais no reforço de atitudes já existentes neles”. Segundo a autora, os desejos dos adolescentes podem variar, desde a busca da realização profissional e o casamento até uma maior abertura ao não-convencional, como a aceitação do uso de drogas e do divórcio.

Na escola, segundo Paschoal (1985) (apud SALLES, op. cit. p. 63), os adolescentes sofrem a influência de grupos, demonstrando um desejo de aparecer e de se revoltarem contra o sistema. Lá, os alunos buscam compartilhar sentimentos, pensamentos e aspirações. Há um interesse (SALLES, op. cit. p. 63) por aulas práticas, trabalhos em grupos, esporte e lazer e querem discutir e obter respostas dos professores a cerca de crises econômicas, da situação política e da dívida externa.

Eles querem ser ouvidos. A escola para o adolescente só terá significado, segundo Paschoal (op. cit.), se puderem dialogar sobre a reformulação da escola e se o professor for amigo, partilhando experiências e permitindo o questionamento, sem preferências por nenhum aluno. De acordo com os estudos de Zagury, apud Salles (op. cit. p. 64), “a escola é valorizada por contribuir para aquisição do conhecimento, para a realização pessoal, e é vista, pela ótica ideológica, como lugar de ascensão social”.

Com tudo o que foi relatado, a escola é um importante espaço de vivências para o adolescente, onde ele se reúne com os seus pares (um dos seus grupos de amigos), é onde discute, dialoga, exige respeito e (também) constrói-se ideologicamente. A escola é importante por ser uma instância formadora através dos conteúdos científicos e de normas de conduta sociais aprendidas com aqueles que têm a mesma idade, dúvidas e mesmos sentimentos em relação ao mundo.

É mais um lugar onde se percebe diferente e igual aos outros e na qual, além do espaço familiar, são também impostos limites frente à sociedade. Na escola, o adolescente está em um outro espaço de vivência “fora” dos padrões familiares. Lá, ele transpõe sentimentos em relação a outros adultos, como os professores, e busca as explicações científicas (geográficas, sociais, históricas, biológicas, etc.) a cerca do mundo que o cerca. Apreendendo esses conceitos científicos ligados ao mundo e vivenciando situações em outras esferas da existência, o adolescente tem condições de construir, de forma multifacetada, a sua visão de mundo.

As disciplinas presentes nas escolas têm como objetivo geral o entendimento do mundo. Através de diferentes objetos de estudo, a escola busca construir uma visão do mundo interligada e integrada. Mas, nem sempre isso é conseguido. Existem geografias escolares diferentes. Essa diferenciação decorre de diversos fatores que levam em conta a formação pessoal e social do professor, a escola e o ambiente social presente nela, o nível cognitivo dos alunos e a realidade social em que estão inseridos a escola e os alunos. Portanto, o mundo presente na vida de cada professor, de cada escola e de cada aluno vai



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

depender da complexidade de cada realidade e de uma síntese possível produzida pelos sujeitos em questão.

Considerações finais

Cada visão de mundo é diferente das outras. Elas dependerão das diversas vivências que as pessoas passam na infância e na adolescência. O conhecimento e a influência de cada momento seja ele espacial, psicológico, social ou cultural deve ser respeitado. Todos os aspectos sociais vivenciados durante a adolescência são essenciais para o restante da vida das pessoas e contribuirão para a construção de suas visões de mundo e de diversas habilidades e competências que serão usadas posteriormente. Assim, para um estudo mais pormenorizado dos alunos e adolescentes presentes em nossa sociedade torna-se necessário analisar as percepções que eles constroem a respeito do contexto social em que estão inseridos.

Referências:

- ABRAMO, H. W. **Cenas juvenis: punks e darks no espetáculo urbano**. São Paulo: Scritta, Página aberta, 1994.
- CAVALCANTE, M. J. M. **O mito da rebeldia na juventude: uma abordagem sociológica**. In: Revista Educação e Debate, nº 3, Jan/jul 1987.
- INHELDER, B. PIAGET, J. **Da lógica da criança a lógica da adolescente: ensaio sobre a construção das estruturas operatórias formais**. São Paulo: 1976.
- MORAES, D. **Globalização, mídia e cultura contemporânea**. Campo Grande- MS: Letra Livre, 1997.
- NASCIMENTO, S. R. **Atitudes e valores de adolescentes da cidade de São Paulo: um estudo com alunos de 2º grau**. São Paulo, 1978. Dissertação de Mestrado-PUC-SP.
- NOGUEIRA, M. A. et. all. **Família e Escola – Trajetórias de escolarização em camadas médias e populares**. 2 ed. Petrópolis: Ed. Vozes. 2003.
- PARRA, N. **O adolescente segundo Piaget**. Série cadernos de Educação – Biblioteca Pioneira de Ciências sociais. São Paulo: Ed. Pioneira. 1983.
- SALLES, L. M. F. **Adolescência, escola e cotidiano – contradições entre o genérico e o particular**. Piracicaba, São Paulo: Ed. Unimep. 1998.
- SARTI, C. A. **Família e jovens – no Horizonte das ações**. In: Revista Brasileira de Educação. n.º 11. São Paulo: Anped. Maio/Agosto de 1999.
- SETTON, M. G. J. **Família, escola e mídia**. Revista Educação e Pesquisa, v. 28. nº 1. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.
- VYGOTSKY, L. S. / Luria, A.R./ Leontiev, A.N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 4 ed. São Paulo: Ícone Editora. 1992.



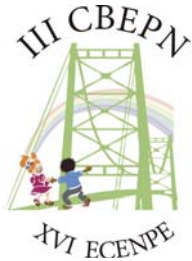
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O espaço do neonato, da criança e do adolescente nas estratégias e políticas de saúde: revelando o cuidado na condição de sujeitos de direitos

Francisca Georgina Macêdo de Sousa*

Refletir, discutir e apreender os vários aspectos do cuidado à criança e ao adolescente em nosso país perpassa, por pelo menos, três grandes dimensões: a das políticas públicas, a da organização dos serviços e as práticas de cuidado dos profissionais. Portanto, podemos iniciar nosso caminhar na temática tentando responder ao seguinte questionamento: Qual o lugar da criança nas políticas de saúde, na organização dos serviços e nas práticas e atitudes profissionais? Não ousamos alcançar a totalidade da resposta. No entanto, o questionamento nos dirige à compreensão que o lugar da criança e do adolescente é ocupado pela condição de sujeitos de direitos. É com essa assertiva que desenvolverei a temática. No que diz respeito às políticas públicas, as grandes reformas sanitárias e políticas ocorridas no Brasil a partir da década de 80 desencadeou mudanças e inovações na atenção à saúde que culminou em 1994 com a implantação do Programa Saúde da Família. Trouxe como proposta a reorganização da atenção básica com possibilidade de reorientação do sistema de saúde incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS. Nesse sentido, a política organiza os serviços de saúde de forma hierarquizada, de acordo com os graus de complexidade, pressupondo que todo atendimento prestado ao usuário seja universal, gratuito, de qualidade, resolutivo e sob controle da população. Assim, a prática clínica deve atender a criança e o adolescente como resultado de um processo no qual intervêm distintos profissionais, situados em diversos pontos da atenção à saúde com tecnologias diferenciadas para o cuidado. Para tanto, estabelece estratégias que passam pela organização de atividades educativas, promocionais, preventivas e assistenciais, e alcança outras necessidades que não as apresentadas na queixa clínica. Nesse caso, o sistema de saúde não se organiza para a doença ou para o enfrentamento de um problema específico, mas, a partir de ações que contemplam a criança e o adolescente na sua totalidade/individualidade e como sujeitos de direitos. Trata-se, por um lado de apreender a saúde de forma ampliada e, por outro, de compreender a necessidade dos serviços e dos profissionais de assumirem novas possibilidades e responsabilidades no que diz respeito às práticas em saúde. Por esse olhar, as práticas de cuidado à criança e ao adolescente, devem ser um projeto coletivo, constituído pela totalidade das práticas profissionais o qual caracteriza a dinâmica do cuidado. Compreende-se, assim, que a organização do cuidado à criança e ao adolescente deve sustentar-se na ação do cuidado compartilhado dos vários profissionais que são, ao mesmo tempo, autores e atores de um projeto coletivo. Nesse contexto, o cuidado deverá objetivar as condições mais favoráveis possíveis para promover e recuperar a saúde da criança e do adolescente. Para tanto, os profissionais devem utilizar de todos os contatos da criança, do adolescente e da família com o serviço para avaliar os vários aspectos da vida e da saúde e não somente aqueles que dizem respeito aos aspectos biológicos. Nesse escopo, o cuidado à criança e ao adolescente, é complexo, multidimensional e sofre influência de diversos e distintos fenômenos que devem fundamentar as ações, as intervenções e as estratégias de cuidado. Nesse sentido, as políticas de atenção à criança e ao adolescente têm como proposta, além da organização e gestão dos

* Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Coordenadora do GEPSFCA – Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente. Endereço: Rua dos Sabiás, Quadra 7, nº. 12 Condomínio Porto Alegre Apartamento 1004 - Renascença II São Luís – MA CEP: 65075-360. E-mail: fggeorginams@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

serviços, a estruturação de um processo de abordagem que envolve instituições e profissionais de forma a obter impacto epidemiológico sobre as circunstâncias do processo de viver da criança e do adolescente. É uma proposta que exige que instituições, serviços, unidades de saúde, equipe e profissionais se organizem como um todo, implicando na atuação multi, inter, transdisciplinar e intersetorial. Trata-se de um fazer/pensar integrado de todo o serviço e de toda a equipe e não da tarefa de um profissional ou de uma categoria isoladamente. É uma prática que se traduz em atitudes de sensibilidade, confiança, pertencimento, tratamento digno, horizontalidade e continuidade da atenção. Essas constatações impõem uma série de desafios e inquietações que incluem pensar a saúde e o cuidado à criança e ao adolescente como sistema complexo que se caracteriza, entre outras pretensões, pela integralidade do cuidado e pelas ações interdisciplinares e intersetoriais. Sob essa perspectiva as práticas de cuidado à criança e ao adolescente, correspondem a um conjunto de ações, interações, intervenções, habilidades e atitudes que objetivam a manutenção e a promoção da saúde para garantir o processo dinâmico do crescimento e do desenvolvimento a essa parcela da população. São condições que sugerem o cuidado apoiado na dimensão subjetiva, na capacidade de escuta e do diálogo, no estabelecimento do vínculo, no encontro com o outro, na construção de laços de confiança, no responsabilizar-se pelo outro e no exercício da alteridade. Sugerem e revelam a disposição para perceber, conhecer e compreender o outro (que inclui a criança, o adolescente, a família e a comunidade) nas suas necessidades e sofrimentos, nas suas alegrias, nas suas fragilidades e, sobretudo, naquilo que trazem de melhor e de maior que são as fortalezas para o cuidar e para o cuidado. São atitudes e práticas que sugerem o respeito pelo outro e situam-se no campo da arte pela intersecção do conhecimento com habilidades de saber-ser e saber colocar-se em uma situação singular. É valor que se inscreve na verdadeira perspectiva de cuidar. Os objetivos, defendidos nas políticas de atenção à criança e ao adolescente, embora claros e necessários, não são tão fáceis de serem operacionalizados no cotidiano dos serviços de saúde. As dificuldades dirigem-se à falta de estrutura das unidades, a ineficácia do sistema de referência e contra-referência, o despreparo dos profissionais, o modelo médico-centrado e os mecanismos reguladores do trabalho. Portanto, o cuidado à criança e ao adolescente encontra-se atravessado por conhecimentos, saberes, práticas, modos de agir, valores e pela capacidade criativa e reativa de cada profissional. Estes elementos apresentam-se em movimentos diversos e dinâmicos que interagem produzindo formas e forças que delinham e determinam a produção desse cuidado. O lugar da criança e do adolescente como sujeitos de direitos nos conduz ao contexto de mudanças. Mudanças estimuladas pelas políticas públicas e aquelas construídas no cotidiano do trabalho. As mudanças nas políticas públicas foram e são determinadas pelos princípios do SUS e pela evolução do PSF de programa, para estratégia e agora de política de saúde. Enquanto que as mudanças do cotidiano do trabalho são produzidas por saberes, significados, valores, atitudes, práticas e experiências dos profissionais. São mudanças desenhadas por tentativas, acertos e erros, desejos e possibilidades e, que direcionam para abertura de diferentes formas de pensar e agir assim como para a co-existência da ordem e da desordem gerando-se reciprocamente. Configuram-se como desafio em romper com velhas maneiras de agir, desconstruí-las e reconstruí-las, tendo como proposta ressignificar a produção do cuidado pela qualificação das relações. É um cenário complexo de mudanças, pois estão centrados em aspectos subjetivos e intersubjetivos que devem ser apreendidos e construídos. A exigência recai, portanto, em profissionais mais integrados e abertos a perspectivas de cuidar e de cuidado que ultrapassem o modelo médico hegemônico. A Atenção Básica de Saúde tem, sob essa perspectiva, o objetivo da reorganização das práticas de cuidado em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional, constituindo vínculos entre os serviços de saúde, a família e a comunidade. O local de sujeito de direitos da criança e do adolescente exige



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

compreender que o cuidado se faz pelo movimento em circuito, pelo entrelaçamento de saberes, fazeres, competências, habilidades, ações, atitudes, sonhos e desejos. É entrelaçamento em movimentos de idas e vindas que se constrói, desconstrói e se reconstrói continuamente. É, portanto, desafio e motivação para pensar, para recriar o dito, o feito, o pensado.

Palavras-chave: saúde da criança, cuidado da criança, saúde do adolescente, serviços de saúde.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Dimensões político-sociais da saúde do escolar: interfaces, perspectivas e reflexões para a atuação profissional no campo da enfermagem pediátrica

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas*

1. Considerações Iniciais

A presente reflexão se constitui no texto base para a palestra intitulada “Dimensões Político-Sociais da Saúde do Escolar: interfaces, perspectivas e reflexões para a atuação profissional no campo da enfermagem pediátrica”, que foi elaborada para o III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e o XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica tendo como sede a cidade de Florianópolis – Santa Catarina – no período de 06 a 08 de outubro de 2009.

Para devida compreensão do texto, se faz premente registrar para o leitor as questões que serão abordadas a seguir. Estão descritos tópicos referentes ao tema da palestra com as devidas aproximações do autor aos aspectos relacionados às interfaces que permeiam a dimensão programática (o plano das idéias), e a dimensão prática (plano das ações) representada pelo cotidiano da prática profissional da enfermagem pediátrica. Merecem destaque: (1) transformações da saúde no Brasil: an overview; (2) bases programáticas e legais da saúde da criança - aspectos históricos e conjunturais; (3) . O Universo Escolar na Perspectiva da Saúde Pública e da Enfermagem Pediátrica: aspectos históricos e conjunturais; e, (4) a criança no contexto da saúde pública - desafios e perspectivas para a atuação da(o) enfermeira(o) no cenário escolar. Cabe ressaltar que recorro à bibliografia pertinente, bem como à experiência profissional acumulada no exercício da especialidade (enfermagem pediátrica) mais particularmente na área de saúde do escolar para contextualizar as questões imbricadas com o papel da(o) enfermeira(o) na promoção da saúde e prevenção de agravos de crianças e adolescentes no cenário escolar. Ademais, buscou-se através desse texto contextualizar as demandas de cuidado da criança e do adolescente nas escolas, bem como destacar a necessidade de articulação do mundo da escola com o mundo do cuidado de enfermagem pediátrica, uma vez que esse tema é o fio condutor da palestra em si. Para tanto o autor se apropriou de alguns pilares do materialismo histórico dialético para dar sustentação teórico-conceitual às colocações expressas no texto.

2. Transformações da Saúde no Brasil: an overview

A saúde da população brasileira sofreu grandes transformações desde o início do século XX, marco fundamental que determinou o início da reforma sanitária. Neste período as endemias de doenças infecciosas, principalmente relacionadas à falta de saneamento dos portos e zonas urbanas se constituíam como principal problema de saúde pública e conseqüente entrave ao desenvolvimento econômico. Desta forma, a instauração de uma reforma sanitária que viabilizasse a melhoria das condições de saúde da população significaria a obtenção de resultados positivos tanto na política de atração de mão-de-obra de estrangeiros como na manutenção da população trabalhadora em atividade.

Com o passar das décadas, ocorreram profundas modificações no perfil de

* Enfermeiro. Doutorando em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) – área Materno-Infantil. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da EEAN / UFRJ. Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova. Rio de Janeiro – RJ. CEP 20211-110. Tels.: (21) 2293-8899, ramal 224 (Departamento de Enfermagem Materno-Infantil). E-mail: Eduardo@eean.ufrj.br ou eduardoalexander@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

morbimortalidade da população resultante de diversos fatores, dentre outros: implantação de políticas de saúde voltadas ao combate das doenças infecciosas e carenciais, ampliação dos serviços de saneamento básico, mudanças no modelo sócio-econômico, alteração da demografia especialmente relacionada ao processo de urbanização das cidades, aumento da expectativa de vida, criação de modelos de gestão da saúde ambiental e modificações no padrão alimentar e de estilo de vida¹. Dentre as principais mudanças no perfil de saúde da população brasileira, destaca-se a diminuição drástica da morbi-mortalidade por doenças infecto-parasitárias e o aumento expressivo na ocorrência de óbitos de outras doenças, especialmente as crônico-degenerativas (não-transmissíveis), como o câncer e as doenças cardiovasculares. Para ratificar esta afirmativa, basta observar as tendências de mortalidade dessas doenças ao longo do último século. Em 1930, as doenças infecto-parasitárias representavam 45,7% das causas de óbitos, ao passo que em 1999 passaram a constituir apenas 5,9% das mortes por este tipo de causa. Numa perspectiva inversa, as doenças cardiovasculares que em 1930 representavam 11,8% do total de mortes, passaram a ser causa de óbito de 31,3% da população brasileira em 1999¹. Apesar de nos últimos anos ter havido uma tendência ao declínio e à estabilização, as doenças cardiovasculares ainda se constituem como a principal causa de mortalidade da população brasileira, especialmente entre as últimas duas décadas². Tanto no Brasil, como na maior parte dos países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares além de representarem a principal causa de morbi-mortalidade, levam ao aumento significativo de anos perdidos na vida produtiva na medida em que sua ocorrência se dá frequentemente em idade precoce. Em todos os estados brasileiros, considerando-se o conjunto de todas as faixas etárias, as doenças cardiovasculares são responsáveis tanto pelo maior contingente de óbitos como pela principal causa de gastos em assistência médica pelo SUS.

As profundas modificações no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira em geral apontadas até o momento, não foram tão diferentes se considerarmos a população infantil. Principalmente se observarmos num primeiro plano a significativa diminuição da mortalidade infantil, que passou de 149,0 por cada mil nascidos vivos em 1940 para 27,4 por cada mil nascidos vivos em 2001². A Alta mortalidade infantil desse período se dava efetivamente em decorrência da desnutrição, doenças diarreicas ou por doenças hoje imunopreveníveis tais como sarampo, tétano, coqueluche e difteria. Assim, emergia a necessidade de controle das escolas para evitar o contágio e a disseminação dessas doenças entre os escolares. De igual forma, a distribuição proporcional por causas de óbitos nas duas últimas décadas também foi intensamente alterada. Se por um lado houve importante redução das mortes por doenças infecciosas e respiratórias na década de 80, por outro as taxas de óbito por doenças perinatais quase dobraram, se tornando responsáveis por mais da metade dos óbitos.

Cumprir destacar a importância de programas e ações adotadas no referido período para o declínio acentuado dos óbitos infantis, tais como: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e do Programa de Atenção Integral de Saúde da Criança (PAISC); implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), intensificação e ampliação das ações do Programa Nacional de Imunização (PNI), da atenção ao pré-natal, entre outros, além de intervenções de cunho social, como a ampliação do saneamento básico, e a influência de fatores demográficos, como a redução da taxa de fecundidade³. Pode-se citar também o Projeto Mãe-Canguru e a promoção do aleitamento materno, pois são iniciativas que têm promovido mudanças no atendimento à criança, reduzindo, por exemplo, o tempo de internação e a incidência de infecções hospitalares nesta faixa etária.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

3. Bases Programáticas e Legais da Saúde da Criança: aspectos históricos e conjunturais

3.1. Panorama Geral:

A Organização Mundial de Saúde⁴ define saúde como “*estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença*”. Por outro lado, por inferência, doença, sob esta ótica, é entendida como qualquer condição que interfira direta ou indiretamente nos elementos anteriormente descritos. Esta mesma organização⁵ define ainda que a qualidade de vida se constitui como uma percepção individual de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que se vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e interesses. Diante de tal colocação, cabe ressaltar que por determinação constitucional a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. No particular da saúde do escolar, a nossa carta magna estabelece que Estado tem o dever de garantir o atendimento ao educando, no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde. didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde. E de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência à saúde deve ser universal, igualitária e equitativa. Contudo, apesar dos diversos avanços, os investimentos governamentais não têm sido suficientes para suportar a demanda crescente existente nos serviços de saúde em todo o país. Em que pese os instrumentos da política macroeconômica implementada pelo governo federal a partir da década de 90, e em última instância pelos efeitos do capitalismo baseado no capital especulativo sobre a economia brasileira, determinando cortes significativos de recursos no setor.

Desta forma, o sucateamento das instituições de saúde, a carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos e materiais, emergem no cotidiano do SUS, repercutindo seriamente na qualidade da assistência prestada à população. Por isso, o financiamento do SUS se constitui, na atualidade, num dos maiores problemas/entraves na saúde pública no Brasil, com implicações relevantes na vida humana, social e econômica. Neste contexto, a diminuição da disponibilidade de recursos para as políticas sociais, dentre elas a saúde, bem como o investimento maciço e equivocado de investimentos no nível terciário/curativo da assistência, em detrimento do nível primário/preventivo, acarreta diversos problemas corroborando com o aumento da morbi-mortalidade e do custo na assistência hospitalar e domiciliar^{6,7,8}.

Ademais, as questões de saúde pública não podem ser compreendidas apenas sob o ponto de vista *stricto* de seu conceito, num ensaio meramente estatístico e positivista. As questões que envolvem esta área de conhecimento necessitam ser clarificadas mediante análise amíúde que explore de forma crítica e reflexiva sua complexidade, sem incorrer no erro da superficialidade. Sendo assim, para uma melhor compreensão da problemática da saúde pública brasileira, destaco em três grandes tópicos os principais determinantes que se seguem:

(a) políticos, representados pela fragilidade existente na implementação de políticas de saúde e sociais no Brasil, no que tange as diretrizes de prevenção e controle dos principais agravos que acometem a população brasileira em geral e de igual forma a população infantil;

(b) sócio-econômicos, caracterizados principalmente pela falta de insumos para a prevenção, controle e tratamento das doenças, considerando a influência do neoliberalismo e da globalização, bem como do direcionamento equivocado dos investimentos no setor saúde. Acrescenta-se ainda a pobreza e suas conseqüências, já que esta impõe à população brasileira condições deficientes de imunidade, de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de assistência à saúde;

(c) culturais, oriundos de quatro categorias: (1) dos significados que os profissionais de saúde possuem sobre suas práticas a partir de suas visões de mundo. Da mesma forma, as



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

percepções dos indivíduos (usuários) sobre saúde e doença determinam estilos de vida que podem caracterizar comumente comportamentos de risco para diversas doenças; (2) das relações interpessoais estabelecidas dentro das equipes de saúde e entre o profissional de saúde e o usuário do SUS. No caso da escola, é premente destacarmos o papel do professor e a importância da dimensão educativa concernentes aos aspectos relacionados à promoção da saúde, prevenção de agravos e a instrumentalização de crianças e adolescentes para a aquisição de hábitos geradores de vida e de saúde. Destaca-se então o impacto destas relações sobre a assistência direta prestada em todos os níveis da atenção a saúde, bem como em espaços que se propõem a desenvolver o tema “saúde”. Neste caso a escola não poderia ficar à parte, uma vez que nela a promoção da saúde caminha ao encontro do exercício da plena cidadania; (3) da formação acadêmica enquanto modelo precursor dos recursos humanos em saúde; e, (4) da motivação e compromisso profissional, tendo em vista que as mesmas são indispensáveis à potencialização das habilidades e competências dos profissionais de saúde e educadores.

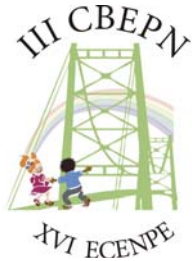
Por outro lado, no particular da saúde da criança, alguns aspectos precisam ser considerados, uma vez que as mesmas não são indivíduos adultos em tamanho miniatura. É preciso compreendê-las como um ser / cidadão em desenvolvimento. Daí a importância de percebermos suas especificidades, singularidades, bem como as vulnerabilidades intrínsecas desta faixa etária da população.

Na década de 1980 com a redemocratização e fortalecimento do movimento sanitário, baseada no estado de bem estar social, a sociedade brasileira caminhou em direção a garantia do direito à saúde. Contudo, esta conquista que determinou a universalização da saúde pública, aconteceu tardiamente, tanto temporalmente como fundamentalmente no que tange ao contexto histórico. Em relação à saúde da criança, outro marco histórico relevante foi à formulação e implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com vista ao efetivo atendimento das reais necessidades da população infantil¹.

Ademais, como pontos essenciais para se (re)pensar a re-estruturação das políticas de saúde foi necessário a reflexão acerca do papel do Estado e sua relação com a sociedade, bem como da difícil tarefa de ampliar o acesso, porém com a garantia de melhoria da qualidade das ações de saúde. Neste contexto, deve-se destacar a contribuição significativa dos movimentos sociais, a saber: sindicalistas; feministas; organizações não-governamentais, entre outros, que participaram de grupos de discussão em instâncias decisórias, formados para projetar propostas assistenciais mais amplas para a política de saúde, que culminaram com a formulação do PAISM⁹. A partir de 1984, com a reformulação de seus programas, o Ministério da Saúde (MS) intensificou sua atuação na promoção da saúde da população menor de 05 anos, com a criação do PAISC. Além das atividades focalizadas na prevenção e tratamento das patologias mais frequentes neste grupo etário, o PAISC tem procurado, continuamente, qualificar a assistência prestada pelo SUS.

A implementação de ações como o Controle de Doenças Diarréicas e Infecções Respiratórias Agudas; Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; Promoção do Aleitamento Materno; Orientação Alimentar e o Programa Nacional de Imunização potencializam os efeitos dos investimentos na infra-estrutura de serviços de saúde (principalmente de saneamento básico realizados pelo país) alterando significativamente o perfil de morbi-mortalidade infantil no país. Entretanto, apesar da redução da morbi-mortalidade por doenças infecciosas, dentre elas a pneumonia e diarreia, observamos uma maior proporção relativa de óbitos por afecções originadas no período perinatal - causas de mais difícil intervenção¹⁰.

Diante desta difícil realidade, destaca-se a promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência. Isto porque são prioridades que apontam não somente para a redução da mortalidade infantil, mais exigem o



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

compromisso de toda a sociedade em prover condições compatíveis com a qualidade de vida necessária ao pleno desenvolvimento do potencial biopsicossocial da criança. Para tanto, o MS implantou a estratégia intitulada AIDPI com a finalidade principal de promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância mediante identificação precoce dos sinais gerais de risco à saúde com base em protocolos previamente elaborados. A partir do perfil epidemiológico, foram consideradas doenças prioritárias: infecções respiratórias agudas, febre, doenças diarréicas, imunização, aleitamento materno, crescimento físico, anemia ferropriva e malária. Assim, tais protocolos em função do baixo custo operacional e notável eficiência possibilitaram a incorporação desta tecnologia ao Programa de Saúde da Família (PSF) para uma atuação mais apropriada em coletividades.

Ademais, o MS, em 2004, assumiu o desafio da conformação da rede única integrada de assistência à criança, mediante conformação das linhas de cuidados integrais da saúde da criança, com a identificação das ações prioritárias e estratégias norteadoras à ação das unidades de saúde e da rede como um todo. Assim, na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança, a Coordenação de Atenção à Criança, pretende ressaltar o foco da atenção (a criança), recomendando inclusive ampliação do cenário de atuação profissional da unidade de saúde, para outros ambientes tais como: domicílios ou espaços coletivos como creches, pré-escolas e escolas. Neste documento o MS apresenta, os principais eixos de ação a serem desenvolvidas em toda a rede de assistência à criança no enfrentamento dos principais problemas de saúde, com destaque para a mortalidade neonatal. É premente frisar como avanço, o delineamento das linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança, principalmente no que diz respeito à incorporação da atenção à saúde bucal, mental, à criança portadora de necessidades especiais (deficiência), bem como a prevenção de acidentes, violência e trabalho infantil. No mais, a agenda mantém as ações já comprovadamente eficazes (atenção humanizada e qualificada à mulher, à gestante e ao recém-nascido; triagem neonatal: teste do pezinho; incentivo ao aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; promoção da alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização¹¹.

No que tange as questões nutricionais, estudos recentes⁶ evidenciam que o Brasil está em processo de transição no perfil nutricional, caracterizado pela redução das taxas de desnutrição, acompanhado da elevação do sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias, inclusive infantis. Como causas desta transição verificam-se mudanças relacionadas à esfera: 1) demográfica representada pelo envelhecimento populacional (transição demográfica); 2) econômica caracterizada pela melhora da renda familiar do brasileiro, bem como das políticas públicas denominadas compensatórias, tais como o programa bolsa família e bolsa escola, entre outros, 3) cultural que está intimamente ligada ao incremento do acesso à televisão e ao marketing da indústria de alimentos; 4) ambiental fortemente imbricada no processo de urbanização. Como consequência há o aumento do consumo alimentar, impulsionado pelo aumento da oferta de alimentos e por outro lado, ocorre redução do gasto energético e da demanda de nutrientes em função do sedentarismo.

Neste panorama destacam-se nesta realidade intensas dicotomias intra e inter-regionais uma vez que segundo a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) grande contingente de crianças, ainda apresenta desnutrição, mesmo considerando o grande avanço do País, na última década; a anemia por carência de ferro é o problema de maior magnitude no país, sobretudo em crianças menores de 2 anos e gestantes; a deficiência de vitamina A é problema endêmico em grandes áreas das regiões Nordeste, Norte e em bolsões de pobreza da região Sudeste; os distúrbios nutricionais decorrentes da carência de iodo ainda são prevalentes em áreas do Centro-Oeste e Amazônia Legal não abastecidas por sal iodado⁶.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

A ABESO ressalta ainda os índices ainda insatisfatórios de aleitamento materno, principalmente do aleitamento exclusivo, que são observados em todas as regiões geográficas do País; assim como a evolução epidêmica da obesidade e das dislipidemias oriunda do incremento de práticas alimentares inapropriados em todo o país associado ao baixo nível de conhecimento da população em relação à alimentação e aos hábitos saudáveis. Contudo, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem firmado propósito a fim de garantir a qualidade dos alimentos colocados para consumo, bem como promover práticas alimentares saudáveis para otimizar a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, inclusive na escola⁶.

3.2. Bases Programáticas da Saúde Escolar:

No que tange a saúde da criança em idade escolar é necessário frisar que a preocupação inicial com esta faixa etária se deu na Europa, a partir do século XVIII, com o surgimento de um movimento amplo de proteção à vida. Cabe destacar os princípios defendidos por Johann Peter Frank, médico alemão considerado o “Pai da Saúde Escolar”, que preconizava o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais enfocando principalmente a prevenção de acidentes na infância, a higiene mental, assim como a adoção de medidas ambientais com destaque para a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula. Este médico defendia ainda a elaboração de programas de atletismo e os instrumentos de ação denominados como preceitos da polícia médica. Sob esta ótica os deveres de um oficial de saúde, propunha que este oficial agisse nas escolas como um fiscal da saúde, instruindo as crianças, os adolescentes e os professores a respeito da manutenção e promoção da saúde¹².

No Brasil as primeiras propostas para a saúde escolar se deram a partir de 1850, quando a abordagem higienista alcançou o ambiente da escola, avançando mais fortemente a partir do início do século XX. Em que pese o contexto histórico-social brasileiro, marcado pela intensa imigração desordenada tida como essencial à expansão da cafeicultura. Com isso, o país passou a vivenciar uma crítica situação de saúde pública, com elevados índices de morbimortalidade face às epidemias de varíola, cólera e peste. Entretanto, somente em 1984 o MS cria o Programa Nacional de Saúde do Escolar com o objetivo de promover a saúde dos alunos do ensino fundamental da rede pública, por meio do desenvolvimento de ações educativas, preventivas e curativas nas áreas de saúde. É pertinente ressaltar que as atividades propostas pelo programa centravam-se apenas em ações intervencionistas de cunho curativo, principalmente no que se refere à identificação e correção precoce das dificuldades visual e auditiva¹³.

Em contrapartida para formular efetivamente as diretrizes para a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola, os Ministérios da Saúde e da Educação assinaram, em 2005 e 2006, Portarias Interministeriais constituindo a Câmara Intersetorial de Educação em Saúde na Escola. Isto abriu espaço à discussão de experiências pedagógicas consideradas estratégicas para a desconstrução das bases do conhecimento cartesiano, autoritário, normativo e hegemônico. Como produto desta política, surge então o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por decreto presidencial N^o. 6.286, de 05 de dezembro de 2007, que resultou do trabalho dessa integração ministerial, ampliando as ações específicas de saúde aos alunos da Rede Pública de Ensino Fundamental, Médio, Rede federal de educação profissional e tecnológica, Educação de Jovens e Adultos¹⁴. Sob a ótica do PSE, a promoção da saúde na escola engloba uma visão mais integral de ser humano considerando o indivíduo, e, em especial, as crianças e os adolescentes inseridos em seu entorno familiar, comunitário e social. Tanto que fundamentado no conceito de promoção da saúde, oriundo das determinações da carta de Ottawa elaborada a partir da I Conferência sobre Promoção da Saúde em 1986, o PSE adotou a abordagem intersetorial como ferramenta de atuação



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

mediante a articulação dos componentes do programa com a Estratégia de Saúde da Família¹⁴.

Alinhada a estes princípios e compromissos o PSE incorporou a iniciativa Escolas Promotoras da Saúde com o aval da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) considerando as interfaces do espaço escolar com a sociedade, e o compromisso com as condições de vida das gerações futuras. Com isso, o PSE espera fomentar o desenvolvimento humano saudável, e relações humanas construtivas e harmônicas e que promovam aptidões e atitudes positivas para a saúde no universo escolar. Neste sentido, a promoção da saúde nas escolas compreende três componentes principais: a) a educação em saúde com enfoque integral; b) a criação de entornos saudáveis e, c) a provisão de serviços de saúde¹⁵.

É necessário frisar que a segundo a OPAS, a Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde na Região das Américas tem por finalidade fortalecer a capacidade do setor Saúde e de Educação para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de crianças, adolescentes, pais, professores e demais membros da comunidade educativa. Até porque a população escolar, caracterizada por crianças na faixa etária de 06 a 12 anos e adolescentes de 13 a 18 anos, embora menos suscetível ao adoecimento em comparação com outros grupos etários, não está hermeticamente desconectada dos fenômenos imbricados no processo saúde-doença. Na verdade, um olhar mais crítico do perfil epidemiológico deste grupo populacional nos revela, pelas estatísticas de adoecimento e morte, que as crianças em idade escolar, bem como os adolescentes apresentam especificidades que o diferenciam da população em geral, o que nos mostra, na verdade, as vulnerabilidades próprias desse grupo social¹⁵.

Desta forma, segundo o MS (2006) grande parte dos escolares vive em ambientes precários à saúde e em situações de exclusão social, estando continuamente ameaçados pelas chamadas morbidades sociais, tais como: as causas externas, que incluem situações de maus-tratos, abuso sexual, violência, drogas, acidentes e exploração através do trabalho infantil. O MS ressalta ainda que em ambientes nocivos as crianças e os adolescentes quando expostos a múltiplos fatores de risco, tendem a desenvolver práticas e atitudes de risco para a sua saúde. Como exemplo dessas situações verifica-se o início precoce da atividade sexual, muitas das vezes efetuada sem a devida proteção, resultando na gravidez na adolescência, que quando associada à baixa auto-estima, ao excesso de tempo ocioso fora da escola e a falta de apoio e orientação familiar favorecem o abandono dos estudos. Ademais, em ambientes de privação econômica e social, muitos jovens também estão expostos a doenças infecciosas, especialmente as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), bem como as práticas e estilos de vida de risco para sua saúde, a saber: tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e experimentação de álcool e outras drogas. Dessa forma, é importante que a sociedade como um todo ofereça e assegure às crianças e aos adolescentes ambientes mais saudáveis e de proteção. Na maioria dos casos, a escola tem sido lugar de aplicação de medidas de controle e prevenção de doenças, porque o setor Saúde costuma ver a escola como um lugar onde os alunos podem participar efetivamente como protagonista das ações referentes aos aspectos de sua saúde¹⁴.

**4. O Universo Escolar na Perspectiva da Saúde Pública e da Enfermagem Pediátrica:
aspectos históricos e conjunturais**

Ao longo do tempo, a escola passou por diversas significações no que diz respeito à sua função social, missão e organização, de modo que, na atualidade é entendida como um espaço social no qual são desenvolvidas atividades de ensino/aprendizagem que articulam ações de múltiplas naturezas e que envolvem não somente seu território, mas avança pelo seu entorno. Segundo o Ministério da Saúde (2006), a partir da década de 80, com o fortalecimento da democracia e da luta pela cidadania no país, o trabalho educativo em saúde, avançou significativamente mediante a incorporação de novas concepções teóricas no



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

campo da educação e da saúde, no cotidiano da comunidade escolar representada pelos crianças-estudantes, pais/família, professores e demais funcionários. Este avanço possibilitou a incorporação das práticas educativas em saúde, no processo didático-pedagógico vivenciado no cenário escolar. Ademais, a crescente consolidação da cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Educação, resultou na formulação de propostas que visavam potencializar a ação educativa em saúde nos espaços institucionais, tais como: 1) disseminação da proposta das escolas como espaços de desenvolvimento de ações de promoção da saúde; 2) inclusão dos temas transversais, tais como: ética e cidadania, consumo e trabalho, multiculturalidade, meio ambiente, saúde e sexualidade no currículo das escolas; 3) a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de dezembro de 1996, reforçou e ampliou os deveres das instituições públicas com a Educação, basicamente com o ensino fundamental; e, 4) Produção de material didático-informativo para professores, alunos e comunidade escolar sobre temáticas de saúde¹⁵.

Neste sentido, a escola deve ser vista como um espaço privilegiado para a promoção da saúde, uma vez que congrega, no mesmo espaço físico, crianças e adolescentes, professores, entre outros profissionais que compõem a comunidade escolar. Da mesma forma, a escola desempenha papel de destaque na sociedade na medida em que influencia as práticas sociais em todas as suas esferas, sejam estas: políticas, profissionais, familiares, culturais, entre outras. Por isso, a Organização Pan-Americana da Saúde, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde, tem destacado em seus documentos oficiais que o setor Educação é um aliado importante para o setor Saúde e neste contexto a escola pode ser um espaço estratégico para a promoção da saúde¹⁵.

Com relação a isso a Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde (MS) diz¹⁶:

“O Ministério da Saúde compreende que o período escolar é fundamental para se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção. Crianças, jovens e adultos que se encontram nas escolas vivem momentos em que os hábitos e as atitudes estão sendo criados e, dependendo da idade ou da abordagem, estão sendo revistos. Por outro lado reconhece que, além da escola ter uma função pedagógica específica, tem uma função social e política voltada para a transformação da sociedade, relacionada ao exercício da cidadania e ao acesso às oportunidades de desenvolvimento e de aprendizagem, razões que justificam ações voltadas para a comunidade escolar para dar concretude às propostas de promoção da saúde”.

Sendo assim, a promoção da saúde na escola é uma prioridade intersetorial complexa e exige, portanto uma articulação de mecanismos dialógicos com toda a sociedade. Isto porque a educação é uma ferramenta estratégica para a saúde pública e, do mesmo modo, a saúde é um elemento importante para maximização do processo ensino-aprendizagem. Contudo, as atividades de educação para a saúde, ainda são desenvolvidas, na maioria das vezes atreladas a uma abordagem biomédica com enfoque curativo e centrada no controle de doenças. Nesta conjuntura ocorre a supervalorização da dimensão biológica em detrimento das questões psicossociais relacionadas com a formação de atitudes saudáveis de vida, o desenvolvimento psicossocial, a saúde mental e em práticas mais efetivas no que tange ao auto-cuidado na perspectiva da atenção integral à saúde. Daí a necessidade de ampliação dos investimentos públicos nos setores da saúde e da educação, pois estes certamente contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades¹⁵.

Apesar dessas e de outras dificuldades, a escola é um local de excelência, para a implementação de programas de educação para a saúde em nosso meio. Cabe destacar aqui a parceria desenvolvida entre profissionais de saúde e professores, já que estes últimos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

reconhecem claramente a importância da saúde como um dos aspectos fundamentais para sua qualidade de vida, crescimento, desenvolvimento e aprendizagem de seus alunos. Tal avanço ocorreu a partir dos últimos dez anos, com a modificação, em todo o mundo, do conceito e da prática de saúde escolar. Assim, a escola passou a ser percebida como uma aliada e parceira contundente na dinâmica de participação e integração das ações da saúde na comunidade educativa. Até porque diversos estudos indicaram que a educação para a saúde, baseada no modelo médico e focalizada no controle e na prevenção de doenças, foi pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizassem as situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. Por isso, o campo da saúde do escolar deve ser visto de uma forma mais totalizante buscando estabelecer as interfaces, relações e articulações com as diversas áreas de conhecimento, numa perspectiva interdisciplinar, principalmente no que diz respeito às conexões que podem ser estabelecidas pelas especialidades da saúde pública e da enfermagem pediátrica quando o temática central envolvida é a saúde escolar.

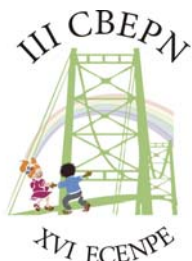
5. Considerações Finais: a criança no contexto da saúde pública - desafios e perspectivas para a atuação da(o) enfermeira(o) no cenário escolar

Posto a realidade de saúde brasileira em geral e no particular da criança, é preciso frisar que nossos desafios se iniciam pelas dimensões continentais do nosso país que são permeadas por desigualdades regionais, determinando realidades contrastantes tanto do ponto de vista econômico como sócio-cultural. Tais problemas avançam instrumentalizados pela iniquidade e exclusão sociais, fome e miséria, que apesar das intervenções governamentais, como o programa bolsa família, entre outras políticas sociais compensatórias, ainda persistem em nosso meio. Daí a importância de ações estratégicas que visem à otimização da agenda da saúde pública, para favorecer o planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, bem como da valorização de outras possibilidades de financiamento do SUS[†]. É mister que o Estado torne a assistência prestada efetivamente resolutiva, com ênfase no desenvolvimento de atividades individuais e/ou coletivas, facilitadoras das ações de promoção da saúde. Para tanto, é necessário a valorização dos recursos humanos em saúde, para melhorar a qualidade da atuação da equipe multiprofissional. Em que pese o papel decisivo da participação da família/controlador social na avaliação permanente e sistematizada da qualidade da assistência prestada à saúde da população.

Apesar de não negarmos os avanços conquistados pelo Brasil nas últimas décadas, a saber: diminuição da morbi-mortalidade por doenças infecciosas, bem como a erradicação da poliomielite e sarampo. A redução da desnutrição infantil, o aumento do nível de escolarização e diminuição da evasão escolar, entre outros. Diversos fenômenos sociais se impõem como problemas no campo da saúde pública, exigindo medidas incisivas para serem equacionados. Dentre estes, podemos citar: 1) erradicação da miséria, exploração infantil, tanto no componente sexual como laboral (trabalho infantil), repressão a toda e qualquer modalidade de violência contra as crianças. Por isso, é mister a melhoria da qualidade da educação básica e defesa permanente dos pilares do ensino e pesquisa nas universidades públicas, para garantir aos jovens, mediante a profissionalização, oportunidade de inserção no mercado de trabalho. Isto certamente reduzirá a delinquência infanto-juvenil, impedindo que milhares de crianças e adolescentes se desviem para a criminalidade.

Na área da saúde propriamente dita, é preciso ampliar o debate nas dimensões política, social, econômica e técnico-científica para maximizar a atenção básica, em busca de mudanças no paradigma assistencial, que ainda privilegia o foco curativo nas ações de saúde,

[†] Mendes A, Marques RM. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

em detrimento do foco preventivo/promotor de saúde. Inclui-se neste contexto a inclusão de outros determinantes ainda pouco explorados no campo da saúde, tais como: meio ambiente, com destaque para o manuseio e controle de resíduos tóxicos/poluentes; coleta, tratamento e reciclagem de lixo; ampliação do saneamento básico; utilização consciente dos recursos naturais (água, solo, madeira, etc) obedecendo aos princípios da sustentabilidade. É neste contexto que escola ganha papel decisivo como instrumento poderoso para a mudança de mentalidade da população brasileira através do exercício permanente da cidadania mediante a troca de experiências e de saberes. É bom lembrar que, em função da diminuição na taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida, o Brasil vivencia atualmente o processo de transição demográfica, com conseqüente envelhecimento populacional. Esta mudança no panorama demográfico traz consigo impacto significativo no perfil epidemiológico. Com isso, a demanda de cuidados para as doenças relacionadas com o envelhecimento exigirá profundas modificações no modelo de assistência, para que os programas de saúde possam atender realmente as emergentes necessidades da população. Ou seja, é pertinente a Defesa da reformulação da atenção à saúde de forma a considerar as condições de vida e as especificidades individuais, expondo os limites das propostas em vigor. Ou seja, a adoção da abordagem social no processo saúde-doença com a devida articulação dos processos biológicos, sociais, psicológicos e culturais fornecerá as bases para a compreensão da saúde em seu aspecto mais totalizante.

É premente ressaltar que a promoção da saúde não é exclusiva do setor Saúde ou Educação. É imperioso avançar ainda mais na implementação de políticas sociais, que privilegiem a melhoria dos determinantes sociais do processo saúde-doença, como por exemplo: educação, habitação, transporte, cultura, entre outras. Da mesma forma as políticas econômicas, precisam ser redefinidas para favorecerem a melhoria das condições de saúde e de vida da população, com vistas à equidade, justiça e direitos de cidadania. Por tudo isso é importante fomentar iniciativas que envolvam toda a comunidade escolar, atravessando os muros para abrir espaço o estímulo ao protagonismo infanto-juvenil e à auto-estima dos escolares. Para tanto, esforços devem ser desenvolvidos no sentido de consolidar as iniciativas existentes, apoiar novas experiências e implementar estratégias para facilitar o intercâmbio entre as escolas e divulgar o que vem se desenvolvendo, uma vez que o trabalho realizado é mais um espaço além do setor Saúde para promover saúde, desenvolver estilos de vida saudáveis e orientar sobre condutas de risco para a saúde. Estamos falando de inovação, integração e humanização com sensibilidade. E neste contexto devemos apoiar as experiências que apresentam potencialidade em orientar o processo de produção de saúde, reconstruindo-o numa perspectiva libertadora, reflexiva, criativa e transformadora. Assim o processo de construção caminha pela perspectiva do saber/conhecimento coletivo que reflete a realidade vivenciada, servindo de referência para a constituição de sujeitos sociais que assumem o protagonismo de sua saúde e de suas vidas.

Dessa forma, além do processo político-institucional existem outros desafios que precisamos enfrentar que representa: 1) romper com o caráter prescritivo, desarticulado e focalizado das ações desenvolvidas para alcançar novos arranjos institucionais integrados, intersetorializados e participativos; 2) transformar metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais, favorecendo a ressignificação da escola enquanto espaço de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos identificam-se, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudável e cidadã; e, 3) promover o protagonismo da escola como espaço de produção de saúde em seu território, propiciando a discussão a respeito dos determinantes sociais da saúde/doença nessa população, e a mobilização em torno do direito à saúde, com vistas ao fortalecimento da participação da comunidade escolar nos espaços de controle social e de gestão participativa do Sistema Único de Saúde.

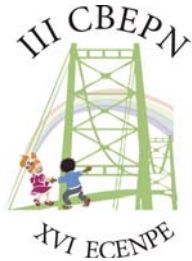


**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Desta forma, vale destacar o papel do enfermeiro como elemento articulador entre as necessidades da criança e sua família e da comunidade educativa, numa perspectiva integral, integrada e humanizada. Nesse sentido é importante destacar o compromisso social do enfermeiro com a qualidade da assistência prestada. Esta qualidade deve estar centrada no atendimento às reais e potenciais necessidades da clientela⁷. Para a otimização da atuação profissional é pertinente ressaltar que diversos determinantes podem influenciar na implementação de estratégias adotadas pelos profissionais no cenário da escola. Dentre várias merecem destaque: 1) compromisso profissional caracterizada pela motivação e envolvimento com as atividades desenvolvidas; 2) “(des)”crença na efetividade das ações de educação para a saúde, como produto oriundo da visão de mundo dos profissionais, dificultando a internalização dos preceitos preventivos e promotoras da saúde, bem como favorecendo a resistência à modificação dessas atitudes; 3) interações profissionais: que (a) quando produtivas estimulam solidariedade, iniciativa e intercâmbio de saberes, e (b) quando não-produtivas estimulam conflitos que favorecem falta de comunicação, desentrosamento da equipe de saúde com todos os atores sociais que pertencem ao ambiente da escola; 4) formação e qualificação profissional, pois estas devem ser vistas como caminho para mudança do pensamento e das ações e condutas dos profissionais de saúde. Contudo sabemos que na realidade a formação acadêmica, em algumas Instituições de Ensino Superior não tem dado conta em preparar o profissional de enfermagem de forma consistente, em nível da graduação, para lidar com as questões complexas que emergem da prática profissional. Soma-se a este panorama o desestímulo à qualificação profissional, uma vez que poucas instituições, no país, estruturam políticas de recursos humanos privilegiando a capacitação de seus profissionais como instrumento para a melhoria dos serviços prestados ao público alvo⁷.

Neste sentido, muitos instrumentos podem ser empregados como elementos otimizadores para a atuação da(o) enfermeira(o) na escola, tais como: 1) descentralização das ações de educação para a saúde e estímulo a participação coletiva; 2) fortalecimento de estratégias que visem a motivação e envolvimento dos profissionais mediante a valorização dos mesmos e melhoria das relações de trabalho; 3) implementação de atividades voltadas para o treinamento contínuo em serviço, e , principalmente ampliar e otimizar a política institucional de qualificação dos profissionais tendo como objetivo: estimular nos profissionais de saúde em geral, assim como de enfermagem, à aquisição e/ou maximização de suas habilidades técnicas, organizacionais, comunicativas, sociais, pessoais e sócio-políticas. Com isso, espera-se que a(o) enfermeira(o) amplie sua capacidade de dominar e compreender os processos, informações, conteúdos, regras e procedimentos específicos para melhor aplicá-los no atendimento aos escolares.

Da mesma forma que na esfera organizacional o domínio da capacidade de planejamento, gerenciamento, flexibilização do processo de trabalho favorece a. amplificação dos resultados almejados, bem como amplia o campo de atuação. Já as habilidades comunicativas, representadas pela capacidade de expressão e comunicação em grupo, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo e da negociação e comunicação interpessoal certamente contribuem para a ampliação da interação e integração efetiva de todos os agentes envolvidos na relação enfermeira(o) e comunidade escolar). Também é importante frisar que a(o) enfermeira(o) que atua na área de saúde escolar deve exercitar a capacidade de utilizar todos os seus conhecimentos em diversas situações, transferindo-os do cotidiano da vida comum para o ambiente de trabalho e vice-versa, assumindo suas responsabilidades com iniciativa, criatividade e interagindo com o cliente para valorizar a autonomia que este possui sobre seu próprio corpo, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida. Sob esta vertente o profissional de enfermagem deve ter claramente a compreensão que seus atos profissionais terão impactos diretos e indiretos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sobre a clientela, sua família e demais membros da comunidade escolar. Esta reflexão sobre a esfera do mundo do trabalho nos possibilita a tomada de consciência da qualidade e das implicações éticas do trabalho desenvolvido, da autonomia inegociável de ação da enfermagem pediátrica no campo da saúde escolar, bem como o compromisso social da enfermagem no que diz respeito aos aspectos legais e político-sociais que são permeados principalmente pela busca permanente do pleno exercício da cidadania do profissional e de sua clientela. Para fortalecer as afirmativas anteriormente citadas, devemos entender a Enfermagem como uma ciência humana, de pessoas e experiências, com campo de conhecimentos, fundamentações e práticas que abrangem o estado de saúde e doença; exigindo portanto dos profissionais que a exercem competência técnica, capacidade criativa, de reflexão, de análise crítica e um aprofundamento constante de seus conhecimentos técnico-científicos¹⁷.

Por último, mas não por fim, acreditamos ser de suma importância a ampliação do espaço de atuação do enfermeiro na comunidade escolar, tendo em vista que a enfermagem zela pela abordagem holística, integral, integrada e principalmente humanizada em todos os níveis de atenção à saúde da população. Outro aspecto que nos chama atenção é o papel do enfermeiro como educador, com destaque para a aliança de saberes estabelecida entre o enfermeiro e sua clientela, mediante interações dialógicas produtivas. Ou seja, o enfermeiro deve desenvolver um plano educacional que atenda as necessidades reais necessidades e expectativas¹⁸. Para isso, o enfermeiro deve aprimorar suas ações direcionando-as à internalização de atitudes geradoras de vida e de saúde por parte da criança, sua família, e demais membros da comunidade escolar, na busca da promoção da saúde, visando a superação de obstáculos, tais como: participação efetivo da família no cotidiano escolar, articulação das relações intersetoriais e interinstitucionais para o planejamento de ações conjuntas que possam refletir a realidade da comunidade assistida.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, saúde escolar, saúde coletiva.

6. Referências Bibliográficas

1. Júnior JBR, Nogueira RP (coord.). As Condições de Saúde no Brasil. In: Finkelman J (org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2002, cap.2, p. 118-56
2. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Evolução da Mortalidade no Brasil. Saúde Brasil 2004 – Uma Análise da Situação de Saúde. Brasília, 2004. Cap. 3, p. 85-133.
3. Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, et al. Mortalidade no Brasil em períodos recentes de crise econômica. Rev Saude Publica 2003; 37(6):699-709
4. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial de Saúde. In: Conferência Internacional de Saúde. 19-22 de Julho de 1946. New York: OMS.
5. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial de Saúde. In: Conferência Internacional de Saúde. Julho de 1948. New York: OMS.
6. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa de Orçamentos Familiares / POF. 2002/2003.
Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia>. Acessado em 08/06/09
7. Lucas, Eduardo Alexander Júlio César Fonseca. A Prevenção e o Controle das Infecções Hospitalares na Terapia Intensiva Neonatal: Propostas Governamentais, Institucionais e Estratégias Adotadas pelos Profissionais da Saúde. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2001, 222 p.
8. Santos, Antonio Eduardo Vieira dos. Riscos de Infecções Hospitalares na Unidade de Terapia Neonatal: A Enfermagem e os Procedimentos Invasivos pelo Estudo do Cateterismo Umbilical. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2000, 227 p.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

9. Tyrrel, Maria Antonieta Rubio, Santos, Antonio Eduardo Vieira dos and Lucas, Eduardo Alexander Júlio César F. Ensino de Enfermagem Obstétrica no Brasil: (des)acertos 1972-1996. Rev. bras. enferm., Dez 2005, vol.58, no.6, p.677-681.
10. Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev.– Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005
12. Figueiredo, T.A.M et al. A saúde na escola: uma breve revisão histórica Health at School: a Brief History. Ciência e Saúde Coletiva.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
14. Brasil. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Atenção à Saúde / Diretoria de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania - Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. – Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação, 2008. 23 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
15. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 272 p. – (Série Promoção da Saúde; nº 6)
16. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. Rev. Saúde Pública, v.36, no.4, p.533-535, agosto 2002
17. Universidade Federal do Rio De Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Página da web. Disponível em www.eean.ufrj.br. Acessado em 20 de agosto de 2009, às 13: 47h
18. Cabral, Ivone Evangelista et al. Síntese das Negociações entre o Saber Acadêmico e o Senso Comum na Estimulação Cultural Familiar-Cultural. Aliança de Saberes no Cuidado e Estimulação Criança-Bebê. Rio de Janeiro: Ed. EEAN/UFRJ, 1998, p.254



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Pedagogia hospitalar: desafios pedagógicos e institucionais

Rejane de S. Fontes*

Os registros dos primeiros trabalhos educacionais realizados em hospitais no Brasil datam de 1931, tendo início na Santa Casa de Misericórdia, em São Paulo, cujos arquivos datam do período de 01/08/1931 a 10/12/1932 (MAZZOTTA, 2005). Contudo, uma definição mais precisa deste tipo de trabalho no âmbito educacional brasileiro só chegou em 1994, com a Política Nacional de Educação Especial. Segundo ela, “Classe Hospitalar é um ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar” (BRASIL, 1994, p. 20). Essa definição, ainda muito próxima do conceito de escolarização, indicava apenas uma transposição das atividades realizadas no espaço escolar para o ambiente hospitalar.

Com o intuito de ampliar esta definição, em 2002, o Ministério da Educação (MEC) publicou o documento basilar para esta modalidade de ensino com o título *Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações* (BRASIL, 2002). Neste documento, entende-se que o aluno da classe hospitalar é o educando cuja condição clínica interfere em sua permanência ou frequência escolar de forma temporária ou permanente, necessitando de um acompanhamento educacional durante seu processo de hospitalização. É importante lembrar, porém, que este atendimento pedagógico deverá ser orientado pelo processo de desenvolvimento do educando e construção de conhecimento, exercido de forma integrada aos serviços de saúde. Para tanto, a oferta curricular ou didático-pedagógica deve ser flexibilizada, contribuindo para a promoção de saúde e ao melhor retorno da criança e/ou adolescente aos estudos interrompidos.

O trabalho pedagógico em hospitais apresenta diversas interfaces de atuação. No entanto, é preciso deixar claro que tanto a educação não é elemento exclusivo da escola como a saúde não é elemento exclusivo do hospital. O hospital é, inclusive, segundo definição do Ministério da Saúde, um espaço de educação.

Refletir sobre a atuação de pedagogos em hospitais tem sido uma questão bastante delicada na recente, mas já polêmica discussão sobre a prática pedagógica em enfermarias pediátricas.

A discussão começa entre duas correntes teóricas aparentemente opostas, mas que podem ser vistas como complementares. A primeira delas, talvez a mais difundida hoje no Brasil e com respaldo legal na Política Nacional de Educação Especial (BRASIL, 1994) e seus desdobramentos - Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001), defende a prática pedagógica em Classes Hospitalares.

Segundo a política do MEC, Classe Hospitalar é um ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar” (BRASIL, 1994, p. 20).

Esta corrente defende a presença de professores em hospital para a escolarização das crianças e jovens internados segundo os moldes da escola regular, contribuindo para a diminuição do fracasso escolar e dos elevados índices de evasão e repetência que acometem freqüentemente essa clientela em nosso país.

A outra corrente de pensamento sugere a construção de uma prática pedagógica com características próprias do contexto, tempos e espaços hospitalares e não simplesmente transplantada da escola para o hospital. Segundo Taam (1997), faz-se necessária a construção

* Doutora em Educação pela UERJ, Especialista em Regulação de Aviação Civil da Agência Nacional de Aviação Civil e Supervisora Educacional no Município de São Gonçalo (RJ). E-mail: rejane_fontes@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de uma “pedagogia clínica”, termo utilizado em seu artigo publicado na Revista Ciência Hoje. Com forte embasamento na Teoria da Emoção do médico francês Henri Wallon (1879-1962), Taam (2000) defende a idéia de que o conhecimento pode contribuir para o bem estar físico, psíquico e emocional da criança enferma, mas não necessariamente o conhecimento curricular ensinado no espaço escolar.

Observa-se, assim, que a Pedagogia Hospitalar é um trabalho especializado bastante amplo que não se reduz à escolarização da criança hospitalizada. Ela busca levar a criança a compreender seu cotidiano hospitalar, de forma que esse conhecimento lhe traga um certo conforto emocional. Isso lhe pode ajudar a interagir com o meio de uma forma mais participativa.

Mais do que o profissional, o maior parceiro da criança é a outra criança que está dentro do hospital, que almoça, acorda e passa pelo sofrimento junto com ela. É papel do professor incentivar essa parceria, essa solidariedade, buscar fazer com que a criança enxergue o outro como alguém semelhante a ela. Isso é um processo educativo que não está atrelado diretamente ao conteúdo curricular. Propõe-se uma atividade comum para que duas crianças escrevam uma historinha. É dessa forma que se vai introduzindo sutilmente uma atividade pedagógica sistematizada num contexto de brincadeira. Se houver um livro didático com o corpo humano, o professor pode mostrar para a criança diabética o que é a insulina e para que serve o pâncreas. Esse conhecimento curricular surge “espontaneamente” e tem uma significação autêntica para a vida da criança. Assim, podemos entender Pedagogia Hospitalar como uma proposta diferenciada da Pedagogia Tradicional, uma vez que se dá em âmbito hospitalar e que busca construir conhecimentos sobre esse novo contexto de aprendizagem que possam contribuir para o bem estar da criança enferma.

A contribuição das atividades pedagógicas para o bem estar da criança enferma passa por duas vertentes de análise, a primeira aciona o lúdico como canal de comunicação com a criança hospitalizada, procurando fazê-la esquecer, durante alguns instantes, o ambiente agressivo no qual se encontra, resgatando sensações da infância vivida anteriormente à entrada no hospital. A segunda, porque ao conhecer e desmitificar o ambiente hospitalar, resignificando suas práticas e rotinas, como uma das propostas de atendimento pedagógico em hospital, o medo da criança que paralisa as ações e cria resistência, tende a desaparecer, surgindo em seu lugar, a intimidade com o espaço e a confiança naqueles que aí atuam.

Esta definição, no entanto, não exclui o conceito de Classe Hospitalar. Pelo contrário, a Pedagogia Hospitalar parece ser mais abrangente, pois não exclui a escolarização de crianças que se encontram internadas por várias semanas ou meses, mas a incorpora dentro de uma nova dinâmica educativa.

Se o período de internação da criança no hospital for quinzenal, o que é bastante comum nos hospitais que possuem enfermagem pediátrica, dificilmente o professor irá desenvolver um trabalho escolarizado do tipo proposto pela Classe Hospitalar em seu sentido estrito de escolarização. Não há tempo para o currículo oficial, enquanto a criança tenta se familiarizar com aquele universo, que é completamente estranho e, muitas vezes, assustador. A sugestão da Pedagogia Hospitalar é a de que o professor trabalhe atividades lúdicas de reconhecimento do espaço, de sua doença e de si própria, durante os primeiros quinze dias de internação da criança, no sentido de tranquilizá-la acerca do ambiente hospitalar. E caso a criança permaneça hospitalizada por mais tempo, o desejo por atividades mais próximas das do tipo escolar irá aflorar quase espontaneamente no universo hospitalar. Pois, o desejo de aprender engendra o desejo de viver junto a criança doente, que vê na escola e na figura do professor, a referência à infância que foi deixada do lado de fora do hospital.

O brincar deve fazer parte da vida de toda criança e a educação é necessária na vida de cada ser humano, por isso, é fundamental a continuidade do desenvolvimento da criança no ambiente hospitalar, pois mesmo hospitalizada continua sendo criança e precisa ter todas as



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

suas necessidades básicas fundamentais atendidas (FONTES, 2005; FONTES & VASCONCELLOS, 2007; VASCONCELLOS & SARMENTO, 2007).

As crianças internadas com graves comprometimentos físicos geralmente são pacientes que passam anos nos hospitais e se beneficiam muito de uma abordagem pedagógica do tipo proposto oficialmente pela Classe Hospitalar, pois quando recebem alta hospitalar, e não tendo recebido este tipo de atendimento, acabam encontrando muitas dificuldades para frequentarem uma escola regular já que se ausentaram durante muito tempo da escola para realização do tratamento médico.

Essas crianças, por passarem muito tempo internadas, acabam tendo um contato muito próximo com os professores hospitalares, o que faz com que, as atividades escolares nesta instituição, com estas crianças, tenham uma maior regularidade e se assemelhem muito aos moldes das escolas oficiais, muito embora, em alguns momentos, estas crianças, mesmo que no hospital, sintam-se indispostas e não possam acompanhar as programações escolares". (PAULA, 2002, p. 13)

Nem mesmo os pais, no início, têm clareza do que seja a Pedagogia Hospitalar. Com o desenrolar das atividades, eles passam a vê-la de uma forma terapêutica. Não a vêem de forma pedagógica, e essa é a nossa luta, porque não somos terapeutas. Somos professores e o processo tem que ser pedagógico. Como não há psicólogo no setor pediátrico de muitos hospitais, acabamos assumindo erroneamente essa função, recebendo os pais que nos procuram para dialogar, desabafar e obter conhecimentos. Os médicos, em geral, dão o diagnóstico, usando palavras de difícil compreensão. Com isso, os pais nos procuram para compreender o diagnóstico apresentado.

E essa pode ser também uma via de entrada do professor no hospital. A atuação se dá, então, não somente junto à criança, mas também junto aos pais. O professor faz a ponte entre o discurso oficial, que é o do médico e o discurso do senso comum, que é o dos pais ou responsáveis pela criança. Quando eles se tranqüilizam em relação à doença do filho, passam isso para a criança, o que ajuda no tratamento da doença. Atuando dessa forma, o professor não está fugindo da sua atuação como professor. Pelo contrário, está ampliando a rede de relações dentro do hospital. Mas, apesar disso, ainda existe uma relação complexa entre os professores e os profissionais da saúde, que é marcada pela exclusão.

Essa discussão desdobra-se inevitavelmente na formação desse profissional de educação para atuar junto à criança hospitalizada. O universo da criança hospitalizada ainda é pouco conhecido nas instâncias educacionais de formação pedagógica e, portanto, pouco explorado como *locus* próprio de atuação do professor e espaço de aprendizagem.

A partir destes posicionamentos, pode-se verificar o quanto se faz necessária a discussão coletiva no Brasil para a construção de uma pedagogia em hospitais. É possível observar que ainda existem muitas indefinições no Brasil quanto à melhor forma de educação que venha ao encontro dos interesses e das reais necessidades para crianças hospitalizadas, tanto no hospital, como fora dele, tanto para as crianças, como para os professores. Há um processo de construção de um saber específico para esta área. (PAULA, 2002, p.7)

Como pano de fundo da discussão ora apresentada não poderíamos deixar de pensar na vinculação entre a formação do professor e sua prática pedagógica em hospital. Quais são as pontes que unem e os abismos que separam a formação inicial e a vivência educativa? Como formar professores nas universidades preparando-os para um exercício de autonomia, com *vocação para ser mais* (FREIRE, 1998), para transcender os limites que a faculdade lhes oferece e chegar a uma prática realmente emancipatória?

Embora a grande maioria de professores que atuam com crianças em hospitais possuam



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

formação em nível de pós-graduação na área educacional (cf. FONSECA, 2001), a formação em serviço é, indubitavelmente, o que tem assegurado um nível de qualidade crescente nessa modalidade de atendimento pedagógico, uma vez que não existe um curso, reconhecido pelo MEC, voltado para esse tipo de profissionalização. Mas, apenas isto, não basta. Precisamos garantir maiores e melhores condições de acompanhamento pedagógico-educacional à clientela infanto-juvenil internada que certamente virá com a formação específica de profissionais nesta área de conhecimento.

No entanto, a atuação do professor exigirá o desenvolvimento de habilidades que nenhum curso ensina. Refiro-me à disposição para saber trabalhar com o imprevisto (*uma criança repentinamente começa a ter convulsões, uma outra teve uma recaída aparentemente inexplicável ou, ainda, aquela que foi tirada da atividade para tomar medicação intravenosa*). É preciso estar atento à pluralidade de aspectos sutis que atravessam o cotidiano hospitalar e compõem a diversidade do grupo de crianças hospitalizadas. Os professores sabem que cada momento no contexto hospitalar deve e precisa ser vivido em toda sua intensidade. Para isso, é fundamental que o professor hospitalar saiba escutar, compreender a criança enferma. A sensibilidade é, assim, uma habilidade que nenhum curso ensina, mas que todos que almejam esta prática devem desenvolver.

A escuta pedagógica como tratamento: uma proposta

O ofício do pedagogo no hospital apresenta diversas interfaces (política, pedagógica, psicológica, social, ideológica), mas nenhuma delas é tão constante quanto a da disponibilidade de se estar com o outro e para o outro. Certamente fica menos traumático enfrentar este percurso quando não se está só, podendo compartilhar com o outro a dor, através do diálogo e da escuta atenciosa.

Para as crianças que já compreendem o processo de hospitalização, ter acesso de forma simples às informações a respeito da doença e de si própria, dissipa-lhes as fantasias, amenizando-se os medos. Para as crianças pequenas, só as atividades recreativas podem distraí-las, diminuindo um pouco da sua ansiedade neste ambiente que lhe parece hostil.

Em alguns casos as reações à hospitalização podem agravar ou se confundir com os sintomas da doença que determinou a internação.

Algumas medidas como explicar à criança o motivo de sua internação, não mentir, visitar regularmente a criança, desenvolver atividades lúdicas com ela, escutá-la são contribuintes para diminuir os traumas do hospitalismo[†].

Ceccim (1998, p. 31) fala da escuta pedagógica para agenciar conexões, necessidades intelectuais, emoções e pensamentos e que entendo como pontos importantes para serem recuperados neste texto. Segundo este autor,

O termo escuta provém da psicanálise e diferencia-se da audição. Enquanto a audição se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis, a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras, as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e postura. A escuta não se limita ao campo da fala ou do falado, [mais do que isso] busca perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade.

[†] Renne Spitz (1965) observando crianças em hospitais de caridade, denominou de hospitalismo o conjunto dos fenômenos apresentados por elas. Spitz observou que nas crianças pequenas, a ausência e/ou falta de estímulos maternos são causadoras de perturbações emocionais. Estas perturbações se exteriorizam por intermédio de três reações: a primeira, de protesto violento, com choro intenso e agitação; a segunda, de desespero, quando a criança silencia e aparenta tranqüilidade; e a terceira, de resignação melancólica, resultado de uma adaptação patológica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Essa escuta pedagógica de que nos fala Ceccim (1998) deve transcender o físico, aparentemente imediato e adentrar o mundo silencioso e/ou silenciado das subjetividades da criança enferma. Desse modo, a escuta se materializa numa perspectiva de atenção integral como escuta à vida, resgatando o conceito de saúde como afirmação da própria vida.

Começamos a perceber nesse contexto intersubjetivo do hospital, em que se interpenetram os conceitos de educação e saúde, uma nova perspectiva de educação que fertilize a vida, pois o desejo de aprender/conhecer engendra o desejo de viver no ser humano.

A escuta pedagógica diferencia-se das demais escutas realizadas pelo Serviço Social ou Psicologia no hospital, ao trazer a marca da construção do conhecimento sobre aquele espaço, aquela rotina, as informações médicas ou aquela doença, de forma lúdica e, ao mesmo tempo, didática. Na realidade não é uma escuta sem eco. É uma escuta da qual brota o diálogo, que é a base de toda a educação.

Nesta perspectiva, a abordagem pedagógica pode ser entendida como instrumento de suavização dos efeitos traumáticos da internação hospitalar e do impacto causado pelo distanciamento da criança da sua rotina, principalmente no que se refere ao afastamento escolar. As atividades pedagógicas aí desenvolvidas objetivam justamente minimizar os efeitos da hospitalização, na medida em que atendem as necessidades básicas de desenvolvimento infantil em situação de risco, possibilitando que as crianças internadas mantenham o vínculo com sua vida fora do hospital. O período de hospitalização é transformado, então, num tempo de aprendizagem, de construção de conhecimento e aquisição de novos significados, não sendo preenchido apenas pelo sofrimento e o vazio do não desenvolvimento afetivo, psíquico e social.

O desconhecimento da família, da escola e da criança sobre a doença e, em contrapartida, o desconhecimento do médico sobre o não saber do paciente e sua família, são responsáveis pela construção de aparentes 'obstáculos' que geram a angústia diante do desconhecido, tornando-o temível. A família e a criança precisam ter acesso ao conhecimento das enfermidades de maneira simples, porém a partir de uma estrutura de profissionais que acolham as suas dificuldades nesse processo.

Durante o tempo de hospitalização o volume de informações a que as crianças e seus acompanhantes estão submetidos precisa ser trabalhado pelo professor que também deve propiciar atividades de socialização das crianças e de seus conhecimentos, sejam eles escolares, informais ou hospitalares (como é o caso das crianças reincidentes ou com maior tempo de internação). A criança aprende a criar mecanismos para minimizar seu sofrimento e este mecanismo pode ser socializado e até utilizado por outras crianças. Essa também é uma prática educativa, mediada pelo indivíduo mais experiente da cultura.

Qualquer criança tem a necessidade e o direito de falar e, principalmente, de ser ouvida. O espaço educativo hospitalar se constrói essencialmente sobre a ação dialógica e a troca de informações. Ou seja, é na troca e no diálogo que se desenvolvem as condições para uma efetiva aprendizagem. Todavia, as informações médicas em vez de ajudarem, podem se tornar um empecilho ao processo de aprendizagem e comunicação médico-paciente, pois é conhecido o distanciamento que há entre o discurso médico e o entendimento do paciente. Esse hiato na comunicação também pode se constituir num espaço de atuação do pedagogo no hospital.

Outro espaço de atuação importante será sempre junto às mães acompanhantes que se mostrem extremamente ociosas e necessitem de uma atividade, para que compreendam o processo de internação de seus filhos e possam auxiliá-los em seu tratamento, além de contribuir para diminuir a ansiedade que contamina o circuito emocional da díade mãe-



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

criança[‡].

O importante é perceber a criança e seus familiares como seres pensantes que, quando chegam ao hospital, já trazem histórias de vida, conhecimentos prévios, mesmo que deturpados, sobre o que é saúde, doença e sobre sua ação na dinâmica saúde/doença. A atuação do pedagogo deve ser a de proporcionar uma articulação significativa e agradável entre o saber do cotidiano do paciente e o saber científico do médico, sempre respeitando as diferenças que existem entre ambos os saberes.

É preciso reconhecer o paciente como agente promotor de sua própria saúde, passando de objeto a sujeito de seu conhecimento.

O conhecimento da realidade passa pelo conhecimento de nós mesmos enquanto indivíduo e grupo, enquanto ser passional e racional, ser de relações com o mundo e com os outros, enquanto sujeito e objeto de nosso próprio conhecimento. Esse conhecimento que é sempre provisório e incerto. Por isso, talvez seja necessária uma outra forma de conhecimento, um conhecimento que nos una pessoalmente ao que estudamos.

A educação com crianças hospitalizadas é apenas mais uma possibilidade no leque das práticas educativas contemporâneas, no entanto, através dela, podemos vislumbrar a construção de novos tempos em novos espaços de aprendizagem como um diferencial no processo de inclusão de crianças em situações de risco.

Palavras-chave: pedagogia, hospital, saúde

Referências:

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial*. Brasília, DF. (Mensagem especial; v. 1) 1994.

_____. LDB - Darci Ribeiro. Lei n.º 9 394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Imprensa Nacional - Brasília - DF em 23/12/1996, ano CXXXIV, n.º 248.

_____. Diretrizes Nacionais de Educação Especial. Brasília – DF, Resolução CNE/CEB n.º 2 de 11/09/2001.

_____. *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações*. Brasília: MEC; SEESP, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg, & CARVALHO, Paulo R. Antonacci (Org.) *Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

FONSECA, Eneida Simões da. *Atendimento escolar hospitalar: o trabalho pedagógico-educacional no ambiente hospitalar. A criança doente também estuda e aprende*. Rio de Janeiro: Uerj, 2001.

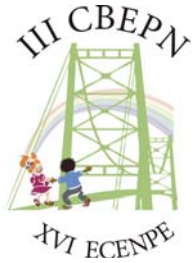
FONTES, R. S. A Escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da Educação no hospital. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n.º. 29, p. 119-138, maio/ago. 2005. Disponível em: <http://www.anped.org.br>. Acesso em: 22 jan. 2007.

_____.; VASCONCELLOS, V.M.R. O papel da educação no hospital: uma reflexão com base nos estudos de Wallon e Vigotski. *Cadernos CEDES – Educação da criança hospitalizada: as várias faces da pedagogia no contexto hospitalar*, Campinas, v. 27, n.º. 73, p. 279-303, set./dez. 2007.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. Crianças e professores em hospitais: aprendizes especiais na diversidade dos contextos hospitalares. In.: *Igualdade e diversidade na educação - Programas e resumos: painéis e pôsteres - Anais eletrônicos do XI Endipe – Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino*. Goiânia, 26 a 29 de maio de 2002.

[‡] Sobre o circuito emocional cf. WALLON, H., 1989 e VASCONCELLOS, V.M.R., 2002.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

MAZZOTTA, M.J.S. *Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 2005.

SPITZ, Renee. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

TAAM, Regina. Educação em enfermarias pediátricas. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 133, p. 74-5, 1997.

_____. *Assistência pedagógica à criança hospitalizada*. 2000. 216f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2000.

VASCONCELLOS, Vera Maria Ramos de. *Construção da subjetividade: processo de inserção de crianças pequenas e suas famílias à creche*. 2002. 185f. Tese (Concurso Público para professor titular em Educação Infantil) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

VASCONCELLOS, V.M.R.; SARMENTO, M.J. *Infância (In)visível*. Araraquara, SP: Junqueira & Marin, 2007.

WALLON, Henri. *As origens do pensamento na criança*. São Paulo: Monole, 1989.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O espaço de interação com os animais

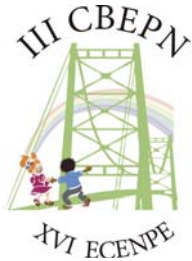
Nanci Cristiano Santos

A relação entre os seres humanos e os animais, especialmente com os cachorros, já existe há milênios. Os animais, historicamente, têm desenvolvido um importante papel no relacionamento com as pessoas por servirem de companhia, estímulo e motivação. Segundo Turner, a Terapia Auxiliada por Animais (TAA) tem seu primeiro registro no século IX, na Bélgica, com relato da utilização de animais para auxiliar pessoas com alguma incapacidade. A enfermeira Florence Nighthale, em 1860, é a autora do relato mais antigo sobre a descrição da participação de animais domésticos em terapias, observando que os animais eram excelentes companhias para os pacientes crônicos. Na Inglaterra, no fim do século XVIII, Netting; Wilson; Novo (1987), realizaram os primeiros registros do uso terapêutico de pequenos animais com a tentativa de diminuir o uso de drogas e restrições no tratamento de indivíduos com problemas psiquiátricos.. No Brasil, Dotti (2005), considera que a pioneira foi a psiquiatra e psicanalista, Nise da Silveira que utilizou cães e gatos em seu trabalho com esquizofrênicos no Centro psiquiátrico D. Pedro II no Rio de Janeiro na década de 50, sua obra não teve reconhecimento pelos profissionais brasileiros daquela época. Seu amigo psiquiatra americano Boris Levinson, em 1960, também publicou sobre a observação do valor terapêutico que o animal possui na interação com o paciente, no cuidado da saúde. Muitas terminologias foram utilizadas a partir da década de 60 para denominar atividades com os animais, assim, a “Delta Society”, uma organização internacional sem fins lucrativos, com o objetivo de promover a melhora da saúde humana sua independência e qualidade de vida com a ajuda dos animais, em 1996 definiu a interação do homem com os animais em duas modalidades: Atividade Assistida por Animais (AAA), que consiste na visitação, recreação e distração por meio do contato dos animais com as pessoas desenvolvendo o início de um relacionamento, propondo entretenimento e motivação, a fim de melhorar a qualidade de vida. A outra modalidade denominada Terapia Assistida por animais (TAA) envolve profissionais da área da saúde que utilizam o animal como parte do trabalho e tratamento, tem objetivos claros e dirigidos, é utilizada para promover a saúde física, social, emocional e funções cognitivas. Carmack; Fila (1989), afirmam que os benefícios da TAA envolvem além dos clientes, os profissionais reduzindo o stress e o burnout. Cientificamente a TAA é reconhecida no mundo, e os países como EUA, Canadá e outros na Europa têm adotado esse trabalho há 40 anos. No Brasil alguns profissionais desconhecem a terminologia internacional oficial e utilizam outras definições como Pet Terapia, Terapia com Animais, Terapia Mediada por Animais, Visita com Animais, Cinoterapia (apenas com cães) entre outras. Os animais utilizados nas duas modalidades são cachorro, gato, peixe, coelho, tartaruga, cavalo, aves, lhama e outros mamíferos. O cachorro é o principal animal utilizado por causa da afeição natural pelas pessoas, facilidade de adestramento e por ter mais reações positivas ao toque. O trabalho feito regularmente promove a mudança da rotina hospitalar geralmente cercada de procedimentos que geram desconforto e dor, promove a interação, a sociabilidade e a comunicação entre as pessoas e os animais, proporcionam alívio das tensões, descontração, alegria e estimula a recuperação do paciente. Dotti (2005) afirma que o animal é o elemento facilitador para a terapia, pode ser considerado a ponte entre o tratamento e o paciente, além de tornar possível uma comunicação não verbal valiosa, através de gestos ou perceptível somente ao olhar, pode ainda aliviar as dores físicas e emocionais, aliviando as angústias e agindo positivamente nos aspectos emocionais. Estudos relatam como benefícios da interação do homem com o animal o aumento de sentimentos de segurança e um estímulo para o exercício. (HARRIS; RINEHART; GERSTMAN,1993). Edney (1995) descreve o efeito fisiológico da presença de animais na diminuição da pressão arterial,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

alívio da ansiedade e considera que incentivar a companhia de animais pode ter efeito de reduzir os níveis de criminalidade e outros comportamentos anti-sociais apresentados pelos jovens. Afirma ainda, que crianças colocadas em contato com animais tem melhor comunicação não-verbal, são mais populares, tem maior competência social e melhores níveis de auto-estima. Vários autores apontam que os animais aumentam o sentimentos de felicidade, segurança, auto-estima, reduzem sentimentos de solidão, isolamento e a depressão, tem o nível de ansiedade e stress reduzidos durante os procedimentos dolorosos, melhora o relacionamento interpessoal e os parâmetros cardiovasculares, a promoção do auto-cuidado, estimula a atividade física e eleva o bem-estar podendo ter um efeito significativo sobre a qualidade de vida e redução do estresse. Para a realização de programas de interação com animais torna-se fundamental considerar os riscos que a transmissão de zoonoses podem trazer aos pacientes, visitantes, equipe, e conseqüentemente, para a instituição de saúde. As zoonoses são as doenças infecciosas transmitidas entre animais e de animais para pessoas. Alguns patógenos podem ser transmitidos também de pessoas para os animais, como as bactérias multiresistentes existentes nos ambientes hospitalares. Para prevenção desses riscos são necessárias adoção de medidas e critérios de segurança. O HU-USP implantou o programa de Atividade Assistida por Animais em 2000, com a participação exclusiva de cães, denominado “Um amor na coleira”. As visitas eram realizadas semanalmente com cães e adestrador voluntários treinados e capacitados. Em 2008, implementou-se o programa “Pet Smile”, também voluntário, coordenado por uma médica veterinária, com a participação de vários condutores treinados além de cães, coelho, tartaruga, porquinho da Índia e chinchila. Os programas obedecem ao protocolo elaborado em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) após revisão da literatura internacional e nacional incluindo legislações e consulta a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e ao Centro de Vigilância do Estado de São Paulo (CVE). O protocolo é constituído por critérios de inclusão e exclusão dos animais, dos condutores e dos pacientes no programa, recomendações aos condutores e a equipe, além de condutas durante incidentes. Os animais são cadastrados na instituição apenas quando atendem todas as exigências quanto a vacinação, condições de saúde, tratamento regular com o veterinário, exame negativo para parasitas, condicionamento físico, adestramento e comportamento. Os animais são treinados previamente para as atividades que serão desenvolvidas na instituição, a qualificação dos mesmos deve ser feita por um adestrador ou veterinário, de acordo com seu treinamento e condições veterinárias. São sempre conduzidos por pessoas treinadas que conheçam o estado de saúde e condicionamento físico dos mesmos. Devem ser livres de parasitoses e ácaros, sem queda excessiva de pêlos, doenças da cavidade oral ou dermatológicas, socializados em áreas públicas, apresentarem comportamento dócil e responderem corretamente aos comandos do condutor. Animais que apresentem alterações de comportamento (anti-social e/ou agressivo) deverão ser excluídos do programa, qualquer sinal de doença infecciosa ou presença de vômito, diarreia, lesões de pele, nariz, olhos com secreção abundante, prurido excessivo ou mordidas impossibilitam o animal de realizar as visitas. Não devem participar dos programas primatas não humanos (ex: micos e chipanzés) devido a dificuldade em treinar animais silvestres em não tocar acidentalmente os genitais e em evitar comportamento agressivo, como as mordidas. É vetada também a participação de filhotes de qualquer espécie animal, devido a falta de controle dos esfíncteres, do treinamento e zoonoses. O condutor deve ter treinamento para executar as atividades com os animais; possuir boa interação com o mesmo; conhecer o ambiente que será atendido pela AAA e também as normas e rotinas do local, higienizar as mãos após contato direto com o animal e outros equipamentos usados durante a visita. O condutor deve fazer a higiene do animal em menos de 24 horas antes da visita para reduzir agentes alérgicos, incluindo banho, corte de unhas, limpeza dos olhos, orelhas, remoção de pêlos através de escovação, além de permitir



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

que o animal tenha tempo para as eliminações fisiológicas antes da visita ao HU-USP. Quando solicitada, a interação do animal junto ao paciente no quadrilátero da cama é necessária a autorização da enfermagem. O local ocupado pelo animal deve estar protegido por lençol da própria instituição, que será imediatamente retirado após a visita àquele paciente. A aproximação do condutor e do animal é sempre feita do lado oposto a região do corpo do participante que esteja imobilizada ou que possua curativo ou que tenha qualquer acesso venoso ou dreno. A limpeza das superfícies antes e após as visitas é realizada utilizando-se álcool 70% se a contaminação não for visível, ou água e sabão e álcool 70% caso a contaminação seja visível. Não é permitido aos animais acesso às áreas de isolamento, cirurgias, preparação de alimentos, refeitório, lavanderia, central de esterilização de materiais, sala de medicação, sala de procedimentos e qualquer outro ambiente que apresente riscos ao animal e/ou rotina do ambiente, tais como: Berçário, Maternidade, Unidade de Diálise, Laboratório, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica ou Adulta. Os critérios de inclusão incluem pacientes, acompanhantes e equipe que não possuam aversão ou alergia a animais e autorizem a proximidade do animal. O consentimento para a visita dos animais aos pacientes é obtido antes da chegada dos mesmos, e deverá ter a assinatura do responsável no Termo de Autorização da Visita dos Animais. São excluídos do programa pacientes em pós-operatório imediato ou que tenham sido submetidos a esplenectomia, pacientes alérgicos, imunodeprimidos (oncológicos ou soropositivos em fase terminal) ou fóbicos. Os pacientes internados em condição de isolamento (contato, gotículas ou aerossóis) podem solicitar a visita, que deve ser feita do lado externo, no corredor, sendo acompanhada pelos solicitantes através do visor existente na porta. A porta do quarto deverá ser mantida fechada, portanto não haverá contato direto entre animal e paciente. É recomendado à equipe de enfermagem que as lesões que estão drenando secreção permaneçam cobertas durante a visita; deve-se evitar o contato do participante com saliva, fezes ou urina do animal; e o contato do animal com secreção do participante como urina, fezes, vômitos, saliva, sangue, feridas ou outras secreções; evitar o contato do animal com a face do participante; lavagem rigorosa das mãos, com água e sabão ou higiene com gel-alcóolico, antes e após tocar os animais ou objetos utilizados durante as visitas. Caso ocorra eliminação de dejetos fecais e urina, deve-se realizar a limpeza adequada imediatamente após o incidente. A equipe de enfermagem, médica e a CCIH deverá ser comunicada em caso de ocorrência de incidentes como mordidas, arranhaduras ou quaisquer incidentes que causam lesões nos participantes e profissionais, doença ou morte prematura do animal do programa. Em estudo realizado recentemente na Clínica Pediátrica do HU-USP, com o objetivo de verificar a opinião dos pacientes, acompanhantes e equipe multiprofissional sobre AAA, participaram 78 pessoas entre acompanhantes e visitantes (57%), pacientes (24%), profissionais (17%), alunos e voluntários, verificou-se que a maioria dos participantes possuem animais na residência, sendo a predominância de cachorros, pássaros, gatos, tartarugas. A maioria dos participantes (67%) desconheciam existência de programas de visitação de animais à pacientes hospitalizados. Quanto a opinião sobre as visitas de animais em instituições hospitalares os participantes referiram ser a favor em 61 respostas, 4 mostraram-se contra e 13 referiram não ter opinião. Os sentimentos observados durante a visita dos animais foram alegria (54), tranquilidade (36), interação das pessoas com os animais (35), socialização entre as pessoas (26), harmonia (24), descontração (23), medo (02) e tensão (02), apenas cinco participantes referiram não perceber mudanças durante as visitas. O cachorro tem a preferência dos participantes, seguido do coelho, do porquinho da Índia e chinchila, a tartaruga foi pouco mencionada. O cachorro é o animal mais presente nas residências e também o preferido nas visitas ao hospital. Todos os participantes consideraram que a visita dos animais pode contribuir para amenizar a experiência negativa que a internação traz para a criança e sua família. O estudo possibilitou concluir que os



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

profissionais pacientes e acompanhantes da área pediátrica reconhecem a importância do programa, aprovam e relatam que a visita dos animais pode melhorar a interação da família com a equipe, a relação da criança com outras crianças, aumentar a aceitação do tratamento oferecido, a colaboração nos procedimentos propostos e a interação da criança com a família. A pesquisa permitiu constatar que o animal é o facilitador da relação entre as pessoas colaborando na interação e socialização entre as mesmas. Os entrevistados mostraram ser a favor do programa, pois mesmo empiricamente reconhecem os benefícios emocionais que a relação do homem-animal podem trazer aos pacientes. Os benefícios percebidos no HU-USP são: um ambiente mais humanizado; favorece a socialização; estimula a memória e a fala através de exercícios; aprimora a habilidade motora através de brincadeiras, carícias e premiação dos animais; torna pacientes e acompanhantes mais receptivos ao tratamento, estabelece parceria com profissionais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, pedagogos, entre outros, para a realização de exercícios. Atualmente temos no Brasil poucos grupos que se desenvolveram nos últimos doze anos, as publicações nacionais são escassas e geralmente são relatos de experiências. Nesse sentido, faz-se necessário aos profissionais de saúde conhecerem os benefícios que os animais podem desempenhar na vida das pessoas e seu impacto sobre as questões da qualidade de vida, assim como o potencial uso terapêutico dos animais como companheiros e como alternativa complementar aos métodos de tratamentos tradicionais. A implantação de novos programas de TAA e AAA nos serviços de saúde viabilizará a investigação científica e o desenvolvimento de ferramentas para avaliar e quantificar melhorias significativas nos resultados funcionais e psicossociais obtidos pelos pacientes a eles submetidos contribuindo também para uma assistência cada vez mais humanizada.

Palavras chave: terapia assistida por animais; atividade assistida por animais; pet terapia; vínculo homem-animal.

Referências:

- CARMACK, B.J.; FILA, D. Animal-assisted therapy: a nursing intervention. *Nurse Manage*, v. 20, p.96-101. 1989
- DELTA SOCIETY. The human-animal health connection. Pet Partners Program. Policies and procedures. Disponível em: <<http://www.deltasociety.org/Page.aspx?pid=317>>. Acesso em: 07 abr 2008.
- DOTTI, J. Terapia & Animais: atividade e terapia assistida por animais -A/TAA Práticas para organizações, profissionais e voluntários. In: O que é A/TAA? São Paulo: Noética, 2005. Cap. 2, p. 29-51.
- EDNEY, A.T. Companion animais e da saúde humana: Uma visão geral. *Journal of the Royal Society of medicine*. v.88, p.704-708. 1995.
- HARRIS, M.D.; RINEHART, J.M.; GERSTMAN, J. Animal assistida terapêutica para o homebound idosos. *Holística Nurse Practice*. V.8, n. 1, p. 27-37. 1993.
- NETTING, F.E.; WILSON, C.C.; NOVO, J.C. O homem-animal bond: Implicações para a prática, *Social Work*. P.60-64. jan./fev.1987.
- NIGHTINGALE, F. Notas sobre Enfermagem. New York: Dower Publications. p.103. 1969.
- TURNER J. Pet therapy. *Gale encyclopedia of alternative medicine*. Disponível em: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi_g2603/is_0005/ai_2603000585/>. Acesso em: 08 set. 2008.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

A família do neonato, da criança e do adolescente dependente de tecnologia e a enfermagem

Elizabete Clemente de Lima*

A filosofia do cuidado centrado na família a reconhece como uma constante na vida da criança. Considerada uma unidade de cuidado, a família necessita que os profissionais da área da saúde lhe forneçam apoio e auxílio no sentido de potencializar as suas forças e desenvolver competências. Algumas crianças desenvolvem necessidades especiais de cuidados decorrentes de patologias genéticas, hereditárias ou adquiridas ou ainda, pós-traumas. Quando requerem o uso rotineiro de um dispositivo para compensar a perda de uma função corporal de manutenção da vida, estas crianças são denominadas dependentes de tecnologia, para as quais são necessários cuidados diários e contínuos realizados por pessoas treinadas (Wong,1999). Diante do diagnóstico da criança e das necessidades decorrentes das incapacidades que venha a apresentar, os pais se deparam com a perda do filho ideal, precisando assimilar muitas vezes perplexos, as dificuldades e necessidades apresentadas pela criança. A dificuldade dos pais em assimilar o grau de cuidados a serem gerenciados para oferecer a melhor qualidade de vida possível à criança independe se esta nasceu com alguma necessidade especial ou veio a desenvolver ao longo de sua existência. Apesar de que, pais de recém-nascidos, além dos cuidados habituais terão que aprender a realizar outros cuidados a fim de satisfazer necessidades humanas básicas, de uma maneira não convencional. Portanto, um prematuro que apresenta dificuldades para ser alimentado por via oral, poderá necessitar do uso de sonda o que implicará em treinamento adequado dos pais no uso desta tecnologia. Um adolescente com cuidados especiais diante do desenvolvimento de uma doença hereditária ou que apresentar dependência de dispositivo tecnológico como decorrência de trauma, também necessitará do envolvimento da família para suprir suas necessidades de cuidados. A maneira como a família irá assimilar a dependência de cuidados especiais do filho dependerá do grau de cuidados necessários, de sua experiência anterior com o processo de doença, do seu ciclo de vida e principalmente, da forma como se organiza para cuidar o paciente. A implementação de um processo de capacitação dos familiares para o cuidado domiciliar ajuda a diminuir a dependência da família nos profissionais, reduz o tempo de hospitalização e aumenta a rotatividade dos leitos hospitalares. Neste processo os profissionais se deparam com diferentes perfis e características de cada membro da família, para os quais devem estar instrumentalizados a fim de poder perceber as diferenças de personalidade, temperamento, cognição, pró-atividade, envolvimento e interesse pela criança. Wong (1999) sinaliza alguns tipos de pais e familiares, para os quais a equipe necessita desenvolver algumas estratégias de relacionamento. Pais omissos são aqueles que confiam e desconfiam; podem não acompanhar a criança; preferem esperar do lado de fora; são muito incertos, quietos; usam pouca comunicação verbal e fazem visitas irregulares. Como estratégias facilitadoras sugerem-se não forçar a participação deles nos cuidados; evitar postura autoritária; utilizar termos simples e desmistificar o ambiente; explicar o que acontecerá a cada etapa do processo terapêutico e enfim, ressaltar como a presença do familiar ajuda a criança. Outro tipo de pais encontrados no cotidiano do hospital são os receptores de cuidados, os quais

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFRGS. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. End. Rua Ramiro Barcellos, 2350. . Porto Alegre - RS. E-mail: elima@hcpa.ufrgs.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

demonstram ter confiança total na equipe; desejam que a equipe tome decisões; são facilmente impressionados pelas informações; obedecem às regras; são propensos a erros de compreensão e concentram-se na criança quando estão com ela. Como estratégias facilitadoras sugerem-se oferecer e fornecer informações; avaliar o nível de compreensão e engajá-los na realização dos cuidados no intuito de melhorar a auto-estima e desenvolver competências. Os pais monitores do cuidado apresentam altos níveis de desconfiança, mantêm a atitude de que podem ser cometidos erros, monitorizam o desempenho de todos, envolvem-se em todas as decisões, desejam altos níveis de informações, conhecem a hierarquia da instituição, buscam cuidados das enfermeiras e solicitam mudanças das regras. Como estratégia para facilitar o relacionamento sugere-se que os membros da equipe acreditem que podem construir sentimento de confiança da família em relação ao processo de cuidado; é importante que a equipe desenvolva maneiras de negociação procurando ser flexível nas regras sem perder o controle da situação. O quarto tipo de pais são os gerenciadores do cuidado. São semelhantes aos monitores, mas menos zangados. São pais que atingem coordenação complexa do tratamento crônico da criança. Como estratégias para facilitar o relacionamento é importante incentivá-los sobre a necessidade de descanso e reconhecê-los como especialistas a respeito de seu filho. Enfim é de suma importância solicitar a opinião dos pais sem estressá-los cuidando para não exigir deles desempenho de membro da equipe. A estratégia facilitadora é a de respeitar seus conhecimentos a respeito da criança, mas não sobrecarregá-los com troca de informações que possam desenvolver nos pais sentimentos de culpa pela piora ou morte do filho. No que diz respeito ao envolvimento da enfermagem no processo de capacitação da família é importante determinar um enfermeiro de referência, ao qual a família possa se reportar sempre que tenha dúvidas e dificuldades ou necessidade de encaminhamentos. Na pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a enfermagem pediátrica desenvolve o Programa de Apoio à Família (PAF) cujo objetivo principal é o de oferecer à criança em suas várias faixas etárias e sua família, uma assistência de qualidade visando o desenvolvimento de competências e autonomia no cuidado. Algumas estratégias foram desenvolvidas para auxiliar especificamente as famílias de crianças com dependência de tecnologia durante o período de hospitalização. No momento da internação é fornecido folder explicativo contendo informações gerais sobre as normas e rotinas da pediatria; realizada avaliação de situações que tragam mais conforto aos pais para que consigam permanecer com a criança por longos períodos; solicitação de avaliação e acompanhamento pela psicologia e serviço social; utilização da “Casa de Apoio” para as mães de crianças moradoras fora do perímetro urbano de Porto Alegre e a implementação de processo de capacitação do familiar para o cuidado domiciliar. Este último tem como objetivo capacitar o familiar na realização de cuidados que necessitará reproduzir no domicílio, como os cuidados com catéteres especiais, aspiração de secreções, troca de curativos, cuidados com a pele, alimentação, administração de medicamentos, dentre outros. A primeira fase do processo diz respeito ao preparo psicológico do familiar com o objetivo de auxiliá-lo a compreender as necessidades da criança. Os pais são os familiares de primeira escolha para participar do processo de capacitação, mas os demais membros da família poderão ser indicados dependendo de como a família se organizará para tanto. A capacitação do familiar cuidador se dá a beira do leito e é iniciada pela enfermeira de referência, sendo reforçada diariamente pelas enfermeiras das unidades de internação. À medida que o familiar vai assimilando as técnicas de cuidado e desenvolvendo competências, a enfermeira vai lhe dando mais autonomia na realização das mesmas. É importante salientar que o incentivo na participação do processo de cuidado durante o período de hospitalização tem como objetivo auxiliar na interação pais e filho (a) e no intuito de prepará-los para o cuidado domiciliar cuidando para não delegar à família os cuidados que são de competência da equipe. Como parte do processo de alta para o domicílio é fornecida aos familiares, uma lista



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de material para o cuidado domiciliar, a qual é encaminhada para a prefeitura do município de origem da família. Na lista se relaciona a quantidade mensal de material necessária para a alimentação e medicação da criança, troca de curativos, necessidade de oxigenioterapia, etc. As orientações fornecidas ao longo do processo de capacitação são reforçadas através de um manual de orientações fornecido aos familiares. Algumas dificuldades ainda são observadas no relacionamento dos pais com os serviços oferecidos pelo hospital, como também quando procuram a rede social de apoio. Desta forma é importante que a equipe avalie e analise as dificuldades enfrentadas pelos pais quando necessitam levar a criança ao serviço de emergência, aos ambulatórios e quando precisa re-internar no hospital, assim como auxiliá-los nas suas dificuldades no encaminhamento de seus problemas à rede pública de apoio. Portanto, para trabalhar com o cuidado à criança dependente de tecnologia em qualquer etapa de sua vida é necessário que a equipe esteja capacitada para perceber a família como fazendo parte do seu mundo. Valorizá-la e apoiá-la em todo o período de internação da criança é de extrema importância, pois, a família representa papel fundamental no processo terapêutico e de alta da criança.

Palavras-chave: pediatria, dependência de tecnologia, família.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

A segurança da criança no meio ambiente

Maria de Jesus C.S. Harada*

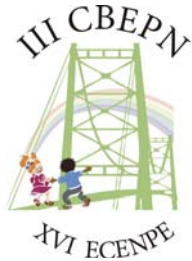
As injúrias intencionais e não intencionais (causa externas) em crianças e adolescentes são considerados atualmente um importante problema de saúde pública. Milhões de crianças morrem anualmente por estas injúrias em todo o mundo, e milhões de outras crianças sofrem das conseqüências quando estas não são fatais. Segundo o relatório World Report on Child Injury Prevention, UNICEF¹(2008), todos os dias ao redor do mundo, a vida de mais de 2000 famílias são dilaceradas pela perda de um filho em decorrência de injúrias não-intencionais ou o chamado "acidente" que poderia ter sido evitado. É imensurável os danos emocionais que essas famílias sofrem, incluindo mães, pais, irmãos, avós e amigos, e muitas vezes os impactos em comunidades inteiras. Essa tragédia pode mudar vidas de forma irrevogável. Injúrias não intencionais são a causa principal de morte em menores de 19 anos. A cada ano, aproximadamente 9.2 milhões de crianças e adolescentes de zero a 19 anos são atendidos em departamentos de emergência e 12.175 morrem como resultados destas causas. O tratamento destas lesões representa a causa principal de gastos médicos com crianças, o custo anual estimado dos eventos não intencionais em crianças nos EUA é de aproximadamente \$300 bilhões de dólares¹. É fato que o perfil epidemiológico da mortalidade de crianças e adolescentes em nosso país modificou-se e, as mortes decorrentes de "acidentes" assumiram papel de destaque para o atendimento nos serviços de emergência e de pronto atendimento. Em 2004, de acordo com dados publicados pelo Ministério da Saúde, houve 755.826 internações provocadas por estas causas sendo que destas, 216.377 foram de pacientes com até 19 anos de idade². Não se pode deixar de considerar também o impacto econômico dos acidentes e violências no Brasil que é bastante representativo. Embora se considerando as dificuldades de realização destes cálculos, estima-se que o gasto diário das hospitalizações (internações) por lesões e envenenamentos é 60% superior à média geral dos atendimentos, isto considerando-se somente às internações SUS, sem contar hospitais particulares ou conveniados³. Para cada morte de criança por causas externas, ocorrem de 20 a 50 hospitalizações; um terço evolui com seqüelas temporárias ou incapacidade permanente, gerando até 1000 atendimentos ambulatoriais. Anualmente, uma em cada dez crianças normais necessita atendimento no sistema de saúde em virtude de injúrias físicas, que levam à ocupação de 10 a 30% dos leitos hospitalares e geram cerca de três casos de incapacitação permanente por cada 1000 habitantes⁴. Este problema de enorme proporção está presente em todas as culturas, níveis de escolaridade, classes sociais e origens étnicas, porém entre as crianças que vivem na pobreza, o ônus da lesão é mais elevado, uma vez que estas crianças são menos propensas a serem beneficiadas com medidas/equipamentos de proteção e orientação¹. Chama-se atenção de que as lesões são também uma importante causa de deficiência, que pode ter um impacto duradouro sobre todas as fases da vida das crianças, nos relacionamentos, no aprendizado e nas brincadeiras. A redução das taxas de morbimortalidade de crianças é uma das principais metas das políticas para a infância em todos os países, pois esses indicadores revelam dados importantes sobre as condições de vida e a assistência à saúde em um país⁵. A superação desse problema requer o envolvimento de todos os segmentos da sociedade, e esta

* Enfermeira. Prof. Adjunta Aposentada da Disciplina de Enfermagem Pediátrica, Departamento de Enfermagem da UNIFESP, Membro do Dpto de Segurança da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Coordenadora da Câmara Técnica do COREN SP. Gestão 2009-2011. End. Rua Prof. Ferreira Paulino, 169, AP- 92 Vila Augusta Guarulhos São Paulo. CEP- 07025020. maria.harada@webcorensp.org.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

deve assumir o compromisso de empreender uma mudança de cultura em médio e longo prazo, sobre os vários aspectos que envolvem as causas externas, principalmente diretrizes de prevenção capazes de mudar as taxas atuais. Os “acidentes” na nossa cultura na maioria das vezes incorporam-se ao cotidiano de todas as camadas da sociedade, sendo muitas vezes encarados como um fato necessário para o aprendizado, inerente ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança ou ainda, algo que ocorre por acaso e portanto, inevitável. Todavia, esta é uma visão equivocada, pois as injúrias não intencionais, na sua maioria, são previsíveis e preveníveis³. Em nosso país, é necessário que se avance na formação e capacitação de pais, médicos, enfermeiros e educadores sobre as questões que envolvem a segurança da criança, pois ainda é incipiente e restrita aos grandes centros urbanos. Por outro lado, nos locais onde existem, os programas são poucos e principalmente orientados para a cura, como na realização de cursos de primeiros socorros ou de reanimação cardiorrespiratória, não atingindo os alvos corretos na cadeia das causas dos eventos³. Quanto ao ambiente onde as injúrias não intencionais acontecem, chama-se atenção para o domicílio, e dentro deste, a cozinha é o local de destaque, principalmente por que as crianças até a faixa etária pré-escolar passam grande parte do tempo no ambiente doméstico⁶. É neste ambiente que se encontram, , objetos perfuro-cortantes, utensílios com partes removíveis, substâncias domissanitárias, bebidas alcoólicas, pesticidas, medicamentos, fios soltos e/ou descascados, tomadas de correntes elétricas desprotegidas. Deve-se levar em consideração também no ambiente doméstico, a segurança de brinquedos e equipamentos de uso doméstico da criança como cadeirão, chupetas, mamadeiras, berços. Neste contexto, gostaria de fazer duas considerações: a primeira é sobre os brinquedos, atualmente a indústria é altamente competitiva, movimenta bilhões de dinheiro, os consumidores querem preços cada vez menores fazendo com que as indústrias procurem materiais de baixo custo e inovações atrativas para nosso pequeno consumidor^{7,8,9}. Nesta tendência, as mudanças recentes na manufatura dos brinquedos incluem o uso de pequenos e poderosos ímãs que são baratos e facilmente acessíveis, de tinas com presença de metais pesados e mais recentemente alguns plasticidas (fitalatos) para deixar os brinquedos mais flexíveis e maleáveis⁷. A segunda consideração é sobre os andadores utilizados rotineiramente por várias famílias em nosso país, sendo que estes também comprometem a segurança da criança, nos EUA, por exemplo, é responsável por 20.000 atendimentos a cada ano, 10 atendimentos para cada 1000 menores de 1 ano, de tão prejudiciais e perigosos para as crianças, sua venda em países como o Canadá já é proibida (2004). Tendo-se associado como principais lesões: fraturas, queimaduras, afogamentos, cortes, traumatismo crânio encefálico, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor¹⁰. Contudo outros ambientes como as escolas, creches, parques-infantis, vias públicas, ou qualquer ambiente no qual a criança freqüente é passível de tais ocorrências. Deve-se ter em mente que para cada tipo de acidente há um padrão demográfico particular, determinado pelo grau de desenvolvimento da criança, ambiente domiciliar, situação familiar, grau de escolaridade dos pais, entorno da moradia, característica da região (urbana ou rural). Assim, a freqüência na ocorrência de determinados tipos de acidentes está associada diretamente à fase de desenvolvimento da criança e aos fatores de risco associados. Há que se considerar que existe a necessidade de se desenvolver uma cultura de segurança, pois as atitudes preventivas são muito eficientes e podem impedir aproximadamente 90% de todas as ocorrências. De acordo com o relatório World Report on Child Injury Prevention, UNICEF¹ (2008), a implementação de intervenções de prevenção comprovadas pode reduzir mais de mil mortes de crianças por dia, neste documento, os autores citam como recomendações gerais sobre segurança da criança, integrar as injúrias numa abordagem compreensiva ao desenvolvimento das crianças; implementar atuações específicas – adaptadas para a realidade regional - para prevenir e controlar estes eventos; fortalecer os sistemas de saúde para atender crianças e adolescentes vítimas de traumas;



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

melhorar a qualidade e a quantidade de informação para a prevenção de injúrias em crianças e por último conscientizar a população, criando a cultura da prevenção. Por outro lado, é imprescindível que exista uma atuação paralela para desmistificar os acidentes como obra do acaso. “Acidentes” são evitáveis e não devem ser encarados como fatalidades, pois o menosprezo ou a banalização de riscos corriqueiros são, de fato, os grandes culpados pela maioria das injúrias que vitimam crianças. É preciso apenas alguns segundos de distração para que os acidentes ocorram, porém as pessoas tendem a acreditar que nunca acontecerão com seus filhos. Durante o atendimento, em qualquer instituição de saúde, de crianças ou adolescentes vítimas de trauma, não se pode esquecer a possibilidade de se estar diante de uma situação de violência, o profissional deve estar atento à possibilidade de a lesão encontrada ser, na verdade, intencional, ou mesmo decorrente de negligência. Para finalizar, enfatiza-se que atualmente, a segurança da criança e adolescente está apoiada por evidências científicas, nas quais confirma-se que a injúria não intencional é passível de controle. A vacina contra os “acidentes” é a prevenção. Para sua implementação necessita-se de perseverança, empenho, dedicação, e acima de tudo, acreditar que a abordagem sobre prevenção pode fazer diferença no futuro de nossas crianças e jovens. É nessa premissa que a segurança da criança deve ser alicerçada.

Palavras-chave: acidentes, prevenção, enfermagem pediátrica

Referências

1. UNICEF. United Nations Children’s Fund (Unicef), World Health Organization (WHO); World Report on Child Injury Prevention. 2008. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/. Acessado: 06 de setembro de 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Mortalidade. Brasil. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabnet>. Acessado: 21 de fevereiro de 2007.
3. Harada MJCS, Pedrosa GC. Prevenção de acidentes na infância. In; Fugimori E, Silva CV (org). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Ed. Manole. 2009.
4. Blank D. Epidemiologia das injúrias intencionais (violência) e não-intencionais (acidentes). In: Fábio Ancona Lopez; Dioclécio Campos Junior, org. Tratado de pediatria - Sociedade Brasileira de Pediatria. 1 ed. Barueri: Editora Manole Ltda., 2007. p. 59-63.
5. Harada MJCS, Pereira SR. Criação de um ambiente seguro. In: Brêtas JRS (org) Cuidados com desenvolvimento psicomotor e emocional da criança. São Paulo: Iátria; 2006. p 227-39.
6. Filócomo FR, Harada MJCS, Pedreira MLG, Silva CV. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10 (1): 41-7.
7. Charles W. Schmidt, Face to Face with Toy Safety: Understanding na unexpected Threat. *Environmental Health Perspectives*. Feb 2008, v. 116, n. 2.
8. Waksman RD, Harada MJCS. Escolha de brinquedos seguros e o desenvolvimento infantil. Rev Paul Pediatr 2005; 23(1): 36-48.
9. Waksman RD, Harada MJCS. Escolha de brinquedos seguros para casa, ambulatório e hospital. Rev Paul Pediatría 2005; 23(1):192-7.
10. Waksman RD, Gikas RM. Segurança na infância e adolescência. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente. São Paulo: Atheneu; 2003.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Segurança da Criança e RN durante o transporte

Melissa Orlandi Honório*

Os primeiros relatos registrados acerca da ocorrência de transporte surgiu na França, no século XVIII quando comandantes de guerra passaram a perceber que ao atender os soldados nos próprios campos de batalha, realizando ali os primeiros atendimentos e depois realizando as remoções, diminuía significativamente as mortes e a redução de seus batalhões. Com a ocorrência da primeira e segunda guerra mundial, a ação de equipes de atendimentos in loco começou a tomar maior notoriedade, e passou-se então, a se pensar em investimentos em meios de transporte e em equipes treinadas para fazer o primeiro atendimento e posterior transporte das vítimas. Assim, o registro da primeira ambulância no mundo foi em Chicago a qual chegava a uma velocidade de aproximadamente 30 km/h. Por volta de 1865, com a disseminação do modelo Francês de atendimento e com a maior ampliação das estradas, as ações de atendimento pré-hospitalar passam a ter maior notoriedade. No Brasil, sobretudo a partir da década de 90, há um maior impulso devido a ação de empresas públicas e privadas neste setor, com a criação de serviços de atendimento móvel de urgência e emergência. A atuação de enfermagem cresce em paralelo a este histórico, e percebe-se ainda hoje a preocupação de cursos de graduação e especialização em começar a preparar melhor os profissionais que atuam nesta área, principalmente pelas especificidades e dificuldades que circundam profissionais que atuam nesta área, já que ainda é considerada uma área de atuação nova e em crescente desenvolvimento. Com este avanço, passa também a surgir preocupações por parte do governo em normatizar tais transportes. Assim, dentre tantas outras portarias, surge a portaria Ministerial 2048 de 2002 que passa a normatizar o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, estabelecendo regras que vão desde as especializações da equipe médica até as características dos veículos e os equipamentos a serem utilizados nas ambulâncias.

Dentre outras preocupações frequentes que vem surgindo, uma delas é o perfil destes profissionais, já que o profissional da enfermagem que atua com crianças e recém-nascidos em situações críticas e de urgência precisam ser preparados e estarem capacitados para atuar nesta área. Estes profissionais por sua vez necessitam ter disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade física e mental, experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências, iniciativa e facilidade de comunicação, condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis além de capacidade de trabalhar em equipe.

Após este breve histórico do surgimento dos atendimentos pré-hospitalar e transportes no Brasil e no Mundo, entraremos especificamente nas questões que circundam as ações de enfermagem para um transporte seguro a criança e ao recém-nascido.

O transporte de pacientes pode ser classificado em três diferentes tipos segundo a sua finalidade:

- * Intrahospitalar - transporte de um doente de um local para outro dentro do hospital
- * Interhospitalar - transporte de um doente entre hospitais
- * Pré-Hospitalar - transporte de um doente de um local não-médico para o hospital de referência ou o hospital mais próximo disponível

Além desta classificação quanto a finalidade, os transportes também podem ser

* Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2001, mestre pela UFSC em 2006. Coordenadora Estadual de Enfermagem do SAMU/SC e enfermeira assistencial da unidade neonatal do Hospital Universitário/UFSC.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

classificados segundo o meio. O veículo a ser escolhido como sendo o mais adequado irá depender das condições clínicas da criança, do tempo de deslocamento e distância até o hospital fim e das condições climáticas. Assim, os meios de transporte mais utilizados são:

AMBULÂNCIA

*** Vantagens**

Serviço porta-a-porta/sem transporte adicional

Sem necessidade de heliporto

Treino/formação do pessoal é fácil

Poucas restrições climatéricas

Acessível economicamente e reembolsável

Membros da família acompanham a viagem

Desvantagens

Náuseas com o movimento

Acesso ao paciente, energia elétrica e luz limitados

Condicionado pelo trânsito

Duração do transporte

Vibração/ruído (69-75 dB)

Necessidade de transportar baterias adicionais e transformadores/AC

HELICOPTERO

*** Vantagens**

Transporte rápido (30-50% do tempo de transporte em terra, 120-180 MPH cobrindo até 150 milhas)

Acesso fácil a locais difíceis

Voo tranquilo

Menor risco de acidentes

Desvantagens

Menor sobrevivência em caso de acidente

Necessidade de heliporto

Limite de espaço e de peso

Acesso limitado ao doente abaixo da cintura

Nível de ruído aumentado (90-110 dB)

Náuseas com o movimento

Restrições climatéricas

Efeitos da altitude (>2400 m)

Custo elevado em cada utilização (50USD/minuto rotor) /reembolso diminuído

O transporte neonatal e pediátrico deve ser cauteloso e para ser seguro necessita de uma equipe capacitada e de equipamentos específicos. A estabilização do paciente deve acontecer antes de se iniciar o transporte já que crianças, sobretudo os prematuros ou RNs de baixo peso são particularmente vulneráveis e ficam facilmente susceptíveis a alterações, principalmente àquelas relacionadas às mudanças de temperatura do ambiente que culminam em instabilidade de temperatura corporal. A incubadora é um equipamento indispensável no transporte de recém-nascidos, sobretudo, prematuros, já que a instabilidade térmica pode resultar em alterações graves. Em crianças maiores, o transporte passa a ser recomendado direto na maca, devendo este estar devidamente seguro através dos tirantes de fixação presos a maca retrátil.

O correto manuseio da criança e RN durante o transporte, bem como a estabilização dos mesmos, favorece um transporte de qualidade e seguro. O uso de incubadora em transporte neonatal é essencial já que garante melhor visualização, acomodação adequada do RN, bem como propicia a manutenção adequada da temperatura corpórea do mesmo. A



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

hipotermia, neste sentido, acaba sendo maléfica ao RN tendo em vista que aumenta o consumo de oxigênio e glicose, podendo levar à hipoxemia, acidose metabólica, hipoglicemia, agravo do quadro respiratório, entre outros. Assim, para prevenir estas e outras complicações, as remoções de RNs devem ser obrigatoriamente em incubadora. Ela deve ser preferencialmente de parede dupla e sua cúpula deve ser de acrílico, permitindo a total visibilidade do paciente e garantindo um efetivo isolamento térmico. A incubadora deve conter painel externo para controle de temperatura, podendo ser programada pelo modo de ar ou modo pele.

O transporte de crianças e RNs deverá seguir algumas premissas básicas que inclui desde a correta estabilização do paciente, fixação da incubadora ou maca, bem como um adequado manuseio e acomodação do mesmo. O posicionamento correto durante o transporte favorece o conforto, minimiza os impactos gerados pelo transporte, garante uma melhor expansão torácica, melhora a saturação de oxigênio, reduz o gasto energético e auxilia no esvaziamento gástrico. A posição de decúbito dorsal facilita a visualização do paciente. A postura em decúbito ventral também pode ser utilizada já que diminui o gasto energético e minimiza o refluxo gástrico, porém dificulta a visualização. Sugere-se, independente da posição a qual for acomodado, o paciente, sobretudo os RNs, deverão estar contidos com uso de coxins e “rolinhos” que simulem a acomodação uterina.

Riscos e acidentes

Os possíveis riscos para o transporte podem ocorrer pelo excesso de trepidação durante o transporte, menor visibilidade do paciente pelo pouco espaço e baixa iluminação ou até mesmo pela incorreta estabilização do RN/criança. As ocorrências poderão estar associadas também às alterações fisiológicas ou clínicas do próprio paciente ou até mesmo por problemas nos materiais e equipamentos: término de oxigênio, bateria dos equipamentos, entre outros. A equipe neste sentido, deve estar atenta, evitando assim, uma extubação acidental, perda de acesso venoso, desconexão de circuitos e extensores, por excessiva movimentação da ambulância ou erro na estabilização da incubadora.

Outro risco que não pode ser desconsiderado é o de acidentes de percursos, como colisões e freadas bruscas. Assim, é exigido que toda a equipe e o familiar acompanhante permaneçam sentados e com cinto de segurança atado durante todo o transporte.

Em casos de intercorrências e necessidade de intervenção, a unidade deverá parar para que o atendimento seja realizado, não devendo ser realizado nenhum procedimento com a unidade em movimento pelo risco de acidentes. Nestas situações, o acompanhante poderá ser convidado a permanecer na cabine dianteira principalmente pelo reduzido espaço interno. Em casos de transportes aéreos, poderá ser realizado as intervenções durante o vôo como medicações, aspiração de TOT, aferição de sinais, porém diante da necessidade de maiores intervenções e procedimentos complexos, estes tornam-se inviáveis pelo pequeno espaço interno da cabine do helicóptero e pela impossibilidade de permanecer em pé na aeronave.

Preparo para o Transporte

- **CONSENTIMENTO:** Após a decisão de transporte da criança é obrigatório que a equipe explique para a família o estado clínico e a indicação para o transporte. Por mais que a equipe saiba a necessidade do transporte do RN/criança, os pais são responsáveis pela mesma, havendo a necessidade de consentimento destes para o transporte. Este consentimento apenas é ignorado nos casos de urgência em que não há tempo hábil para tal consentimento já que o transporte imediato é decisivo para salvar a vida da criança. É importante ressaltar que em casos de crianças maiores e conscientes a necessidade do transporte também deverá ser explicada a mesma.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

- **FAMÍLIA:** toda criança a ser transportada tem o direito de ter um familiar acompanhando o transporte sendo indicado alguém com maior segurança emocional e tranquilidade já que irá acompanhar todo o transporte e as possíveis intercorrências e intervenções. Caso a criança esteja estável, o ideal é que o familiar permaneça próximo a criança durante todo o trajeto, o que vem passar maior segurança a mesma. Poderá também ser sugerido para a família que ofereçam para a criança levar algum objeto de estima pela mesma como travesseiro, bonecas, chupetas, entre outros, o que poderá auxiliar em maior tranquilidade para a criança durante o transporte.

- **COMUNICAÇÃO:** Uma vez estabilizado a criança para o transporte e obtido o consentimento dos pais, é importante que o hospital de origem entre em contato com a unidade receptora para relatar um sumário da história clínica do paciente, avisar qual suporte que se fará necessário e comunicar qual o horário previsto para chegada da equipe de transporte. Deste modo a equipe do hospital que irá receber a criança poderá se preparar para recebê-la com todos os materiais e equipamentos necessários.

MATERIAIS MÍNIMOS NECESSÁRIOS:

Oxímetro, preferencialmente com sensor pediátrico;
Esfímo e estetoscópio pediátrico
O₂ e aspirador conectado à sonda
Cobertor, fraldas e lenço umedecido
Incubadora de transporte;
Respirador de transporte;
Bomba de seringa;
Equipos com buretas/microgotas;
Glicosímetros;

DADOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS

Nome, data de nascimento, nome e endereço dos pais, Apgar, idade gestacional, medicações em uso, resultados dos últimos exames, procedimentos realizados, telefone de contato (hospital e pais)

Ações de enfermagem durante o transporte:

A monitorização durante o transporte poderá mudar de acordo com protocolos de cada instituição, mas é recomendado:

Temperatura axilar a cada 15 minutos;

Verificação de permeabilidade de vias aéreas: posição da cabeça e do pescoço do RN, presença de secreções, posição e fixação da cânula traqueal;

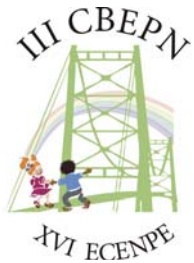
Observação de ritmo respiratório, da expansibilidade de caixa torácica, de cianose e, se possível, da saturação de oxigênio, através de um oxímetro de pulso;

Verificação dos batimentos cardíacos, de preferência através de monitor de frequência cardíaca, pois o barulho da ambulância torna impossível ausculta cardíaca. Se não for possível, o uso de monitor, verificar o pulso femoral ou braquial;

Observação da permeabilidade da via de acesso venoso, do funcionamento da bomba de infusão e (ou) do gotejamento da bureta;

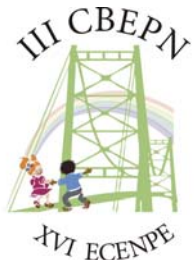
Glicemia capilar imediatamente antes do início do transporte e depois a cada 20-30 min.

Nos aspectos acima levantados, é notável a complexidade que envolve os transportes de crianças e recém-nascidos, reforçando aqui a necessidade de se ter equipes treinadas e capacitadas, equipamentos disponíveis, para que o transporte inadequado não seja um fator



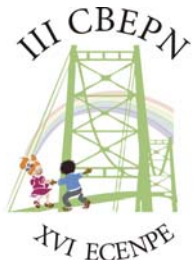
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

impulsionante para a diminuição da sobrevida de pacientes pediátricos e neonatais e situações críticas.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**SESSÃO COORDENADA DE TRABALHOS QUE CONCORREM A
PRÊMIOS**



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

PRÊMIO EUSÉBIA JESUS PEREIRA



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O cateter epicutâneo na unidade de terapia intensiva neonatal: uma tecnologia do cuidado de enfermagem

Aline Verônica de Oliveira Gomes*
Maria Aparecida de Luca Nascimento†
Joice Cristina Pereira Antunes‡
Marcelle Campos Araújo§

Introdução: Com o avanço tecnológico e o constante desenvolvimento técnico-científico dos profissionais de enfermagem na área neonatal, houve uma modificação do perfil das crianças internadas, demandando cuidados mais complexos e procedimentos invasivos para a garantia da sobrevivência. Com a experiência profissional das autoras, observou-se que a obtenção de um acesso venoso seguro consistia em um dos maiores desafios para a equipe assistencial implementar a terapêutica medicamentosa, de forma a assegurar a eficácia do tratamento e a qualidade da assistência, além de proporcionar ao RN menor exposição à dor, ao estresse e às complicações mecânicas e infecciosas. Com relação ao estado crítico da clientela atendida nas UTIs e a necessidade de um acesso venoso prolongado, cumpre citar que, dentre os avanços tecnológicos observados no campo da saúde está o cateter epicutâneo, exigindo dos enfermeiros conhecimentos técnicos em relação à sua manipulação e manutenção, a fim de evitar complicações e proporcionar uma assistência de qualidade, providências que contribuem para a diminuição do tempo de internação. Os **objetivos** do estudo consistem em: a) descrever as variáveis independentes relacionadas à identificação do sujeito do estudo: sexo, unidade de internação, diagnóstico e tempo de internação; b) Descrever as variáveis dependentes relacionadas ao cateter epicutâneo: motivo de indicação, terapêutica medicamentosa infundida via cateter, material do cateter, sítio de inserção, motivo de retirada e tempo de permanência; c) Comparar e discutir os dados obtidos, à luz dos conhecimentos da literatura especializada. **Metodologia:** Estudo descritivo, exploratório, prospectivo, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido nas unidades de terapia intensiva neonatal cirúrgica (Neocirúrgica) e não cirúrgica (Berçário de Alto Risco) de uma instituição pública referência na área da saúde da criança, localizada no município do Rio de Janeiro. Para a seleção dos sujeitos do estudo foram utilizados como critérios de inclusão todos os RNs internados na neocirúrgica e no Berçário de Alto Risco (BAR), que foram submetidos à inserção do cateter epicutâneo no mês de fevereiro de 2009; e como critério de exclusão, os recém-nascidos que foram transferidos para outro hospital com o cateter, devido à impossibilidade da obtenção dos dados do motivo de retirada e tempo de cateter; totalizando 14 recém-nascidos. A coleta de dados foi realizada através dos prontuários. Atendendo às exigências da Resolução 196/96 e em consonância com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ – protocolo nº 0046/08, Rio de Janeiro, 18 de dezembro de 2008, foi utilizado um Termo de Compromisso de

* Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

† Orientadora Acadêmica do Programa de Mestrado da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Doutora em Enfermagem. Endereço residencial: Avenida Marechal Rondon, 300, bloco 2, apto: 310, São Francisco Xavier, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20950-000. E-mail: gemeas@centroin.com.br

‡ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

§ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Utilização de Dados. Para a realização da coleta de dados, foi elaborado um instrumento para o registro das variáveis independentes e dependentes do estudo. Os dados do estudo foram categorizados e analisados estatisticamente através das frequências percentual e relativa, confrontando a prática local com a literatura específica. **Resultados:** Com relação à caracterização dos RNs submetidos ao cateterismo epicutâneo no mês de fevereiro, houve uma predominância de internação na neocirúrgica (n=8; 57,1%); de RNs do sexo feminino (n=11; 78,6%); e de RNs com os diagnósticos de gastrosquise (n=4; 28,6%) e prematuridade (n=4; 28,6%). O tempo médio de internação dos sujeitos do estudo foi de, aproximadamente, 26 dias e uma mediana de 23 dias. No que se refere aos motivos de indicação do cateter epicutâneo, em 78,6% dos casos (n=11), os cateteres foram utilizados tanto para infusão prolongada de medicações, quanto para NPT. As medicações parenterais podem ser administradas em recém-nascidos tanto através do cateter epicutâneo, quanto pelo cateter venoso umbilical. Porém, observa-se que as unidades de terapia intensiva neonatais utilizam o cateter epicutâneo após o período inicial de estabilização do recém-nascido¹. A terapêutica intravenosa utilizada nos recém-nascidos do estudo incluiu a infusão de antibióticos, hidratação venosa, sedação, aminas, antiretroviral e outras medicações. Em relação ao material do cateter, 100% foram confeccionados com silicone. Quanto ao sítio de inserção do cateter a veia mais utilizada foi a basilica (n=6; 42,9%), seguida das veias jugular (n=2; 14,3%) e safena (n=2; 14,3%). Segundo a literatura, as veias localizadas na região da cabeça como temporal, auricular posterior e jugular externa devem ser a última opção por possuírem maior risco de migração do cateter e; as veias dos membros inferiores como a poplítea, safena e femoral possuem válvulas que podem dificultar a progressão². Em relação aos motivos de retirada do cateter, em apenas 35,7% dos casos (n=5) foi devido ao término da terapêutica intravenosa. Além disso, em 21,4% dos casos (n=3) apresentaram algum tipo de complicação mecânica e 14,3% dos casos (n=2) apresentaram complicação infecciosa. Com relação ao tempo de permanência do cateter, a média foi de, aproximadamente 15 dias e a mediana de 14 dias. É importante ressaltar que a terapia intravenosa realizada com o cateter epicutâneo está indicada quando for superior a seis dias, e pode se estender por semanas ou meses³. **Considerações finais:** Esse estudo evidenciou um alto índice de complicações mecânicas e infecciosas relacionadas ao cateter, sendo necessário enfatizar que tais complicações podem ser evitadas com a manutenção e manipulação adequadas realizadas pela equipe de enfermagem. É importante que a equipe de enfermagem tenha conhecimentos sobre todos os aspectos que envolvem o uso de cateter epicutâneo, além dos riscos aos quais os RNs submetidos a tal procedimento estão expostos, a fim de utilizarem medidas de prevenção, controle e detecção das possíveis complicações. Além disso, quando os profissionais envolvidos com a prática do cateterismo epicutâneo detêm os conhecimentos necessários a sua inserção, manutenção e possíveis complicações relacionadas ao seu uso, eles se tornam responsáveis pelo sucesso dessa prática, ao se conscientizarem das conseqüências previsíveis e imputáveis à sua própria ação e omissão, diante do cuidado aos recém-nascidos, que são seres frágeis e vulneráveis. Dessa forma, a contribuição desse estudo consiste em viabilizar propostas de intervenções que poderão evitar ou minimizar as complicações associadas ao uso do cateter epicutâneo, fundamentando, assim, a prática profissional de enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem, recém-nascido, cateterismo venoso central, cuidados intensivos.

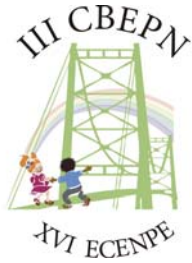
Referências

1. Ainsworth, SB; Clerihew, L; McGuire, W. **Percutaneous central venous catheters versus peripheral cannular for delivery of parenteral nutrition in neonates.** Cochrane Database Syst Rev. 2007, Jul 18; (3): CD004219.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

2. Vasconcelos, PCO; Silva, GRG; Silva, GEM. **Cateterismo Epicutâneo.** In: Terapia Intravenosa em Recém-nascidos: orientações para o cuidado de enfermagem/ [editorial] Silva, G.R.G & Nogueira, M. F. H. Rio de Janeiro: Cultura Médica: 2004.
3. Stape, A.; Souza, AAR; Cunha, LB. **Acessos vasculares.** In: Pediatria e Neonatologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

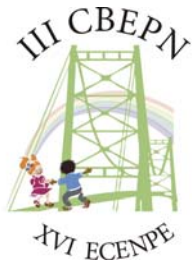
Instalação do CPAP nasal (identificando a dor do recém-nato como um cuidado de enfermagem)

Joice Cristina Pereira Antunes

Maria Aparecida De Luca Nascimento

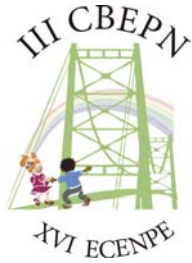
Aline Verônica de Oliveira Gomes Marcelle Campos Araujo

Introdução: Os recém-natos prematuros (RNPTs) eram inviáveis até pouco tempo atrás, haja vista que no final do século XIX, as elevadas taxas de mortalidade entre os recém-nascidos de baixo peso ainda eram inevitáveis. Somente na segunda metade do século XX, o desenvolvimento e o crescente avanço tecnológico, ligados ao cuidado perinatal, foram responsáveis por um decréscimo significativo na mortalidade neonatal, particularmente entre os RNPTs. (MOREIRA et al, 2004) Considerando a sobrevida neonatal, podemos perceber a importância do avanço das tecnologias, entre elas, aquelas relacionadas à assistência ventilatória, que dá suporte à principal característica desta clientela, que é a imaturidade pulmonar. Com isso, vários tipos de dispositivos foram construídos com o objetivo, não somente de simular os movimentos respiratórios, como também, de melhorar a função pulmonar, e conseqüentemente, a redução de apnéias. Com relação aos dispositivos tecnológicos acima mencionados, desta camos o CPAP nasal (Continuous Positive Airway Pressure), cuja tradução da sua sigla em inglês quer dizer, pressão positiva contínua nas vias aéreas. É uma tecnologia aplicada através de um dispositivo nasal (pronga) que é adaptado na narina do RN com o objetivo de manter uma pressão positiva contínua nas vias aéreas. O interesse em abordar a utilização do CPAP nasal em RNPT ganhou vulto, por se tratar de uma tecnologia não invasiva, eficiente e amplamente utilizada na Neonatologia, como evidenciado em um estudo científico, onde 73,5% dos 116 RNPTs que compuseram o seu estudo foram submetidos ao uso desta tecnologia. (LOPES; LOPES, 1999) No entanto, durante o cotidiano da prática de cuidar, observa-se que apesar da funcionalidade e da predominância deste artefato na UTI neonatal, é comum ocorrer a agitação do RN durante a sua introdução. Neste sentido, é importante ressaltar que o profissional de enfermagem, no estudo em apreço, o enfermeiro, deve estar atento às possíveis reações dos RNPTs durante os procedimentos técnicos, pois, por mais repetida que uma técnica seja desenvolvida, ela precisa ser realizada de forma crítica, principalmente quando se trata de uma clientela que apresenta especificidades e peculiaridades. Oportunamente, vale dizer que quando nos referimos ao enfermeiro é por se tratar de uma tecnologia de alta complexidade utilizada para promover a expansibilidade pulmonar, e segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986 (COFEN, 2005), “é privativo do enfermeiro, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões” (artigo 11, inciso I, §12). Assim, ao introduzir o cpap nasal estaremos, através de um procedimento técnico, realizando um tratamento para a imaturidade pulmonar, e, concomitantemente, contribuindo para a instalação de efeitos deletérios ao sistema nervoso central do RNPT, caso não observemos as reações sugestivas de que ele está com dor. Desta forma, entendendo que “a criança tem o direito a não sentir dor quando existam maneiras de evitá-la” (BRASIL, 1995), é que este estudo teve como objetivos: Identificar se os enfermeiros reconhecem a realização do procedimento técnico de introdução do cpap nasal em RNPTs como desencadeante da dor; e, propor, a partir dos resultados obtidos, a visualização do procedimento técnico, a fim de garantir um atendimento seguro ao cliente. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, que se utiliza da abordagem quantitativa. Foi realizado durante o mês de março de 2009, em uma unidade de terapia intensiva neonatal



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

(UTI_n) de uma Instituição Federal situada na cidade do Rio de Janeiro, que possui oficialmente oito leitos de Alto Risco e doze leitos de médio e baixo riscos. Em relação ao quantitativo de enfermeiros na UTI_n, cumpre citar que são: 12 enfermeiros plantonistas, sendo que, no período da coleta, 01 encontrava-se de licença maternidade e 01 encontrava-se de férias; 04 enfermeiros diaristas; 03 enfermeiros no 2º ano de residência em neonatologia e, 03 enfermeiros no 1º ano de residência. Como critério de inclusão, consideramos: todo o profissional enfermeiro com experiência em neonatologia superior à 1 ano. E, como exclusão, ser diarista, tendo em vista que, antes de iniciar a coleta de dados, as enfermeiras da rotina receberam não somente o projeto para leitura e avaliação dos objetivos de estudo, conforme o preconizado pelo Comitê de Ética da instituição, como também, informações do pesquisador acerca da desvalorização da dor durante a introdução do cpap nasal, o que traria tendenciosidade nos resultados do estudo. Desta forma, de acordo com os critérios de elegibilidade, o quantitativo de enfermeiros que estavam aptos a responder o questionário eram 13, no entanto a amostra se reduziu em 11 enfermeiros devido à resistência em responder às perguntas. A coleta de dados foi realizada por uma enfermeira que não fazia parte do grupo de pesquisa, com o objetivo de evitar indução às respostas, tendo em vista que os sujeitos do estudo conheciam o objeto de estudo do pesquisador em apreço. Os dados foram coletados através de um questionário dividido em três partes: a primeira delas, refere-se à identificação do profissional, indicando o seu tempo de experiência em neonatologia. A segunda refere-se aos procedimentos descritos no protocolo de dor da instituição, para serem listados de acordo com a opinião dos sujeitos em relação à intensidade de dor. A terceira, está relacionada ao reconhecimento dos enfermeiros acerca da introdução do cpap nasal como um procedimento técnico desencadeante de dor. Os dados coletados foram tratados quantitativamente. A análise quantitativa foi realizada por meio das frequências percentual e relativa, método que propiciou identificar o reconhecimento do procedimento de introdução do CPAP nasal como doloroso ao recém-nascido prematuro. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, FR 230741– Doc. nº 0044/08. (MS, 1996) **Resultados e Discussão:** O perfil das enfermeiras em relação ao tempo de experiência em neonatologia indica que das 11 enfermeiras que responderam o questionário, 8 (73%) trabalham há mais de cinco anos em UTI neonatal. Fato que teoricamente contribui para o oferecimento do cuidado de enfermagem seguro, livre de conseqüências traumáticas para o RN. Entretanto cumpre citar que para a equipe de saúde, as técnicas e os procedimentos necessários na internação se tornam prioritários sobre a dor, uma vez que os próprios currículos de graduação, de maneira geral, não preparam para o enfrentamento desta temática. (CHRISTOFFEL, SANTOS, 2001). Desta forma, apesar de nem todas as enfermeiras apresentarem este tempo de experiência supracitado, todas incluíram pelo menos um procedimento como sendo doloroso no protocolo de dor da instituição. Dentre os procedimentos dolorosos indicados, aqueles relacionados a o cuidado com o RN portador de hidrocefalia e a punção venosa prevaleceram, pois dos 11 enfermeiros que compuseram o estudo, 4 (36%) informaram que estes dois procedimentos deveriam estar inclusos no protocolo de dor da instituição. Estes procedimentos foram seguidos pelos curativos (36%, sendo indicados 18% pelo enfermeiro plantonista e 18% pelo residente de enfermagem). Fato que nos leva a discutir o perfil dos RNs internados na UTI neonatal em questão, no momento da coleta de dados, pois majoritariamente era composta por RNs com o diagnóstico de hidrocefalia e irritados à manipulação. Esta situação permite ressaltar que ao se tratar de um procedimento onde o RN expressa verbalmente sua dor, a identificação de suas reações comportamentais fica notória, fazendo com que o profissional interfira nestas reações solicitando a prescrição médica de analgesia durante a manipulação. No entanto, quando se trata de procedimentos onde estas reações dependem de uma avaliação criteriosa, como é o caso da instalação do CPAP nasal (indicado como um procedimento doloroso por apenas 18%



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

dos enfermeiros), a realidade é que a dor e o seu manejo no RN recebem pouca atenção na prática clínica, talvez pelo fato dos profissionais apresentarem dificuldades em reconhecê-la, avaliá-la, preveni-la ou tratá-la. (LAMEGO et al., 2005) O problema está diretamente relacionado com a incapacidade desses pequenos pacientes em expressarem seus sentimentos, não suscitando nos profissionais ações que venham minimizá-la. Para atingir esta meta, faz-se necessário o comprometimento dos trabalhadores com seu ambiente de trabalho, com uma proposta de atendimento integral ao indivíduo e sua família. (EINLOFT, 1996) É importante deixar claro que a introdução do CPAP nasal foi citada apenas pelas residentes de enfermagem, fato que nos leva a refletir que o seu tempo de experiência não impede na identificação dos sinais de dor. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que os enfermeiros conseguem perceber as reações de dor dos RNs quando se trata de um procedimento reconhecidamente doloroso, no entanto, quando se trata da introdução do CPAP nasal, a dor não é valorizada. Desta forma, enfatizamos que a mudança de paradigma com relação à identificação e ao manejo da dor, em especial, aquela relacionada à introdução do CPAP nasal, deve e precisa ser revista sob um enfoque científico, crítico e reflexivo, considerando toda a complexidade de que se reveste, para que possamos reproduzir o cuidado e não apenas uma técnica de enfermagem.

Palavras-chave: prematuro, pressão positiva contínua nas vias aéreas, assistência de enfermagem, dor.

Referências:

- 1- Moreira et al. O Recém-nascido de Alto Risco – Teoria e Prática do Cuidar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- 2- Lopes SMB, Lopes JMA. Follow up do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- 3- Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética e Legislações. Rio de Janeiro: Gráfica COREN, 2005.
- 4- Brasil. Conselho Nacional dos direitos da Criança e do Adolescente. Resolução Canadá n.41 de 13/10/95 – Direitos da criança e do Adolescente hospitalizados. Diário Oficial da União. Brasília, Seção I, p.16319-16320, 17/10/95.
- 5- Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde, de 10 de Outubro de 1996. Brasília, 1996.
- 6- Christoffel MM, Santos RS. A dor no recém-nascido e na criança. Rev. bras. enferm. 2001; 54 (1):27-33
- 7- Lamego D, Deslandes S, Moreira, ME. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade intensiva neonatal cirúrgica. Ciência & Saúde Colectiva. 2005; 10 (3): 669-75.
- 8- Einloft L. Manual de Enfermagem em UTI Pediátrica. Rio de Janeiro: Medsi; 1996.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Administração intramuscular da vacina contra Hepatite B na região ventro
glútea em recém-nascidos: evidências para a práxis do enfermeiro**

Ana Luiza Neto Junqueira*
Viviane Rodrigues Tavares[†]
Sheila Araujo Teles[‡]

Resumo: Injeções intramusculares são regularmente prescritas para a administração de vários fármacos e vacinas em crianças. A administração segura da injeção IM depende da escolha adequada do local onde será feita a aplicação, considerando-se os seguintes aspectos: desenvolvimento do músculo, acessibilidade do local da punção, distância em relação a vasos e nervos importantes, condições da musculatura para absorção do medicamento a ser injetado, espessura do tecido adiposo; idade do indivíduo, irritabilidade da droga e atividade exercida pelo paciente. Em crianças menores de 12 meses, o músculo vasto lateral da coxa tem sido o local indicado para administração de fármacos e vacinas, no entanto agravos desta musculatura tem sido associados à repetidas injeções neste local. A região ventro glútea foi descrita por Von Hochsetetter há mais de 50 anos (HOCHSTETTER, 1954), sendo considerada uma região segura para injeções intramusculares. Possui menos inervação e vasos sanguíneos, quando comparada às outras regiões utilizadas para injeções IM, sendo a musculatura grande, bem definida e demarcada (GREENWAY, 2004). A camada de tecido adiposo é mais fina, diminuindo a possibilidade de depósito do medicamento na mesma. Os músculos glúteo médio e glúteo mínimo estão presentes nesta região, sendo bem desenvolvidos tanto em adulto quanto em crianças. Além disso, essa região é de fácil localização e tem sido associada a menor dor durante a aplicação (COOK; MURTAGH, 2006), sendo recomendada para administração de medicamentos injetáveis em indivíduos de qualquer faixa etária, inclusive para os magros e crianças (CASTELLANOS, 1977; COCOMAN; MURRAY, 2008). A vacina brasileira Butang® foi introduzida no Programa Nacional de Imunização em 2003, sendo recomendada a aplicação da primeira dose nas primeiras 12 horas de vida do RN, junto com a vacina contra tuberculose (BCG). A segunda e terceira doses são administradas 30 e 180 dias após a primeira dose. Considerando que nos primeiros anos de vida, a criança recebe todas as vacinas e medicações intramusculares na região VLC e que múltiplas injeções realizadas nessa região podem gerar agravos como retração muscular e outras lesões dessa musculatura, além do músculo da região ventro glútea ser apropriado e seguro para aplicação de injeções intramusculares em indivíduos de qualquer idade, principalmente em crianças, a proposta deste estudo foi comparar a reatogenicidade à vacina Butang®, administrada na região VG vs. VLC em RN que iniciaram o esquema vacinal nas primeiras 12 horas de vida. Este estudo trata-se do primeiro ensaio clínico randomizado controlado, para avaliar a reatogenicidade da vacina contra hepatite B (Butang®) em recém-nascidos a termo, que receberam a primeira dose da vacina nas primeiras doze horas de vida, comparando duas regiões de aplicação do imunógeno: ventro glútea (VG) e vasto lateral da coxa (VLC). A população constituiu-se de RN e suas respectivas mães, moradoras da Região Leste de Goiânia-Goiás. A reação à vacina Butang® foi avaliada

* Profa Dra. Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás.

† Profa. Msc. Faculdade de Ceres - GO. E-mail: ananeto@fen.ufg.br Endereço: Rua 19 nº55 aptº1103- Setor Central – Goiânia - GO. CEP-74030-090. Fones:(62)3223-2324/8585-0583

‡ Profa Dra. Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

em 492 RN, sendo 233 vacinados na região VG e 259 na VLC. Foram critérios de inclusão do estudo: ser RN com até 12 horas de vida; pesar no mínimo 2.500g e ser filho de mãe residente na região leste de Goiânia-GO. Os critérios de exclusão foram: possuir antecedentes de vacinação contra hepatite B e/ou imunoglobulina; possuir qualquer doença que contraindique imunização e Apgar < 8 no 5º minuto. Se o RN apresentasse os critérios exigidos pelo projeto, fazia-se o contato com a mãe ou seu responsável legal, informando a respeito do estudo, do prognóstico da infecção pelo vírus da hepatite B, dos benefícios e riscos da vacinação do RN, bem como do acompanhamento da criança durante os seis meses da vacinação pela equipe do projeto e das visitas ao domicílio. A seguir era solicitada a autorização para participação no projeto, e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para leitura e assinatura. Caso a participação do RN e da mãe fosse autorizada, iniciava-se o registro dos mesmos no estudo. A coleta de dados, referente a reatogenicidade da vacina, era realizada no domicílio das crianças. A mãe ou responsável pelo cuidado da criança era entrevistada, utilizando-se também um questionário padrão, contendo perguntas sobre o comportamento da criança após a vacinação, sinais de febre, reações locais e aleitamento materno. A análise dos dados foi baseada no protocolo. O responsável técnico pela análise dos dados foi um membro da equipe que não participou das etapas anteriores da pesquisa. A análise descritiva foi realizada por meio de distribuição de frequência, média e desvio padrão. O teste-t de Student foi utilizado para comparação de médias. O teste de qui-quadrado ou exato de Fisher foi utilizado para testar a significância de diferenças entre proporções. Nos meses de fevereiro a novembro de 2007, 703 RN foram visitados nas maternidades envolvidas neste estudo. Desses, 583 cumpriram com os critérios de elegibilidade e 580 (82,5%) participaram deste estudo. Completaram o estudo com avaliação da reatogenicidade após as 3 doses da vacina 227 e 237 lactentes vacinados na VG e VLC respectivamente. Os dois grupos foram comparáveis considerando sexo, peso, intervalo de tempo entre as doses da vacina e características maternas. Ao comparar a reatogenicidade da Butang®, verificou-se uma proporção maior de reações locais e febre de acordo com o número de doses recebidas. Além disso, após a terceira dose da vacina, a proporção de endureção foi menor em crianças vacinadas na região VG do que nas vacinadas na VLC ($p < 0,05$). Apesar da vacina contra hepatite B ser considerada segura, reações como dor e endureção no local da aplicação têm sido relatadas em 3% a 27% dos vacinados, e febre baixa a moderada ($> 37,7^{\circ} C$) entre 1% a 6%. Portanto, utilizar um compartimento muscular que apresente de forma adequada o antígeno para o sistema imune e baixa reatogenicidade, devem ser de grande interesse para a saúde pública. Os resultados deste estudo ratificam a musculatura da região VG, como um local alternativo e seguro para administração da vacina Butang® em RN.

Palavras-chave: intramuscular, recém-nascidos, lactentes, reatogenicidade ventro glúteo, vacina contra hepatite B.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

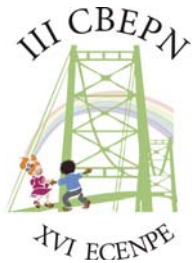
**Motivos da não realização da posição canguru na Unidade de Cuidados
Intensivos Neonatal de um Hospital Público do Interior da Bahia**

Daniela de Medeiros Lopes*
Luciano Marques dos Santos†
Taisa Pereira Cruz Costa Silva*
Rosinéia Menezes Carvalho*

Nos últimos anos o atendimento ao recém-nascido prematuro e de baixo peso ao nascimento, vem passando por profundas mudanças no cenário mundial, decorrente da implantação de tecnologias do cuidar de baixo custo e que possui alto impacto nos resultados desta assistência, tendo como determinantes, o desenvolvimento socioeconômico, político e cultural e como resultado o aumento da sobrevivência do mesmo. Com a implantação de modernas unidades neonatais equipadas com recursos humanos e tecnologias complexas e especializadas, é possível a sobrevivência de neonatos em idades gestacionais cada vez menores. Entretanto, a prematuridade continua sendo a responsável pela maior parte das mortes de recém-nascidos sem anomalias fetais, configurando-se como um dos grandes problemas de saúde pública. Neste contexto, a admissão do recém-nascido prematuro na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal poderá representar para a sua família, uma situação de risco para crise, devido ao fato de ocorrer de forma inesperada e provocar desestruturação do núcleo familiar, demandando novas adaptações. Isso pode repercutir de modo especial no surgimento da interação entre mãe e filho e conseqüentemente no estabelecimento do vínculo e apego entre ambos. Desta forma, a equipe de saúde das unidades neonatais torna-se elo de fundamental importância, através de seu cuidado, adotando estratégias simples, de baixo custo e de grande impacto, com o intuito de favorecer esta aproximação. É neste contexto, que se insere o Método Mãe Canguru, com vista à aproximação entre mãe e recém-nascido prematuro, pelo tempo que ambos considerarem adequados. O Método Mãe Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém nascido de baixo peso de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. A posição canguru corresponde à utilização da posição prona do recém-nascido entre os seios maternos, em contato pele a pele, na posição vertical assim que sua condição clínica estiver estabilizada. Este estudo foi do tipo qualitativo, pois respondeu as indagações particulares, compreendendo e explicando a dinâmica das relações sociais de forma subjetiva. Foi realizado em uma cidade do interior da Bahia, situada no polígono das secas. A cidade caracteriza-se, pela importância geoeconômica, um dos maiores entroncamentos rodoviários do interior do país. O campo empírico foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público de grande porte, inaugurada no ano de 2004 e com cinco leitos. Este hospital possui o título de amigo da criança, oferecido pela UNICEF em 1994 e conta com a instalação do Método Mãe canguru, desde 2000. Neste serviço, as mães não participam dos cuidados devido à área física da unidade, bem como em decorrência da realização esporádica de visitas ao recém-nascido

* Graduandas do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia; Membros do GEMUC.

† Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do Grupo de Estudos sobre a Mulher e a Criança (GEMUC). Rua Dr Macário Cerqueira, residencial Princesa do Sertão Alá Norte, Bloco 05 Apartamento 102, Muchila II. CEP: 44080-640. Tel: (75) 91515469. E-mail: lucmarxinfo@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

premature e por não possuir na unidade um setor para a sua acomodação. Por outro lado, são mulheres residentes em municípios circunvizinhos. Participaram deste estudo, quinze profissionais, da unidade acima referida, a saber, quatro enfermeiras, seis técnicas de enfermagem, três médicos e dois fisioterapeutas. Por tratar-se de um estudo qualitativo, onde não se concebe a neutralidade do pesquisador e possuir como características marcantes à subjetividade e a impossibilidade de quantificação dos dados, optamos pela técnica da entrevista semi-estruturada, acreditando ser a melhor forma para atingir os objetivos propostos na nossa pesquisa. Este estudo respeitou os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Por isso os princípios éticos foram contemplados no desenvolvimento deste estudo para proteger os direitos dos pesquisados durante o processo de coleta dos dados. Para tanto, foi necessário à criação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado por todos os membros da equipe multiprofissional participantes do estudo, autorizando a reprodução e divulgação das informações colhidas, salvaguardando-se a identificação dos informantes. O trabalho de campo teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, sob o parecer o nº 0235-2008. Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2008, sendo encerrada na medida em que percebemos a saturação das informações dos participantes do estudo. Utilizamos como instrumento para a condução da entrevista um roteiro que permitiu um melhor direcionamento desta, no momento da coleta dos dados. Este roteiro continha questões sócio-econômicas e uma questão norteadora, a saber: Por quais motivos não é realizada a posição canguru dentro desta UTIN? Fale para mim sobre estes motivos. Os depoimentos foram gravados mediante autorização prévia dos participantes da pesquisa, e posteriormente estes foram transcritos para enfim de análise. Utilizamos a Análise de Conteúdo para a análise do material empírico. Identificamos as seguintes categorias: O conhecimento sobre a primeira etapa do cuidado canguru; As condições clínicas do prematuro e a posição canguru e Des-motivação materna para a realização da posição canguru. Os participantes foram identificados por codinomes de flores a fim de garantir o anonimato das informações coletadas. Os resultados do presente estudo indicam que, os profissionais da equipe de saúde não demonstraram uma visão global da assistência multiprofissional prestada ao binômio mãe e filho. Evidenciamos no contexto estudado a recorrência da gravidade do recém-nascido prematuro e o uso do suporte ventilatório como fatores limitantes para a realização da posição canguru dentro da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Contudo, é importante lembrar que, a proposta do Método Mãe Canguru não substitui a tecnologia tão necessária à sobrevivência dos neonatos, mas a associa ao cuidado, através de uma abordagem interativa e integrada visando à melhoria da qualidade da assistência, do prognóstico e da sobrevida orgânica do recém-nascido durante todo o período de internamento. Para alguns desses profissionais os pais tem livre acesso à unidade, devido a um direito conquistado por lei, não por serem considerados como parte integrante e importante do processo de cuidar do recém-nascido ou porque os laços afetivos precisam ser estreitados o mais cedo possível. Daí nasce à inquietação a respeito de como as famílias estão sendo acolhidas na unidade e quais são os tipos de orientações que recebem, visto que a equipe estudada demonstrou tão pouco conhecimento a respeito do assunto abordado. A carência de informações, a respeito do método é um obstáculo para a realização da posição canguru dentro desta unidade neonatal, a qual constitui a primeira fase na concepção do método e de importância inquestionável, pois além de todo o aparato tecnológico para salvar a vida do prematuro ainda promove os primeiros contatos afetivos entre o bebê e sua família. Contraditoriamente é a etapa que menos se destaca dentro do universo da humanização, pois nota-se que quando questionados sobre o método os profissionais focalizam apenas a segunda etapa. Essa distorção de pensamento acaba fragmentando a assistência, e a literatura aponta que o sucesso de uma fase depende



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

da etapa anterior. Faz-se mister, à luz das evidências científicas a elaboração de protocolos assistenciais nesta unidade, que promovam o contato pele a pele entre a puérpera e o filho prematuro, por meio da posição canguru. Destaca-se também neste estudo a necessidade de realização de ações educativas que promovam a discussão sobre a prática clínica diária, o desempenho da equipe na aplicação do Método Mãe Canguru e a avaliação dos resultados dessa iniciativa com vistas ao cuidado pautado pelos princípios da humanização, da qualidade e da excelência.

Palavras-chave: enfermagem, vínculo mãe e recém-nascido, prematuridade, posição canguru.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Cartilha de amamentação: proposta educativa de incentivo ao aleitamento materno

Sônia Maria Carneiro de Morais Franco*

Miriam Andréia Chiquetto Mainart[†]

O aleitamento materno é considerado um dos fatores fundamentais para a promoção e proteção da saúde da criança em todo o mundo. A amamentação é a maneira natural de alimentar às crianças nos primeiros anos de vida, apresentando muitas vantagens para o bebê e para a mãe. O leite materno é tão completo, forte e adequado, que a criança não precisa de outro alimento, nem mesmo de água, até os seis meses de idade. A amamentação, além de proporcionar a melhor fonte de nutrição para os lactentes e a proteção contra diversas doenças agudas e crônicas, também possibilita um melhor desenvolvimento psicológico. Apesar da tendência ascendente da prática da amamentação no país, ainda estamos longe de atingir as recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS, que é amamentar exclusivamente até o sexto mês de vida e a continuidade até o segundo ano de vida ou mais. Vários fatores podem afetar o modo como as mulheres alimentam seus filhos e no tempo de duração da amamentação. Muitos fatores interferem no sucesso da amamentação entre eles: meio em que vivem as mulheres; sua situação econômica e de suas famílias; o acesso da mesma à educação; propaganda das fórmulas infantis (produtos artificiais); inserção no mercado de trabalho e atuação dos serviços de saúde. O efeito mais dramático da falta de amamentação se dá na mortalidade infantil, graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno, que protegem contra infecções comuns em crianças como diarreia e doenças respiratórias agudas. O presente trabalho tem como objetivo elaborar uma cartilha educativa sobre amamentação incentivando as mães quanto ao aleitamento materno. Trata-se de uma pesquisa exploratória por meio de revisão da literatura acerca do conhecimento produzido sobre aleitamento materno por profissionais da área de saúde. A seleção da bibliografia pautou-se em parâmetros cronológicos dos últimos dez anos e formato bibliográfico de material digital (on-line) consultando os bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde); BEDENF (Banco de Dados de Enfermagem); DEDALUS (Banco de Dados Bibliográficos da USP); Ministério da Saúde (www.saude.gov.br). Após pesquisa on-line, realizou-se busca manual em periódicos nacionais da área da saúde da Biblioteca do Centro Universitário de Votuporanga “Dr. Moacyr Expedito Vaz Guimarães”. Como critério de inclusão optou-se por artigos em língua portuguesa e excluíram-se os artigos em língua inglesa. Os aspectos éticos foram objetos de constante preocupação, bem como o respeito às idéias e as opções dos autores. A partir do material bibliográfico encontrado adotou-se a sistematização do processo de leitura desses achados proposto por Gil (2002). Após fundamentação do presente trabalho, primou-se pela elaboração minuciosa da cartilha educativa sobre amamentação. A proposta de utilização deste recurso didático partiu da premissa de que educação em saúde aliada a recurso visual como forma de comunicação facilita a compreensão do receptor da mensagem ao visualizar imagem e compreender o enredo da história. Para a concretização deste

* Professora Mestre em Promoção em Saúde pela Universidade de Franca – UNIFRAN. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Votuporanga – Unifev. End: Rua Bahia, 357 – Bairro Aparecida CEP: 15.600.000 e-mail sonia.maira414@terra.com.br

[†] Enfermeira Obstétrica – Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Votuporanga - Unifev



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

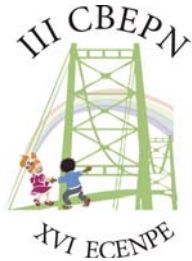
material houve parceria entre os Cursos de Graduação em Enfermagem e Comunicação Social, Publicidade e Propaganda do Centro Universitário de Votuporanga - Unifev. A participação docente-discente na construção da cartilha suscitou discussões e reflexões acerca da importância e relevância de implementar ações de incentivo ao aleitamento materno na Unidade de Alojamento Conjunto da Instituição de Saúde no Município onde realizam-se aulas práticas e estágios em Saúde da Mulher e da Criança. Por meio da parceria existente entre a Instituição de Saúde e Unifev, houve a proposta de implantação de um Posto de Coleta de Leite Humano, o qual atualmente em pleno funcionamento atende a demanda dos Recém-nascidos prematuros atendidos na Unidade de Terapia Intensiva neonatal desta prezada Instituição. A melhor forma de amamentar é aquela em que a mãe consegue, mais tranquilamente e da maneira mais cômoda para os dois, oferecer o seu leite para seu filho. Na maioria das vezes, mãe e bebê encontram intuitivamente a posição mais cômoda. No entanto, a primeira mamada deve ser assistida por um profissional de saúde e aperfeiçoada se for necessário. De acordo com a Rede Brasileira de Banco de Leite Humano (REDEBLH), a missão do Banco de Leite Humano é a de promover a saúde da mulher e da criança mediante integração e construção de parcerias com órgãos federais, as unidades da federação, municípios, iniciativa privada e sociedade no âmbito de sua atuação. O Banco de Leite Humano (BLH) tem como objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno; coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada; contribuir para a redução da mortalidade infantil; somar esforços ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. A ação coordenada, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico são os mais importantes elementos de sustentação da Rede Brasileira. Através destes três ingredientes, tem sido possível manter em equilíbrio um alto rigor técnico a um baixo custo operacional e assim, responder de maneira adequada às diversas demandas geradas pela sociedade brasileira. O Banco de Leite Humano tem o objetivo de apoiar, ajudar e acompanhar o binômio, mãe-bebê no processo da amamentação, promovendo o aleitamento materno também através de coleta, análise de controle de qualidade, pasteurização, resfriamento, estocagem e distribuição do leite humano. A comunicação visual é tudo que os nossos olhos vêem; uma nuvem, uma flor, um desenho, um panfleto. Imagens que como todas as outras, têm um valor diferente segundo o contexto em que estão inseridas, dando informações diferentes. A comunicação visual é um processo de absorver informações no interior do sistema nervoso através dos olhos, do sentido da visão. A inteligência visual é uma experiência direta que ultrapassa a percepção, através dela aprendemos coisas pelas quais não podemos ter experiências diretas por meios visuais. O caráter visual é muito diferente da linguagem, em algumas ocasiões a simples visualização de uma figura é suficiente para proporcionar conhecimento e compreensão de um processo. O surgimento dos produtos é documentado, mas apenas sob o ponto de vista dos autores envolvidos na formulação/produção das mensagens, predomina o ponto de vista do especialista, o que faz com que as expectativas da sociedade leiga não sejam atingidas. São necessários materiais impressos, disponíveis na forma de cartilhas educativas, que possam ser levadas do hospital para a casa e ser consultada no domicílio caso tenha dúvidas acerca dos cuidados a serem prestados, estas cartilhas devem ser produzidas para o público materno, já que a maioria são escritas para enfermeiros e médicos. É sugerida pelo autor a inclusão de fotos ou figuras coloridas para a ilustração do material educativo. A imagem é um fator decisivo na adesão ou não da cartilha por isso deve ser amigável, chamativa e retratar de forma clara o propósito da cartilha, com figuras que represente mensagens fundamentais visualmente sem causar distração. O aleitamento materno traz inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto ao bebê além de contribuir consideravelmente com a redução dos riscos de morbidade e mortalidade infantis. A necessidade de orientar as mães como amamentar, dá-se diante a dificuldade de algumas mulheres amamentarem, pois apesar da sucção ser um reflexo instintivo do recém-



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

nascido, a amamentação não é um instinto, existem técnicas e práticas que podem interferir sobre ela. Promover educação em saúde com informações sobre a amamentação pode despertar na mulher o desejo de amamentar, aumentar seus conhecimentos, incentivar a adesão das nutrizes à amamentação reduzindo os índices de hospitalização por doenças comuns da infância. As experiências visuais nos trazem informações fundamentais para o aprendizado, as cartilhas são meios informativos para as mães, capaz de promover maior adesão ao ato de amamentar, além de poder ser consultadas no domicílio caso surjam dúvidas sobre cuidados a serem prestados. O Banco de Leite Humano coleta e distribui o leite humano com qualidade, contribuindo para a redução da mortalidade infantil, sendo uma fonte de informação às mães, promovendo, protegendo e apoiando o aleitamento materno, além de tornar-se aliado na coleta e distribuição de leite materno a recém-nascidos hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A contribuição deste trabalho para o cuidar abrange promoção à saúde, responsabilidade social, incentivo a práticas de aleitamento materno e doação/captação do leite humano.

Palavras-chave: amamentação, banco de leite humano, cartilhas educativas, comunicação visual.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O que os pais sabem acerca dos direitos da mulher e do recém-nascido

Flavia de Oliveira Molina*
Marialda Moreira Christoffel[†]
Thamilla Lohr soares[‡]

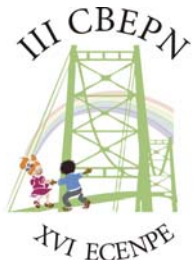
Atualmente está havendo uma modificação do papel do homem-pai no cenário do parto, nascimento e puerpério. Os serviços de saúde, na sua maioria não dispõem de espaços e momentos específicos de atendimento ao pai, muito embora esses espaços aconteçam para as mulheres durante o atendimento no pré-natal e no puerpério. O pai tem direito e necessidades próprias frente ao processo reprodutivo e à paternidade. Nesse contexto eles precisam receber apoio social e ser cuidados pelos profissionais de saúde no sentido de ser informado da licença paternidade, registro de nascimento, apoio à mulher e ao recém-nascido no processo de amamentação e nos cuidados com o bebê.

Palavra-chave: recém-nascido, enfermagem, enfermagem materno-infantil, enfermagem neonatal.

¹ Aluna de graduação em enfermagem. 6º. Período. Bolsista PIBEX/UFRJ do projeto intitulado: Acolhimento mãe-pai-bebê: um direito da criança e da família nas instituições de saúde. e-mail: flaviaufrj@yahoo.com.br

[†] Professora adjunta do DEMI/EEAN/UFRJ. Coordenadora. Projeto PIBEX/UFRJ. Acolhimento mãe-pai-bebê: um direito da criança e da família nas instituições de saúde. E-mail: marialdanit@gmail.com

[‡] Aluna de graduação em enfermagem. 6º período. Colaboradora do projeto intitulado: Acolhimento mãe-pai-bebê: um direito da criança e da família nas instituições de saúde e-mail: thamilla_lohr@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

PRÊMIO ELACI SAMPAIO BARRETO



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Significado da doença crônica para a criança em idade escolar*

Rosenmylde Duarte da Nóbrega[†]
Neusa Collet[‡]
Yana Balduino de Araújo[§]
Eliane Rolim de Holanda^{**}

RESUMO: A doença crônica na infância traz repercussões físicas, psicológicas e sociais para a criança, bem como para a sua família, além da necessidade de atenção singular por parte dos profissionais que atuam no cuidar. A prevalência da doença crônica aumentou, principalmente pelo avanço científico atual no processo de diagnóstico e da terapêutica, que promove um aumento da identificação precoce do número de casos de doenças crônicas e um tratamento mais eficaz. Esta pesquisa teve como objetivo compreender o significado da doença crônica para as crianças em idade escolar. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. A pesquisa de campo foi realizada na unidade de internação pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) localizado na cidade de João Pessoa, estado da Paraíba. Os sujeitos da pesquisa foram sete crianças com doença crônica em idade escolar (de sete a onze anos de idade) que estiveram internadas no hospital durante o período de realização da coleta de dados (dezembro de 2008 a abril de 2009). A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada gravada (após aceitação da criança e seu responsável), e transcrita na íntegra para posterior análise. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do hospital em estudo e os responsáveis pela criança assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A análise dos dados seguiu os princípios da interpretação temática. Procedeu-se a transcrição das entrevistas gravadas e uma primeira organização dos relatos em determinada ordem, já iniciando uma classificação para traçar o mapa horizontal do material. Posteriormente, realizamos leitura exaustiva e repetida dos textos, fazendo uma relação interrogativa com eles para apreendermos as estruturas de relevância, o que nos permitiu elaborar uma classificação por meio da leitura transversal. Em seguida, a partir das estruturas de relevância, processamos o enxugamento da classificação, reagrupando os temas mais relevantes para procedermos a análise final. Os resultados revelaram que a maioria das crianças possui algum entendimento da doença em si, de acordo com a sua capacidade de compreensão. A forma de narrar a sua história e entender o contexto de vida em que está inserida resulta de um processo de recordação de eventos passados, mas também representações presentes e futuras. Algumas crianças relacionaram o início dos sintomas a um episódio que entendiam como ocasionador da doença. Quando questionadas sobre a sintomatologia, quase todas mostraram que já conseguem reconhecer as manifestações das crises ocasionais, evidenciando que conhecem a si mesmas e são capazes de detectar quando algo está fora dos parâmetros de normalidade estabelecidos por si mesmas. A existência da doença crônica foi manifestada como algo ruim e as crianças expuseram sentimentos como tristeza, preocupação e aflição relacionados à patologia. Apenas uma criança relatou entender o evento da doença como algo normal, evidenciando que não sabe como é viver sem ter a patologia. A interrupção das atividades cotidianas, tanto pela sintomatologia como pela necessidade de internações frequentes, foi

* Trabalho vinculado à pesquisa PIBIC/CNPq e financiada pelo CNPq.

[†] Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Paraíba.

[‡] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Paraíba. Endereço: Rua Glauber Leite do Egito Reekers, 180. Bairro Intermares, Cabedelo-PB, CEP 58310-000. E-mail: neucollet@gmail.com

[§] Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Paraíba.

^{**} Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Enfermeira do Hospital e Maternidade Frei Damião.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

compreendida como algo súbito, após o aparecimento dos sintomas. A literatura indica que para a criança em idade escolar a doença é algo que as separa da família, dos amigos, que ocasiona um rompimento brusco nas suas atividades do dia-a-dia. É algo que as tira de casa, e assim fica evidente uma supervalorização do lar, o desejo de voltar, a saudade das pessoas que amam, a vontade de brincar com os amigos. As crianças salientam a preocupação com a auto-imagem e o sentir o seu corpo como estranho, no tocante a manifestações dos sintomas. Esses significados igualmente podem explicar o desgosto pela doença, pois as descrições são feitas com tom de tristeza, estranhamento e alívio. É motivo de sofrimento o fato de a criança perceber o corpo como um mistério por não conseguir entender o que está ocorrendo nele. Houve relatos que evidenciaram a mobilização da família para a superação das dificuldades encontradas pela criança com doença crônica no dia-a-dia. Outros significados dados à doença crônica foram as proibições e limitações. As limitações físicas são contadas em tom de tristeza e o sentimento de chateação foi explicitado, pois elas entendem não poder realizar atividades que gostam, ou que consideram comum a todas as crianças, e têm que procurar outras opções para sua diversão, porém, essas alternativas não parecem ser o que realmente gostariam de fazer. No tocante ao auto-cuidado, as crianças expressaram sentimento de culpa, confirmando que este pode estar presente em diversas situações experienciadas, levando a uma reflexão sobre a necessidade de esclarecimentos para a mesma quanto à patologia e às ações que estão ao seu alcance para prevenção de complicações. Alguns depoimentos transpareceram a percepção das crianças frente às limitações financeiras da família para atender a todas as suas necessidades de acompanhamento de saúde, especialmente no tocante ao transporte, acesso aos serviços de saúde e custos durante o período de hospitalização. A participação de uma rede social de apoio mostrou-se importante a partir da sensibilização das pessoas que fazem parte do contexto em que a criança está inserida. Os planos e os sonhos futuros também apareceram como atingidos pela doença crônica gerando frustração e tristeza. Os depoimentos são contundentes e indicam que a doença crônica assume significados profundos para a criança em idade escolar, envolvendo a necessidade de adaptações às mudanças que tal tipo de patologia promove. Além disso, leva a criança a se esforçar para tentar compreender a situação e cooperar com o tratamento. Os resultados encontrados nesta pesquisa revelam a forma singular com que as crianças percebem a doença crônica e suas repercussões. Os significados dessa doença para a criança em idade escolar chamam a atenção para que a equipe de saúde reflita acerca do entendimento que a mesma tem sobre seu problema de saúde a fim de buscar construir um cuidar mais empático, que atenda às necessidades singulares e relacionadas à esta fase de desenvolvimento. Esperamos que esta pesquisa possa estimular enfermeiros e outros profissionais de saúde a construírem novos questionamentos e concepções acerca da doença crônica na infância por meio da apreensão e compreensão dos significados que essas crianças têm a partir de suas vivências e experiências. Nessa perspectiva, poderá ser possível contribuirmos para a melhoria da qualidade de vida da criança com doença crônica e de sua família, entendendo a singularidade dos significados que tal doença assume na vida de cada um desses pequenos pacientes e suas famílias.

Palavras-chave: criança, doença crônica, enfermagem.

Referências:

- AGUIAR, S. M. R.; FONTE, C. Narrativas e significados da doença em crianças com Diabetes Mellitus Tipo 1: Contributos de um estudo qualitativo. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa- Portugal, v. 8, n. 1, p. 67-81, fev., 2007.
- CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicol. Reflex. Crit. [online]**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 625-635, 2002.



Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009

- CONEP. COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **Resolução nº 196, 1996**. Cadernos de Ética em Pesquisa, ano 1, n. 1, 1998.
- DAMIAO, E. B. C.; ANGELO, M. A experiência da família ao conviver com a família doença crônica da criança. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 66-71, mar., 2001.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- KICHE, M. T.; ALMEIDA, F. de A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta paul. enferm.** [online]. v. 22, n. 2, p. 125-130, 2009.
- LIMA, R. A. G. de; AZEVEDO, E. F.; NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. A arte do teatro *Clown* no cuidado às crianças hospitalizadas. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v. 43, n. 1, p. 186-193, 2009.
- LINDEKE, L.L.; KRAJICEK, M. PATTERSON, D.L. PNP roles and interventions with children with special needs and their families. **Journal of Pediatric Health Care**. v. 15, n. 3, p. 138-143, mai./jul., 2001.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2009.
- MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 757-762, nov./dez., 2003.
- NASCIMENTO, L. C. et al. Crianças com câncer e suas famílias. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 469-474, jun., 2005.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial**. OMS, Brasília, 2003.
- PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus 1. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 312-319, mai./jun., 2003.
- RIBEIRO, C. A.; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo. v. 39, n. 4, p. 394-400, set., 2004.
- ROCHA, D. L. B.; ZAGONEL, I. P. S. Modelo de cuidado transicional à mãe da criança com cardiopatia congênita. **Acta paul. enferm.** [online]. v. 22, n. 3, p. 243-249, 2009.
- ROSSATO, L. M.; ANGELO, M.; SILVA, C. A. A. Cuidando para a criança crescer apesar da dor: a experiência da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, jul./ago., 2007.
- SILVA, F. M.; CORREA, I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. **REME – Rev. Min. Enf.** Minas Gerais, v. 10, n. 1, p. 18-23, jan./mar., 2006.
- SOUZA, S. P. S. de; LIMA, R. A. G. de. Condição Crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, jan./fev., 2007.
- VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 552-560, jul./ago., 2002.
- WISE, P.H. The future pediatrician: the challenge of chronic illness. **The Journal of Pediatrics**, nov., p. 56-59, 2007.
- YAMAMOTO, D. M.; OLIVEIRA, B. R. G. de; VIERA, C. S.; COLLET, N. O processo de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Alojamento Conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto contexto - enferm.** [online]. v. 18, n. 2, p. 224-232, 2009.
- ZANETTI, M. L.; MENDES, I. A. C. Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescente com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p.25-30, nov./dez., 2001.

Acompanhando um dia na vida de um adolescente em hemodiálise: relato de experiência



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Heidy Dall'Orto Hellebrandt*
Rosa Lúcia Rocha Ribeiro†
Solange Pires Salomé de Souza‡

O artigo relata a experiência de uma acadêmica de enfermagem no acompanhamento de um adolescente portador de Insuficiência Renal Crônica (IRC) durante um dia de sessão de hemodiálise. A experiência teve como objetivo conhecer a vivência de um adolescente em hemodiálise, com vistas à proposição de medidas que possibilitem um melhor cuidado e amenizar o sofrimento causado pelo tratamento da IRC. Utilizou-se como metodologia a observação participante, sendo que a acadêmica acompanhou o adolescente e sua mãe desde a saída até o retorno à sua residência, procurando descrever um dia típico de hemodiálise. A experiência é discutida tendo como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente. Conclui-se que, assim como em outras situações relacionadas à saúde, o adolescente em hemodiálise tem seus direitos violados e não tem sido tratado como prioridade.

Palavras-chave: hemodiálise, defesa da criança e adolescente, enfermagem pediátrica, nefrologia.

* Acadêmica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT).

† Enfermeira Pediatra, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Adjunta da FAEN/UFMT. Endereço para correspondência: Rua das Pérolas, 488, apto 401, Bosque da Saúde, Cuiabá-MT, CEP 78050-090. E-mail: rosalucia@gmail.com

‡ Enfermeira Pediatra, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Adjunta da FAEN/UFMT.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**O ambiente do hospital e suas repercussões na vida de trabalhadores de uma
unidade de internação pediátrica**

Elyane Jayrla Castro da Costa*
Rosa Lúcia Rocha Ribeiro†

Este estudo foi realizado em um hospital universitário localizado no município de Cuiabá – Mato Grosso, e consistiu na investigação da ambiência da unidade de internação pediátrica da instituição, sob o olhar dos seus trabalhadores, buscando compreender como o ambiente hospitalar repercute em suas vidas. A pesquisa se insere no Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC), da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT) e está vinculada ao projeto matricial “O Ambiente do hospital e suas repercussões na vida de trabalhadores hospitalares e usuários do SUS”. A pesquisa é apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Mato Grosso (FAPEMAT). O ambiente, além de ser visto como espaço físico, deve ser visto também como espaço de manifestação de subjetividades, se tornando um facilitador no ato de agir e refletir entre as pessoas envolvidas no trabalho. Esse processo de agir e refletir irá contribuir para a construção de situações diferenciadas, provocando mudanças e proporcionando ambientes de trabalho mais prazerosos. Para o Ministério da Saúde e segundo o que propõe o Programa Nacional de Humanização - HumanizaSUS, “ambiência na saúde pode ser compreendida como o tratamento dado ao espaço físico que, por sua vez, também é entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humanizada” (BRASIL, 2006). Florence Nightingale, percussora da Enfermagem moderna, já afirmava que o ambiente bem organizado contribui para a restauração da saúde das pessoas. Porém, para os profissionais que atuam no hospital, este espaço, muitas das vezes, pode passar despercebido. Os trabalhadores nem sempre estão conscientes de que o ambiente hospitalar pode interferir em suas vidas, positiva ou negativamente. Tais repercussões podem estar relacionadas a diversos elementos presentes no ambiente e no trabalho hospitalar, tais como: o trabalho intenso, o estresse pela convivência com a dor e o sofrimento, as relações que se estabelecem neste meio, os aspectos da estrutura física deste ambiente tais como a arquitetura, as cores, os odores, os sons, os riscos ocupacionais e tantos outros elementos que poderiam ser enumerados. Neste sentido, a pesquisa teve como objetivos apreender e analisar as percepções e sentimentos dos trabalhadores de uma unidade de internação pediátrica de um hospital escola de Cuiabá, estado de Mato Grosso, sobre a ambiência, com vistas à implementação de medidas de intervenção e promoção de ambientes saudáveis de trabalho. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, que buscou privilegiar as subjetividades dos trabalhadores de um hospital universitário, possibilitando a apreensão da perspectiva dos sujeitos, com suas lógicas, atitudes, comportamentos, ações e reações frente à vida e ao ambiente do hospital. O estudo foi realizado por meio de observação detalhada do ambiente de trabalho hospitalar na Clínica Pediátrica e entrevista com seus trabalhadores. Para a observação do ambiente hospitalar foi utilizado a técnica de observação participante. As entrevistas aconteceram no hospital em estudo, individualmente. Para a realização das entrevistas, foi considerada a disposição das pessoas para a conversa, bem como o seu consentimento para a gravação de voz. A análise das entrevistas foi realizada tendo como referência diversos autores que

* Acadêmica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT).

† Enfermeira Pediatra, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Adjunta da FAEN/UFMT.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

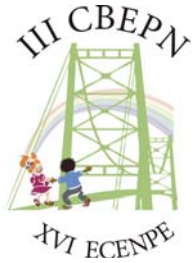
discutem o ambiente sob diversos olhares, como nas áreas sociais, humanas, da saúde e também da arquitetura. Durante todo o processo de trabalho de campo foram obedecidas rigorosamente as normas vigentes para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, em atendimento à resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 196/96 (BRASIL, 1996). O estudo nos permitiu mostrar como o ambiente da unidade pediátrica do hospital pesquisado influencia de modo positivo a vida de seus trabalhadores. Foi possível verificar que, apesar desses profissionais conviverem diariamente com situações de sofrimento enfrentados por várias crianças e adolescentes internados, o que imaginávamos que poderia repercutir negativamente no ambiente, não foi o que a pesquisa evidenciou. A pediatria do hospital é considerada, nas falas dos trabalhadores, como “a construção de uma família”, tendo seus “altos e baixos”, mas que permanece sempre unida e focada no objetivo de amenizar toda a hostilidade e angústia que a hospitalização pode causar na criança. No entanto, apesar dos profissionais se verem como uma família, percebeu-se que ainda existe a constante busca por espaços próprios para o seu trabalho, o que pode denotar um sentido de desejo de reconhecimento do seu trabalho pelos outros pessoas do hospital, em especial pela própria gestão. Em nossas observações, pudemos perceber que no ambiente pesquisado existem muitos espaços que estão desorganizados e descuidados. Assim, caberia aos próprios profissionais organizarem seu espaço de trabalho, no intuito de ter um ambiente mais saudável e organizado, tanto para as crianças, quanto para eles próprios. Ao longo da pesquisa e observações, percebemos que existe a participação dos familiares, principalmente mães, que ajudam no cuidado com seus filhos. Infelizmente essa participação ainda não é integral, no entanto, houve um avanço ao longo do tempo. Há que se destacar os diversos movimentos e ações empreendidas pelos trabalhadores que buscam amenizar o sofrimento da criança que está hospitalizada. Tais ações são evidenciadas pelas rotinas um pouco mais flexíveis, a participação dos familiares na internação da criança, a constante mudança do ambiente e atividades recreativas e educativas, tais como: brinquedo terapêutico, pintura, classe hospitalar, artesanato para acompanhantes, informática para crianças e adolescentes, terapia comunitária e outras atividades realizadas eventualmente, que promovem a redução do impacto da internação para a criança. Contudo, as falas dos profissionais entrevistados, tiveram como foco maior a necessidade de espaços maiores para as atividades de recreação realizadas com as crianças internadas, o que nos mostra, mais uma vez, a preocupação desses profissionais, em deixar o ambiente do hospital o mais similar possível com o cotidiano da criança. Desse modo, concluímos que o ambiente da Unidade Pediátrica, apesar de não ter toda a estrutura física, cujo desejo foi expresso pelos sujeitos pesquisados, ainda assim, influencia positivamente na vida de seus trabalhadores, se tornando um ambiente alegre, acolhedor e de boas relações.

Aplicando o Modelo Calgary na assistência à família da criança: relato de experiência

Monika Wernet^{*}
Jenifer dos Santos[†]
Débora Goulart Acácio[†]

* Enfermeira, doutora em Enfermagem, docente Adjunto I junto ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), pesquisadora do Grupo de Pesquisa GEENF e Saúde e Família, ambos do CNPq. E-mail: mwernet@ufscar.br

[†] Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Luciana Teixeira Labella[†]
Natalia Custodio[†]

O Programa de Saúde da Família assume diante da sociedade a valorização do vínculo entre equipe de profissionais, usuários e famílias como um de seus grandes eixos estruturantes. A família, por sua vez, é unidade social que constrói um modo de viver que lhe é próprio, estruturado em crenças e valores e refletido em seu funcionamento. Acolhe, quando possui entre seus constituintes crianças, a infância das mesmas. O presente estudo é um relato de experiência e tem como objetivo descrever o cuidado prestado a uma família na fase do ciclo vital familiar “Famílias com crianças pequenas”. O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família estruturou todo o processo cuidativo, o qual é descrito partir dos encontros familiares desenvolvidos. Conclui-se que as famílias são eficiente em si próprias, necessitando, por vezes, serem apoiadas em seu funcionamento diante de crises. Traz também como a história de cada membro familiar influi nos comportamentos manifestos e nos desdobramentos do funcionamento familiar em termos de qualidade da infância que pode ser provida a cada criança cidadã.

Palavras-chave: enfermagem, família, criança.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Manejo da dor da criança hospitalizada: visão da família

Larissa Domingas Grispan e Silva*
Mauren Teresa Grubisch Mendes Tacla[†]

Durante a infância muitas crianças são submetidas a procedimentos cirúrgicos. Toda cirurgia implica em lesões de tecidos, manipulação de estruturas e órgãos, sendo a dor uma conseqüência natural desse processo, que pode, porém, ser minimizada. O período pós-operatório (PO), tão comum numa unidade pediátrica, pode ser vivenciado pela criança de forma menos traumática, se os profissionais responsáveis pelo seu cuidado estiverem sensibilizados para a importância da avaliação e alívio da dor e conhecerem estratégias adequadas para o seu tratamento. A dor prejudica a recuperação do paciente. Quando não tratada, traz graves conseqüências como o atraso do processo de cura dos tecidos e a recuperação do paciente; causa ansiedade, depressão e irritabilidade; pode trazer problemas relativos à alimentação e ao sono; torna a criança medrosa; altera a estabilidade respiratória, cardiovascular e metabólica; produz alterações hidroeletrólíticas, bioquímicas e estruturais no sistema nervoso central; aumenta o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade; além de afetar futuras experiências de dor no indivíduo. Por outro lado, o alívio da dor pós-operatória promove: diminuição das complicações pulmonares, preservação da função miocárdica, mobilização precoce, menor incidência de tromboembolismo, atenuação da resposta ao estresse, conforto para o paciente, redução do tempo de internação e a consequente redução de custos. A importância do manejo da dor aguda vem sendo valorizada à medida que os benefícios aos pacientes são alcançados. O enfermeiro exerce um papel importante no manejo da dor, fornecendo informações e orientando o paciente e a família com intuito de aliviar o estresse e o medo pelo desconhecido. Lamentavelmente, muitas crianças ainda não recebem tratamento adequado para o alívio da dor no período pós-operatório, mesmo em situações em que a analgesia poderia ser feita com relativa facilidade e com ampla margem de segurança, não havendo, portanto, razões para o não tratamento dos quadros álgicos neste período. O manejo adequado da dor deve ser uma prioridade no planejamento terapêutico de pacientes pediátricos, sendo que a dor tratada de maneira preventiva ou o mais precocemente possível é de mais fácil manipulação do que aquela já estabelecida ou intensa. A participação dos pais na avaliação e tratamento da dor pós-operatória das crianças também é de extrema importância. A família deve envolver-se no processo de avaliação da dor fornecendo informações como mudanças de comportamento e estado emocional do paciente. Os pais em geral conhecem o comportamento usual de seus filhos frente à dor e podem identificar comportamentos específicos de cada criança e devem ser orientados e incentivados a participar ativamente na identificação e na avaliação da resposta de seus filhos às intervenções. Considerando os efeitos deletérios da dor pós-operatória na criança e seu direito a receber alívio, entendemos a necessidade de estudar aspectos que merecem ser melhor conhecidos a respeito desse tema. Tendo em vista que a percepção não só da criança, mas também da família, são instrumentos valiosos que refletem como a equipe trabalha com o manejo da dor pediátrica, este estudo tem o objetivo de investigar a percepção da família quanto ao manejo da dor pós-operatória por parte da

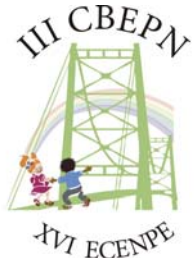
* Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina - PR e pós-graduanda em Enfermagem com Ênfase em Pediatria Faculdades Pequeno Príncipe Curitiba - PR. Endereço: Rua Mossoró, nº 600 Apto. 11 Bl. 1 CEP: 86020-290 Londrina - PR. E-mail: lali_grispan@hotmail.com

[†] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto e Vice-coordenadora da Residência em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

equipe de enfermagem e seu envolvimento neste processo. Os dados obtidos poderão contribuir para a implementação de estratégias de aprimoramento desse cuidado. O estudo, de abordagem qualitativa, teve como campo de pesquisa uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário de nível terciário, de natureza pública, localizado em Londrina - PR. Os sujeitos da pesquisa foram 10 membros das famílias que acompanhavam as crianças internadas que foram submetidas a cirurgias de médio e grande porte há, no mínimo, dois dias. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2007 e foram realizadas desde o 2º PO até o 5º PO, considerando-se como pós-operatório imediato (POI) o período de 24 horas contadas a partir do horário de término da cirurgia e as 24 horas seguintes como 1º PO e, sucessivamente, a cada 24 horas, 2º PO, 3º PO, 4º PO e 5º PO. Os dados foram obtidos com a utilização de entrevista semi-estruturada, gravada, com a devida autorização do entrevistado, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas gravadas foram transcritas e após repetidas leituras, para apreensão das falas dos sujeitos, os dados foram detalhadamente analisados e organizados em categorias. A categorização dos dados nos levou à formulação de dois núcleos temáticos: caracterização do manejo da dor pós-operatória e estratégias adotadas para o alívio da dor pós-operatória. Todos os entrevistados classificaram como boa ou ótima a atuação da equipe de enfermagem no alívio da dor pós-operatória de seus filhos. A terapia farmacológica foi mencionada por todos os sujeitos como principal método para o alívio da dor e o uso de medicamentos foi citado inúmeras vezes. Quando os sujeitos foram questionados a respeito das oportunidades vivenciadas por eles para contribuir no alívio da dor pós-operatória de seus filhos a grande maioria das respostas indicou o uso de estratégias não-farmacológicas. A administração de medicamentos é a base para o alívio efetivo da dor, mas em virtude da dor ser mais que meramente uma experiência sensorial, outros métodos de alívio são parte importante do cuidado ao paciente pediátrico e os métodos não-farmacológicos devem fazer parte do tratamento para o alívio da dor. Os pais devem receber mais orientações quanto ao uso de estratégias não-farmacológicas no manejo da dor pós-operatória de seus filhos hospitalizados, fato este não mencionado pelos entrevistados. As medidas adotadas pelos pais entrevistados visando o alívio da dor de seus filhos fazem parte do senso comum e são aprendidas no convívio familiar e social, não tendo sido indicadas ou sugeridas pela equipe de enfermagem durante a hospitalização. As terapêuticas utilizadas para o alívio da dor não podem mais ficar restritas ao uso de fármacos, principalmente, tratando-se de crianças. Elas precisam tanto da medicação, quando necessária, quanto de brincadeiras, distração e, principalmente, da atenção da equipe de saúde. A maioria dos acompanhantes utilizou a distração como forma de aliviar a dor pós-operatória de seus filhos. O uso de brinquedos, citado pela maioria dos entrevistados, foi considerado por eles uma maneira eficiente para aliviar a dor no período pós-operatório. A presença dos pais junto à criança durante o período de internação também foi citada como fator benéfico para o alívio da dor pós-operatória. Atitudes como acalmar, alegrar e encorajar, além de conversar e explicar à criança o que está acontecendo com ela também foram citadas pelos entrevistados como oportunidades vivenciadas por eles para contribuir no alívio da dor pós-operatória de seus filhos. Portanto, os enfermeiros que trabalham em unidades pediátricas devem examinar e refletir sobre o modo como envolvem os pais no cuidado à criança com dor e aplicar estratégias para que esse envolvimento se dê de forma ativa, pois os pais não querem ser apenas expectadores, mas, atuar de forma efetiva no manejo da dor de seu filho. Agindo assim os enfermeiros melhorariam a qualidade da hospitalização para a criança e seus pais. Evidencia-se então que a equipe deve se mostrar disposta e ter empatia para que o manejo da dor pós-operatória seja feito de maneira adequada, principalmente nesta faixa etária. O tratamento farmacológico, embora de fundamental importância, é supervalorizado pelos profissionais e conseqüentemente, pela família, fato comprovado pelas falas obtidas durante a pesquisa. A



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

medicalização limita a ação do profissional e principalmente da família que, muitas vezes, não é incluída no tratamento. As técnicas não-farmacológicas utilizadas pelos acompanhantes e relatadas nas entrevistas se mostram extremamente úteis, mas eles as utilizam de forma empírica, sem o incentivo dos profissionais. Este fato faz com que os pais não se sintam incluídos no manejo da dor de seus filhos. É necessário que os pais e acompanhantes sejam orientados e motivados pela equipe de enfermagem a participar ativamente no manejo da dor de seus filhos após a cirurgia.

Palavras-chave: dor, criança, enfermagem pediátrica, família.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Compreendendo a vivência de ser mãe de uma criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Carolina Balbi*
Circéa Amalia Ribeiro[†]
Regina Issuzu Hirooka de Borba[‡]
Júlia Peres Pinto[§]

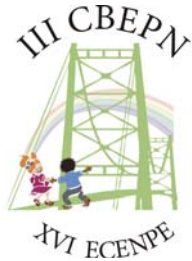
A idéia deste estudo surgiu durante as dificuldades apresentadas no convívio com uma criança de três anos de idade e conversando com sua mãe, esta relatou sobre alguns problemas que enfrentou no início da vida social do filho na creche e iniciou uma busca por informações na internet decidindo procurar ajuda profissional, sendo então diagnosticado que seu filho tinha Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH. O TDAH é um transtorno que afeta a habilidade da criança em manter a atenção, principalmente em tarefas repetitivas, controlar suas emoções, enfrentar conseqüências e controlar a inibição de forma que ela geralmente age por impulso. Pode ser classificada em três tipos: com predomínio de sintomas de desatenção; com predomínio de sintomas de hiperatividade/ impulsividade e TDAH combinado. O tratamento envolve uma abordagem que alia intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. Os medicamentos mais indicados são medicações psicoestimulantes, como o cloridrato de metilfenidato (Ritalina). Objetivo: Compreender a vivência de ser mãe de uma criança com TDAH. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa por dar importância ao significado atribuído às vivências do participante e assim permitindo descobrir aspectos novos e novas hipóteses. A coleta de dados foi realizada após a autorização da instituição escolar onde a mesma ocorreu, aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, sob o número 0416/08, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa. Os sujeitos foram cinco mães de crianças portadora do TDAH, que frequentavam uma escola municipal de ensino fundamental do município de Guapiaçu, no estado de São Paulo. O período de coleta de dados foi de Maio a Junho de 2008 e a abordagem utilizada para a coleta foi a entrevista semi estruturada com a seguinte questão norteadora: “Conte, como é para a senhora a convivência com seu (sua) filho (a) (nome da criança)”. Durante a entrevista outras questões foram formuladas no sentido de aprofundar a compreensão dos conceitos que estejam sendo verbalizados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para que pudessem ser analisadas. Neste estudo o processo de análise qualitativa de conteúdo foi realizado seguindo os passos de codificação e categorização propostos por Mayan. A codificação, após leitura exaustiva da transcrição da entrevista, trata os dados coletados, transforma os dados brutos do texto identificando os códigos e fragmenta-os. A categorização é o processo de classificação dos elementos, diferenciando-os e reagrupando-os por semelhanças colocando-os em categorias. Podem ser criadas também subcategorias. Resultados: Os resultados deste estudo permitiram identificar a vivência dessas mães como sendo uma vivência difícil e de sofrimento. As mães relataram diversos fatores que causam suas dificuldades e sofrimentos evidenciados conforme revelado na categoria *Convivendo com manifestações de comportamento do filho*, na qual citam manifestações como agitação, agressividade, ansiedade, carência afetiva, desatenção,

* Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. E-mail: carolinaabalbi@yahoo.com.br

[†] Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora associada do Departamento de enfermagem UNIFESP.

[‡] Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora adjunto do Departamento de enfermagem UNIFESP.

[§] Enfermeira. Doutoranda em ciências em saúde da UNIFESP. Professora Universidade Anhembi Morumbi.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

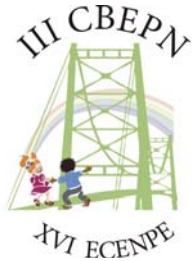
desobediência, dominação, insistência, instabilidade, mentiras e dificuldades com o sono que os filhos apresentam. Os dados mostraram que as mães se desesperam com os comportamentos de seus filhos conforme foi revelado pela categoria *desesperando-se com o filho*, o que tem concordância com outros trabalhos segundo os quais os cuidadores que acompanham crianças na faixa dos três aos seis anos de idade com TDAH apresentam um alto nível de estresse sobretudo quando há presença de comorbidade. A categoria *Entristecendo-se pela discriminação com filho* revela que as mães de crianças com TDAH se sentem entristecidas com a discriminação que ocorre com o filho. A literatura confirma que a criança com TDAH sofre discriminação acusam-na de ser mal educada, insuportável, má e até mesmo consideram que a criança tenha pouca inteligência. As mães entrevistadas buscaram recursos para ajudar o filho estimulando sua concentração por meio de brincadeiras e desenhos animados, tentavam medicamentos naturais como alternativa para conviver, conforme a categoria *Buscando alternativas para ajudar e se relacionar melhor com o filho*. A literatura recomenda a orientação e/ou aconselhamento de pais ou cuidadores para facilitar o convívio familiar. Não apenas porque ajudam na compreensão do comportamento do filho com TDAH, mas também porque ensina técnicas para auxiliar no manejo dos sintomas e na prevenção dos problemas decorrentes. As crianças com TDAH apresentam diversos problemas escolares, sendo esta mais uma fonte de sofrimento relatada pelas mães ao receberem constantes reclamações quanto ao comportamento do filho, conforme a categoria *Recebendo reclamações da escola*. As mães referiram preocupar-se muito com o prejuízo escolar do filho, elas, como meio de melhorar esse problema, tentaram apoiar o filho nas dificuldades escolares, conforme revelado na categoria *Apoiando o filho com dificuldades escolares*. As mães da pesquisa enfrentaram dificuldades para encontrar atendimento profissional especializado que avaliasse melhor o seu filho com TDAH, de acordo com a categoria *Tendo ajuda profissional*. Essas dificuldades podem ter sido ocasionadas pela falta de preparo e conhecimento dos profissionais de saúde sobre o TDAH. A literatura aponta sobre as dificuldades de realizar um diagnóstico preciso de TDAH pois é preciso contextualizar o sintoma da história da vida da criança. Outro aspecto emergido nos relatos das mães foi a questão do tratamento farmacológico, o metilfenidato, mais conhecido por seu nome comercial Ritalina, único estimulante encontrado no Brasil que por ser um medicamento controlado e apresentar efeitos colaterais, desencadeia medo quanto ao seu uso, conforme categoria *Temendo o uso da Ritalina*. O tratamento com a Ritalina gera diminuição nos comportamentos característicos do TDAH, as mães reconhecem os benefícios com o uso do medicamento apesar de seus receios, conforme a categoria *Reconhecendo os benefícios com o uso da Ritalina*. Esse reconhecimento favorece na aprovação deste tratamento farmacológico pelas mães que consideram a Ritalina como uma ajuda necessária e esperam que o medicamento possa evitar o uso de drogas na adolescência, de acordo com a categoria *Aprovando o uso da Ritalina*. A literatura aponta muitas controvérsias quanto ao uso abusivo da Ritalina, na qual a principal dúvida é a possibilidade de que o metilfenidato possa estar sendo usado para aliviar sintomas próprios da infância em crianças que nada mais precisam que o carinho e atenção de seus pais. As crianças demonstraram corresponder aos medos e anseios das mães se recusando a tomar a medicação, de acordo com a categoria *Tendo dificuldade para o filho tomar remédio*. Assim, também reconhecem a importância e os benefícios provocados pelo tratamento, muitas vezes relacionando o efeito da Ritalina e o comportamento adequado considerando o medicamento como uma forma de castigo conforme a categoria *Reconhecendo que o filho tem consciência da importância da Ritalina*. As mães ainda referem sofrer com a falta de apoio no cuidado com seu filho com TDAH conforme a categoria *Sofrendo com a falta de apoio*. A literatura aponta maior nível de estresse e ambiente familiar mais conflituoso em famílias de crianças com TDAH. A família é um importante contexto em que a criança com TDAH aprende a se relacionar com o mundo.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Além dos diversos comprometimentos causados pelo TDAH, o funcionamento familiar e relacionamento conjugal dos pais da criança também podem ser atingidos com a doença. Podem ocorrer insatisfação, conflito conjugal e alterações nas relações pai/filho quando estilos disciplinares diretivos e hostis ou excessivamente permissivos são adotados. Considerações finais: O estudo alcançou seu objetivo, pois os dados obtidos permitiram compreender a vivência de ser mãe de uma criança com TDAH. A enfermagem deve ser conhecedora da família e precisa ter seu foco de cuidado nela, buscando prevenir e promover a saúde. Atentar para os problemas decorrentes do TDAH é prevenir diversos danos à saúde que essa criança e sua família podem apresentar, como abuso de substância como o álcool, tabaco e inclusive drogas ilícitas, depressão e ansiedade. Assim, reiteramos a importância do enfermeiro que atua em qualquer nível de atenção à saúde pensar na família como foco do cuidado quando uma das suas crianças seja portadora do TDAH. Acreditamos que o enfermeiro deve estar capacitado a interagir e cuidar dessa criança e de sua família, assim como com os educadores e professores no sentido de orientá-los sobre a detecção e manejo adequado dessa situação. Ressaltamos, ainda, que esse é um estudo inicial havendo a necessidade de se realizar um maior número de estudos científicos sobre o TDAH e principalmente sobre sua família, inclusive nas áreas da enfermagem e da educação, pois como revelado neste estudo, esse transtorno é um fator que causa dificuldades e sofrimento não somente para a criança, como também para toda a sua família.

Palavras-chaves: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, enfermagem da família, educação, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O enfrentamento e a força dos pais que vivenciam a situação do filho hospitalizado*

Maíra Barrio Hauser[†]
Regina Issuzu Hirooka de Borba[‡]
Circéa Amalia Ribeiro[§]

Introdução: Para os pais, a experiência de vivenciar a doença e a hospitalização de um filho pode ser bastante sofrida e traumatizante. O filho, por sua vez, necessita do apoio familiar a fim de sentir-se seguro ao lado de pessoas nas quais confia. Percebemos, muitas vezes, que apesar de os pais mostrarem-se fortes perante a criança, eles têm seus medos e angústias, também necessitando de algo que lhes dê força e suporte emocional e espiritual para enfrentar a situação. A hospitalização da criança é vista como uma experiência difícil e triste, que provoca desespero e dor psíquica, um evento que altera toda a dinâmica da família, em razão dos vínculos de estreita relação que caracterizam a relação criança-família. Esse evento gera situação de crise na família, que clama por ajuda e demanda apoio por parte de quem quer que se disponha a lhe conferir o mínimo de suporte para que ela como núcleo não se desestruture. Cuidar de família nessa situação exige fundamentalmente a captação das suas experiências internas, aquelas que nos revelam os significados que a família atribui aos eventos que vivencia. Os pais precisam de força e apoio para conviver com a dor e o sofrimento do filho; não se entregarem à difícil situação enfrentada; darem proteção e confiança ao filho; viverem momentos de insegurança e exigências e dar outro sentido à vida. A partir do momento em que o enfermeiro conhece a família, ele tem condições de avaliar, junto com ela, os pontos fortes, como os recursos que a família dispõe para lidar com a situação, assim como as fraquezas e as demandas. Este estudo irá buscar, portanto, a “força”, na qual os pais se apóiam, força esta que os leva para frente e faz com que estejam sempre prontos a fazer o possível e o impossível para ajudar e estar ao lado do filho em qualquer situação. **Objetivos:** Compreender a vivência do pai e da mãe na situação de uma doença crônica do seu filho e Conhecer a força encontrada pelos pais para enfrentar a doença e a hospitalização de seu filho. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo por trabalhar com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, e de natureza descritiva, pois observou, registrou e analisou os fatos sem manipulá-los. A análise dos dados seguiu os pressupostos da Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo foi mediado, por meio da construção do ecomapa, com o objetivo de identificar de onde surge a força explicitada pela família para o enfrentamento da hospitalização de seu filho. Foi realizado nas unidades de Internação Pediátrica e Doenças Infecto Parasitárias Pediátrica - DIPE do Hospital São Paulo, localizado no município de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa foram um pai e quatro mães que estavam acompanhando seus filhos portadores de doenças crônicas que se encontravam hospitalizados e com diagnóstico recebido há três anos ou mais e designados por nomes fictícios. A coleta de dados iniciou-se

* Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado na Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP em 2007.

[†] Enfermeira. Especialista em Enfermagem Psiquiátrica pela UNIFESP. Enfermeira da Unidade Psiquiátrica do Hospital Municipal Vereador José Storopoli.

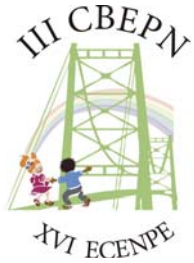
[‡] Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Orientador. Endereço: Av. Fagundes Filho, 623 Apt Esparta 64. Vila Monte Alegre. São Paulo/SP. CEP: 04304-010. E-mail: rihborba@unifesp.br

[§] Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Co-orientador



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

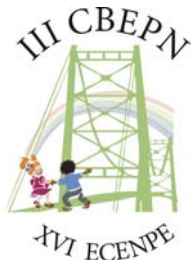
após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o número 0418/07. Foi realizada entre julho e agosto de 2007, mediada por uma entrevista com os pais, na própria instituição onde a criança se encontra hospitalizada, utilizando a questão norteadora: “Conte-me como o Senhor (a) enfrenta a situação de seu (sua) filho (a) doente e hospitalizado (a)”, e construído o ecomapa em conjunto com os sujeitos. De acordo com as respostas dos pais, as questões foram aprofundadas com perguntas circulares com o objetivo de investigar os relacionamentos entre os indivíduos, fatos, idéias ou crenças. Após a coleta de dados, foi realizada a análise individual das mesmas conforme a metodologia utilizada nesta pesquisa, seguindo os três passos preconizados por Bardin: pré-análise, análise temática e categorização. **Resultados:** O estudo apresentou cinco categorias temáticas: *A doença sendo uma vivência de dor, sofrimento e tristeza; Vivenciando a solidão; Enfrentando a doença e a hospitalização com amor, esperança e força; Encontrando força na família; Sentindo-se ancorado pela fé em Deus.* A passagem dos pais pela fase *a doença sendo uma vivência de dor, sofrimento e tristeza* pode ser identificada no momento em que percebe os primeiros sintomas da doença na criança e as mudanças que precisam efetuar em seu cotidiano. Ao conhecer o diagnóstico da criança, a família sofre profundos abalos na sua estrutura psíquica, sentindo-se insegura e aterrorizada e no processo de adoecimento da criança. A situação da doença no sistema familiar traz consequências significativas à família, juntamente com sentimentos de dor, angústia por desconhecer o processo da doença, preocupações com relação à patologia, aos sintomas, às recaídas, ao tratamento e ao futuro da criança doente. No momento em que a criança se encontra hospitalizada, os pais *vivenciam a solidão*, embora receba apoio, este não supre todas as demandas e, em determinadas situações, a família sente que não tem com quem contar. Vivencia sozinha essa experiência e não tem como compartilhar suas responsabilidades extras, sentindo-se sozinha, não esperando força de mais ninguém e com o passar do tempo, se percebem enfraquecidos, esgotados, no limite de suas forças, querendo fraquejar. Os pais *enfrentam a doença com amor, esperança e força*, buscando-as na família, no filho, em si e nos profissionais. Eles acreditam que tem de estar ao lado do filho passando tudo junto com ele, dando o que podem dar de si e desejando-lhe sempre o melhor. No contexto hospitalar, a família recebe apoio da equipe de saúde quando o profissional presta cuidado com carinho. A ajuda concreta por parte dos profissionais é de valor inestimável para a construção da intervenção, ocasionando proximidade dos pais. No entanto, visualizamos no ecomapa que nenhum dos pais estabeleceu relação de força recebida pelos médicos ou enfermeiros, o que leva a crer de que esses profissionais não estão respondendo a demanda do pais, de criar uma atmosfera de apoio. À medida que a mãe vai passando por todo o processo da hospitalização, ela vai definindo e redefinindo a sua linha de enfrentamento, dando proteção ao filho, com o propósito de amenizar o seu próprio sofrimento. Na categoria *Encontrando força na família*, identifica-se a família como sendo a segunda força encontrada por estes pais para enfrentar a situação de seu filho doente e hospitalizado, e que a demonstração de amor entre o casal é um fator importante para a felicidade da filha. A fim de superar e recarregar a força, a família luta para manter-se forte para que a criança também se sinta fortalecida, e assim, enfrentar a doença e hospitalização da criança. A fé, ressaltada em *Sentindo-se ancorado pela fé em Deus*, também é constatada em estudos na qual a mãe estabelece profunda ligação com Deus. Em Deus os pais depositam suas esperanças, confia a criança, o tratamento, entregam a cura do filho e o próprio sofrimento. Nele a mãe encontra o conforto e a força de que precisa para afastar seu filho do sofrimento e assim diminuir sua própria dor. Ancorada em sua fé, busca ajuda em um Ser Superior, renova as suas forças, as suas esperanças e persevera no seu dever de proteger o filho. **Considerações finais:** Os pais que acompanham seu filho hospitalizado em decorrência de uma doença crônica relataram ser esta vivência de muita dor, sofrimento, tristeza e de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

solidão. Porém, diante deste sofrimento, mostraram encontrar forças para enfrentar tal sofrimento junto ao filho, com amor e esperança. Encontraram apoio na rede social, sobretudo na família, constituindo importante força. É na fé em Deus, que os pais identificam como sendo a primeira e mais importante força que os ancora e que faz enfrentar com esperança para superar os momentos de doença e de hospitalização de seu filho. Contudo, a equipe do hospital e, sobretudo a enfermagem, não está presente nas relações. A espiritualidade e a religiosidade são fatores básicos na vivência da família, sendo parte integrante das experiências de doença e hospitalização da criança. As crenças religiosas oferecem referências de valores que auxiliam as pessoas a ver sentido no mundo. Portanto, propomos que crie um espaço de reflexão em torno deste tema pela enfermagem, e que a assistência espiritual seja integrada no plano de enfermagem, pois, sustentando os pais em sua fé, estarão contribuindo para uma vivência menos dolorosa e sofrida da hospitalização do filho.

Palavras-chave: enfermagem da família, doença crônica, criança hospitalizada, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

SESSÃO COORDENADA



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

A participação da família na tomada de decisão para busca de atendimento de emergência à criança com câncer

Lais Fernanda Barroso Cremonesi*

Cristina Novato Targas[†]

Paula Saud De Bortoli[‡]

Lucila Castanheira Nascimento[§]

Introdução. Emergência oncológica é definida como uma condição, desencadeada pelo próprio câncer ou pelo seu tratamento, que exige uma intervenção rápida para evitar a morte ou minimizar possíveis complicações. Nessa situação, quando a criança ou adolescente está sob os cuidados da família, cabe aos familiares tomarem a decisão de buscar uma ajuda externa, porém, muitas vezes, a família não está preparada para identificar os sinais de alarme e encontram muitas dificuldades para lidar com a situação que se apresenta. Com o decorrer do tempo, a possível necessidade do atendimento de emergências, muitas vezes, acaba sendo incorporada ao cotidiano da família, porém esta é uma situação que gera muitas dúvidas, sofrimento e insegurança, tanto aos familiares quanto na criança ou adolescente acometido pela doença. Cabe à equipe de saúde oferecer subsídios para que essas famílias sintam-se mais seguras e competentes para cuidar da criança ou adolescente em casa, identificando situações emergenciais com mais facilidade e agindo rapidamente com mais tranquilidade. **Objetivo.** Este estudo tem como objetivo geral compreender como a família se organiza para tomar a decisão de buscar um atendimento de emergência para a criança ou adolescente com câncer. Pretende-se, ainda, identificar os sinais e sintomas, apresentados pela criança, que levam a família a decidir o momento certo para buscar ajuda externa; identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais no gerenciamento da situação de emergência oncológica do filho, e compreender qual o significado atribuído pelos pais diante à situação de emergência do filho. **Método.** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com familiares de crianças e adolescentes com câncer em acompanhamento terapêutico em um serviço privado em município do interior paulista. A pesquisa teve início após a aprovação do projeto e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Todas as diretrizes para condução de pesquisas com seres humanos foram obedecidas. A oficialização da participação dos familiares se deu por meio da assinatura, após leitura e esclarecimento, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a seleção dos familiares participantes do estudo, as crianças e adolescentes foram recrutados por meio do banco de dados de um consultório médico privado, cuja clientela pediátrica, quando necessitava de atendimento emergencial, era referenciada para um dos hospitais privados do

* Graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Capítulo *Rho Upsilon, Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. E-mail: lais.cremonesi@yahoo.com.br

[†] Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado da Criança e do Adolescente – GPECCA. E-mail: cris.targas@hotmail.com

[‡] Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado da Criança e do Adolescente – GPECCA. E-mail: paulinhasdb@hotmail.com

[§] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública da EERP/USP. Membro do GPECCA, Presidente do Capítulo *Rho Upsilon*. Pesquisadora CNPq. Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. CEP 14040-902. E-mail: lucila@eerp.usp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

município de Ribeirão Preto-SP. Assim, esses dois cenários, consultório privado e hospital, foram os selecionados para a realização da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, realizadas nas dependências do hospital ou no domicílio das crianças e adolescentes. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra logo após sua realização, e, posteriormente, foi feita uma análise das mesmas conforme orientações para análise de conteúdo. **Resultados.** Participaram da pesquisa 12 famílias, totalizando 13 participantes, sendo 10 mães, 1 pai, 1 avô e 1 avó. Dentre as crianças e adolescentes casos-índice desse estudo, 11 possuíam diagnóstico de leucemia e 1 de tumor de Wilms, com idades variando entre 1 e 13 anos. Os resultados evidenciaram que são diversos os motivos que levam os familiares a tomarem a decisão de buscar um atendimento de emergência para o filho com câncer. Para eles, qualquer situação que desvie de suas rotinas é considerada uma situação de emergência. Dentre os sinais e sintomas que levaram as famílias a buscar ajuda externa, os mais mencionados foram: febre, manchas no corpo e sangramento em várias partes do corpo, como no nariz, na gengiva e no intestino. Por meio das falas dos participantes, observou-se que a maior preocupação dos familiares se dá em relação ao elevado risco de infecção a que as crianças e adolescentes estavam expostos. Sendo assim, a família sente-se extremamente responsável por evitá-la, assim como por identificar precocemente possíveis intercorrências, adotando, então, medidas que proporcionem uma maior segurança à criança ou adolescente em tratamento, como cuidados com a alimentação, limpeza rigorosa da casa, isolamento social e vigilância constante por todos os membros da família. Essa atenção desvelada e o conhecimento adquirido por meio das experiências vivenciadas ajudam os pais e familiares a se sentirem mais seguros e confiantes para identificarem rapidamente qualquer sinal ou sintoma que possa indicar o surgimento de alguma complicação. Assim que os familiares identificam qualquer sintoma que os deixam inseguros, já se mobilizam para a tomada de alguma decisão. As mães são os atores principais nesta etapa, sendo elas quem, geralmente, identificam a intercorrência. Porém, na maioria das vezes, o diálogo com o parceiro se mostra essencial para a tomada da decisão final. As mães, rapidamente, entram em contato com o médico do filho, que é quem as orienta a procurar ajuda externa ou não. Essa disponibilidade do médico aparece nos discursos como um grande conforto para as famílias, que ficam mais tranquilas sabendo que têm a quem recorrer nas situações em que se sentem inseguras para permanecer em casa com a criança ou adolescente. Algumas famílias conseguem incorporar a possível necessidade de um atendimento de emergência ao seu cotidiano, desenvolvendo estratégias para que se sintam prontas para correr com a criança ou adolescente, caso ocorra uma eventual emergência. Quando isso ocorre, nota-se que há uma diminuição do estresse vivenciado nestas situações. A busca pelo serviço em situação de emergência oncológica do filho, ao mesmo tempo em que gera sofrimento, medo e dúvidas, proporciona um conforto para a família, que, nestas situações, refere sentir-se mais segura no hospital devido a todos os recursos disponíveis para atender a criança rapidamente. **Conclusão.** A experiência de uma situação de emergência oncológica vivenciada pelo filho com câncer, mesmo quando compreendida como parte da doença e do tratamento, é permeada por apreensão, incertezas, desgaste físico e emocional, além do sofrimento. Entende-se que o fato de as famílias não saberem exatamente o que as crianças ou adolescentes têm e o medo de perdê-los são os dois principais agentes estressores nessas situações. Dessa maneira, é de fundamental importância que a equipe de saúde, compreenda como se dá este processo para que esteja preparada para apoiar essas famílias, visando diminuir a insegurança, as dúvidas e o estresse de uma situação de emergência.

Palavras-chave: neoplasia; criança; família; emergências; identificação da emergência; enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Experiências de pais no cuidado ao filho com câncer: um olhar na perspectiva de gênero

Denis da Silva Moreira*
Regina Aparecida Garcia de Lima[†]

Nas últimas décadas os países em desenvolvimento estão passando por um processo de transição em relação ao seu perfil epidemiológico de morbimortalidade, observamos uma diminuição progressiva das doenças transmissíveis concomitantemente ao aumento das doenças crônico-degenerativas; dentre elas destacam-se as cardiopatias, doenças cérebro vasculares, diabetes, HIV/AIDS e câncer. No passado, o câncer infantil era considerado uma doença aguda e ocasionava muitas mortes, hoje devido aos avanços técnico-científicos, a atuação inter e multidisciplinar da equipe de saúde e da rede de suporte social, se apresenta como uma condição crônica. O câncer infantil representa de 0,5% a 3% de todos os tumores presentes na maioria da população, e o seu processo diagnóstico e terapêutico não envolve apenas os aspectos epidemiológicos e biológicos, pois este é também permeado por um contexto que contempla os aspectos sociais, emocionais, afetivos, culturais e espirituais. Dessa forma, ele pode desencadear uma desestruturação da dinâmica familiar, principalmente durante os períodos de hospitalização, exigindo adaptações, tanto por parte da criança e do adolescente, quanto dos seus familiares. As práticas de cuidado que perpassam o contexto do câncer em crianças e/ou adolescentes começam a ser alteradas quando se identificam os primeiros sinais e sintomas da doença. Em nossa sociedade estas práticas foram construídas historicamente no âmbito do feminino, entretanto, nos últimos anos, a paternidade está convivendo com um processo de transformação, onde o novo pai depara-se com demandas subjetivas que transitam entre valores novos e arcaicos. Observamos que papéis historicamente determinados às mães, como por exemplo, o cuidado dos filhos, está sendo absorvido também pelos pais e este movimento de participação mais efetiva dos pais tem sido denominado de “nova paternidade”. No entanto, é necessário compreender as demandas de cuidado do filho, para que os pais possam desenvolver novos papéis de forma mais adequada. Nesta perspectiva este estudo tem como objetivos: compreender as experiências do pai e da mãe de crianças e adolescentes com câncer, durante as diferentes fases do processo diagnóstico e terapêutico; analisar como as questões de gênero (nova paternidade) influenciam no cuidado ao filho com câncer e identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes do estudo no gerenciamento da condição crônica de seu filho. Trata-se de uma investigação com abordagem metodológica qualitativa, apoiada no método etnográfico, pois os seus pressupostos permitem compreender o universo de significados e a visão de mundo que os pais (pai e mãe) atribuem às suas experiências, tendo como recorte a dimensão subjetiva de cuidar de um filho, durante o processo diagnóstico e terapêutico do câncer. Tendo em vista os objetivos propostos e considerando que a categoria gênero apresenta um caráter relacional, os participantes do estudo foram nove pais e nove mães de crianças ou adolescentes com mais de seis meses de tratamento de câncer em um hospital escola do interior do Estado de São Paulo. Para o desenvolvimento do estudo, nos pautamos na Resolução 196/96, que trata das diretrizes e normas preconizadas em pesquisa envolvendo seres humanos e obteve parecer favorável pelo

* Enfermeiro, Prof. Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – R: Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Centro – CEP:37-130-000 – Alfenas – MG. E-mail: sined@unifal-mg.edu.br

[†] Enfermeira, Profa. Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os instrumentos utilizados na coleta de dados, apoiados no método etnográfico foram à entrevista semi-estruturada, realizada de forma separada, primeiramente com o pai e depois com a mãe, a fim de que os depoimentos de um não influenciasses no do outro; a observação e a consulta documental – informações dos prontuários (idade, diagnóstico, terapêutica, história de recidivas, tempo de tratamento e prognóstico). Os dados foram analisados a partir do referencial das relações de gênero e embasados nos pressupostos da abordagem geral indutiva, a qual consiste em um procedimento sistemático para analisar dados qualitativos, guiados pelos objetivos específicos. A análise dos dados permitiu compreender que a experiência de cuidado do filho com câncer não se restringe apenas aos momentos de crise, os quais, muitas vezes, ocasionam uma hospitalização, mas os depoimentos mostraram uma trajetória árdua, anterior ao diagnóstico, na busca de solução do problema de saúde apresentado pelo filho. As narrativas também apontaram os recursos utilizados pelos pais (pai e mãe) para enfrentar o dia a dia do processo terapêutico. Nessa perspectiva, identificamos códigos que possibilitaram a construção de três núcleos temáticos com os respectivos sub-temas: 1) A experiência do itinerário diagnóstico e terapêutico – manifestação dos primeiros sinais e sintomas, a busca pelo diagnóstico, a descoberta do diagnóstico, o tratamento; 2) A construção de uma nova paternidade – a participação paterna nas tarefas domésticas, participação paterna no cuidado, divisão dos papéis sociais; 3) Estratégias de enfrentamento – suporte social, caminhando pela dimensão espiritual. A convivência com o mundo do câncer infantil e a oportunidade de ouvir os pais (pai e mãe), expondo o seu existir no cuidado ao filho com câncer, possibilitou perceber que a experiência de ter um filho com esta condição é interpretado como uma difícil passagem pela vida, revestida por muito sofrimento. Os depoimentos de todos os participantes foram enfáticos em mostrar – principalmente ao ser revelado o diagnóstico – que o processo do câncer infantil compreende conviver com momentos de angústia, tristeza, desespero, medo e dor, ou seja, sentimentos que atingem o íntimo do ser humano. A experiência de cuidar de um filho com câncer repercutiu de forma marcante no cotidiano e na vida da família. A compreensão da natureza da condição crônica do câncer infantil promoveu uma reorganização dos papéis sociais, visando ao estabelecimento de equilíbrio da dinâmica familiar e a implementação de estratégias de enfrentamento, a fim de responder às demandas da terapêutica. Percebemos, neste estudo, que a participação do pai no cuidado está relacionada a sua compreensão do exercício do seu papel social. A condição crônica apresentada pelo filho e a implementação da terapêutica acompanham a aquisição de novos papéis e responsabilidades no âmbito doméstico. Essa nova postura possibilita um repensar dos atributos masculinos e sua respectiva participação no cuidado do filho. O envolvimento do pai nas atividades de cuidado possibilitou o exercício de uma paternidade mais efetiva. Um aspecto importante em nosso estudo relacionado ao cuidado, foi a preocupação substancial, por parte do pai em relação ao orçamento familiar. Essa necessidade reproduz as questões de gênero, pois reafirma os atributos do homem de ser o provedor familiar, papel inscrito de forma consistente em nossa sociedade ocidental. Suprir a demanda financeira se mostrou ser uma estratégia de enfrentamento para atender às necessidades advindas da terapêutica, além do que, para alguns pais (pai e mãe), o papel do pai de prover financeiramente a família é a forma mais significativa de contribuir para o cuidado do filho com câncer. Além desses aspectos, o cuidado às crianças ou adolescentes e suas famílias deve ser exercido, tendo em vista a integralidade do ser humano e, assim, precisa contemplar as dimensões envolvidas no processo diagnóstico e terapêutico: dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Associado a essas considerações, a equipe de enfermagem deve planejar intervenções que ofereçam oportunidade ao pai de exercer uma participação mais efetiva no



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

cuidado de seu filho com câncer. Considerando todos esses aspectos, o câncer na criança e no adolescente apresenta multiplicidade de fatores, fazendo-se necessária uma abordagem multi e interdisciplinar com uma equipe qualificada, que conheça todas as peculiaridades do contexto do câncer infantil, a fim de obter bons resultados no processo de prevenção, tratamento e reabilitação ou contribuir para uma experiência digna e humana dentro do processo de morte e morrer infantil.

Palavras-chave: pais, criança, câncer, gênero, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Crianças e adolescentes com câncer: experiências dos seus itinerários
diagnósticos**

Michele Cristina Miyauti da Silva*
Maria Laura Ferreira de Figueiredo[†]
Regina Aparecida Garcia de Lima[‡]

Introdução: O câncer é uma enfermidade que promove alterações na vida do indivíduo e de sua família, com repercussões nas dimensões biológica, social, emocional, afetiva, existencial e cultural. É considerado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido à sua alta incidência e elevados índices de mortalidade; pelo alto custo financeiro destinado à detecção, ao diagnóstico e tratamento e, ainda, pelos recursos econômicos desperdiçados decorrentes da redução do potencial de trabalho humano. Na maioria dos países os indivíduos apresentam doença avançada e incurável no momento do diagnóstico. A incidência do câncer no grupo populacional de zero a dezoito anos, em nosso país, ainda é desconhecida na sua totalidade, porém, as estimativas nacionais provenientes de serviços especializados indicam que ocorrem de 8.000 a 10.000 casos/ano. Para o ano de 2008, estimou-se entre 0,5 a 3% de casos novos de câncer infanto-juvenil dentre todas as neoplasias malignas, em todas as faixas etárias, sendo que aproximadamente 70% das crianças e adolescentes podem ser curados quando diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. Para alguns tipos como a leucemia linfóide aguda estas taxas podem chegar a 90%. Com relação ao câncer na infância e adolescência, na atualidade as evidências científicas demonstram a baixa possibilidade de prevenção primária, o curto período de latência e elevado poder invasivo. Como as medidas específicas de prevenção primária são de difícil implementação, o foco recai sobre a prevenção secundária. Neste sentido, é fundamental que os gestores tenham informações completas acerca de como e quando está se dando o diagnóstico e quais fatores podem retardá-lo. Observa-se que o processo diagnóstico e terapêutico do câncer entre crianças e adolescentes tem início com o reconhecimento dos sinais e sintomas pelos pais e quando o diagnóstico é firmado, muitas vezes, a doença já está em processo avançado. É comum, também, que o diagnóstico ocorra de forma acidental, durante um exame físico de rotina. Isto pode se explicado pela inespecificidade dos sinais e sintomas presentes no câncer infanto-juvenil, como febre, palidez, cefaléia, anorexia, dor óssea e gânglios enfiados os quais podem estar associados e ou ser confundidos com sinais e sintomas de outras patologias comuns na infância. Está bem estabelecida na literatura científica as etapas pelas quais passam os pacientes com câncer e seus familiares, ou seja, a fase pré-diagnóstica, diagnóstica, tratamento, sobrevivência e morte. Na perspectiva de adicionar conhecimento a esta temática, elaborou-se o presente estudo, que tem por objetivo compreender as experiências de crianças e adolescentes desde o início dos sinais e sintomas

*Aluna do 8º semestre do curso de Graduação em Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Processo nº 53386/2007-3. Endereço: Rua: Marques da Cruz 1797 - Monte Alegre - Ribeirão Preto - São Paulo. CEP: 140151-150. E-mail: Michele.cristina.silva@usp.br.

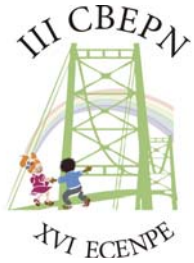
[†] Aluna do 6º semestre do Curso de Graduação em Bacharel em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/USP/CNPq. Processo nº 115568/2008-5.

[‡] Orientadora/Professor Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

até a confirmação do diagnóstico de câncer, a partir do relato dos seus pais. Ao fazermos referência a este período utilizaremos o termo itinerário diagnóstico. **Percursos metodológico:** Trata-se de um estudo com análise qualitativa dos dados, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Participam pais de crianças e adolescentes com câncer cujo diagnóstico tenha sido firmado no ano de 2008. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista com pais de crianças e adolescentes atendidos em um hospital escola do interior do estado de São Paulo, partindo de um roteiro com as seguintes questões: quando e como foram percebidos os sinais e sintomas da doença, quais foram as dificuldades na busca por assistência médica e realização de exames; qual a trajetória do atendimento até a chegada ao hospital e como se organizaram para enfrentar este processo. **Resultados e discussão:** O diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil é um desafio, pois enquanto no adulto, algumas vezes, o seu aparecimento está associado aos fatores ambientais e estilo de vida, por exemplo, nas malignidades infantis e da adolescência esta associação não é tão clara. Dão maior complexidade a este processo, o despreparo médico em diagnosticar a doença, a desinformação dos pais, as condições sócio-econômicas e culturais das famílias que as impedem de procurar um centro de atendimento especializado, a precariedade dos sistemas de saúde que não apresentam recursos para um diagnóstico rápido, eficaz e eficiente, as grandes distâncias nacionais que dificultam o acesso aos serviços especializados, dentre outros. Diante dos relatos dos pais participantes do estudo, percebe-se que o itinerário diagnóstico seus filhos teve seu início com a percepção de que algo não estava bem com a saúde dos mesmos. Sinais e sintomas como febre, perda de peso, náusea, apatia, cansaço, fraqueza, dificuldade de deambulação e dor, por exemplo, foram relatados. Para exemplificar: *“... Só que a perna dele não tava inchada nem nada, ele tava mancado, ficou dolorido (...), eu puxei a perna dele e não doía nada, esta normal, só dolorida ...”*. *“... Ai quando foi no sábado eu levei ele no postinho, ai tinha um médico lá que era tão engraçado, cheio de fazer farra, batia aqui, ali ... e aí ... animando o menino e tal, puxa a perna para cá, puxa a perna dele pra lá (imita a fala do médico).. não, não, não, não é nada não pai, sabe que esse local aqui é um local chato, você dá uma pancada aqui e dói, não se preocupa não pai, não tem nada, não quebrou nada ai, volta pra casa, daqui uns quinze dias tá ótimo”*. *“... ele chorava dia e noite ... chegou um ponto que era dia e noite de dor ...”*. Tal sintomatologia surge de maneira insidiosa e com resposta limitada à terapêutica e mesmo que a família seja tomada por pressentimentos de que algo de muito grave esta por vir, permanece a esperança de que os exames não confirmem tais temores: *“... eu tava viajando na maionese, nunca eu ia pensar que eu ia passar por este tipo de coisa, imaginar que o menino tava com uma coisa tão grave...”*. A confirmação do diagnóstico representa um momento de passagem, ou seja, da condição de saudável para a de doente, provocando uma crise na dinâmica familiar de maneira global, envolvendo desde mudança nos relacionamentos e tarefas cotidianas até a perda do trabalho dos pais, aflorando também, sentimentos como angústia, raiva, frustração e culpa. Um pai assim se manifestou: *“... só que eu tava desesperado, porque ele tava chorando direto, ele não agüentava ir na escola mais, carregar aquela bolsa pesada...”*. *“... eu não conseguia falar esse menino ... sei lá ... tá perdido e agora como é que vou fazer, eu pensava ... esse menino é meu único filho (muito choro) ... não tem jeito ...”*. Um dos participantes do estudo mencionou as dificuldades em ter o encaminhamento ao serviço especializado: *“... fiquei aguardando e o menino piorando, piorando, esse enrola, enrola ... já era dia 04 de junho e eu não sabia o que fazer (...). Entreguei o papel no postinho de saúde no começo de abril, nos estavamos em 4 de junho, cadê o encaminhamento ...”*. **Considerações finais:** São fatores que interferem nas piores estimativas de sobrevida de crianças e adolescentes com câncer: o diagnóstico tardio, a demora na procura do serviço de saúde e restrições ao acesso e a tecnologias especializadas. Acresça-se, ainda, o fato de que o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil é um desafio, dada a inespecificidade dos sinais



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

e sintomas, os quais podem estar presentes em enfermidades ditas comuns da infância. Os resultados do estudo poderão contribuir para ampliar a compreensão das causas do retardo do diagnóstico e a partir destas, estabelecer ações que visem à detecção precoce do câncer infanto-juvenil.

Palavras-chaves: câncer, crianças, adolescentes, itinerário diagnóstico.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

A qualidade de vida da família da criança em cuidados paliativos – revisão integrativa

Maira Deguer Misko*
Carolliny Rossi de Faria Tchikawa†
Regina Szylyt Bousoff‡

Introdução: A literatura descreve a carga de trabalho e da responsabilidade que é colocada no cuidador familiar quando este encontra-se sozinho no cuidado integral ao seu familiar doente, principalmente no ambiente domiciliar e quando são necessários procedimentos específicos. Desta forma, cuidadores de pacientes em cuidados paliativos podem enfrentar exaustão física e financeira, além de profundo sofrimento psicológico, o qual irá aumentando à medida que o paciente vai perdendo sua autonomia, o que torna imprescindível que a equipe de saúde esteja voltada, também, para a manutenção e melhoria da qualidade de vida destes familiares. Há ainda que se considerar que a doença grave e o processo de morte são experiências capazes de afetar todos os integrantes de um sistema familiar, mesmo que em graus variados, possibilitando que vivenciem intenso sofrimento físico e espiritual - daí a necessidade e a importância de os profissionais de saúde adotarem a família como unidade de cuidado, e não apenas o indivíduo doente, no sentido de ajudar a restabelecer seu equilíbrio. Mesmo diante desse sofrimento, a família procura assumir a responsabilidade do cuidado de seu ente hospitalizado com resignação e amparada no sentimento de solidariedade, o que deveria ser reconhecido como um fator importante para o crescimento e para o fortalecimento da família. **Objetivo:** O estudo teve como proposta buscar as evidências disponíveis na literatura, nos últimos dez anos, que abordassem a Qualidade de Vida da Família da criança em cuidados paliativos, com o objetivo de analisar como a qualidade de vida da família tem sido estudada no contexto dos cuidados paliativos pediátricos, para assim sintetizar o conhecimento na área a fim de fundamentar o cuidado a esta clientela. **Metodologia:** O método de pesquisa selecionado foi a revisão integrativa da literatura. Com a proposta de se atingir o objetivo proposto foram cumpridas as seguintes etapas: identificação do problema de pesquisa, que incluiu a elaboração da questão norteadora, estabelecimento de palavras-chave e dos critérios de inclusão/exclusão dos artigos; a seleção dos artigos; definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados (objetivos, metodologia e principais conclusões), bem como a análise dos mesmos, a discussão e interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento. Levando em consideração as problemáticas da pesquisa: a) o aumento do número de pacientes com doenças crônicas, que em conjunto com os avanços tecnológicos da medicina, tem proporcionado um significativo aumento no número de famílias com crianças que recebem cuidados paliativos; b) sendo a família parte importante da trama no contexto dos cuidados paliativos pediátricos, sendo considerada como membro da equipe, por ser a responsável pelo cuidado direto à criança/adolescente, sobretudo em seu domicílio; a seguinte questão norteadora foi estabelecida para esta revisão: “Qual o conhecimento científico produzido sobre a qualidade de vida relacionada a saúde da família no contexto do cuidado paliativo

* Enfermeira, Doutoranda pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

† Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Endereço: Rua Otávio Palhares, no. 242, Jardim Santos Dumont, Londrina – Paraná. E-mail: caroll-rossi@hotmail.com

‡ Enfermeira, Profa. Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

pediátrico?”. A revisão sistemática da literatura englobou o período de 1998 a 2008, nas bases de dados BDNF, LILACS, MEDLINE e PUBMED, a partir das seguintes palavras-chave: cuidados paliativos, qualidade de vida, família e criança. **Resultados:** A partir dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos foram selecionados 17 artigos. Quanto ao ano de publicação, todos são da década de 2000, variando nos anos de 2002 a 2009. Poucas são as pesquisas direcionadas a abordar a questão da qualidade de vida da família da criança em cuidados paliativos, e as existentes, vem sendo realizadas na Inglaterra ou nos Estados Unidos, e trazem a questão da qualidade de vida vinculada a expectativa da família referente ao cuidado prestado a sua criança na etapa final de vida. Quando localizados artigos que enfocavam a família da criança em cuidados paliativos, estes versavam sobre as perspectivas da família sobre a qualidade do cuidado prestado ao filho durante a fase de tratamento paliativo, com predominância para as preocupações com o cuidado no final da vida estando a questão de sua qualidade de vida inserida e vinculada a este contexto. As famílias correlacionam sua qualidade de vida com a qualidade do cuidado prestado ao filho. Neste contexto, o controle da dor é um elemento-chave e primeira preocupação das famílias, que precisam certificar-se que todos os esforços estão sendo realizados para manejar este sintoma e diminuir o sofrimento da criança. Durante a fase de cuidados paliativos pediátricos, a qualidade de vida da família é afetada. Tal evento terá grande influência no contexto geral de interação e bem-estar familiar. Contudo, não existem instrumentos concebidos para avaliar a qualidade de vida da família da criança em cuidados paliativos. Os pais das crianças em cuidados paliativos possuem expectativas frente a equipe de saúde, entre as quais destaca-se: a necessidade do estabelecimento de vínculo; demonstração de competência e esforço; troca de informações; disponibilidade e possibilidade de manutenção de vínculo com sua criança. Sob a perspectiva da família, os programas de cuidados paliativos pediátricos devem ter como foco de ação: comunicação efetiva com familiares e crianças; suporte à família nos processos de tomada de decisão e apoio para o manejo da situação. Tais medidas são apontadas como pontos necessários para a melhoria dos aspectos da qualidade de vida destas famílias e de suas crianças. A literatura disponível nos mostra a importância da família no processo de cuidado e tomada de decisão da criança em cuidados paliativos. Porém ainda traz poucas evidências com relação a qualidade de vida desta família e da própria criança. **Conclusão:** Os resultados apontaram a lacuna de conhecimento científico sobre a qualidade de vida de famílias de crianças em cuidados paliativos e remeteram à importância de futuras pesquisas sobre suas necessidades. Os dados deste trabalho reiteram a necessidade de um programa compreensivo que incorpore os aspectos do cuidar e suporte à família, tanto no ambiente hospitalar como no domicílio, desde o momento do diagnóstico até o seguimento do luto. Avaliar a qualidade de vida das famílias durante o tratamento paliativo pediátrico pode auxiliar os profissionais de saúde a identificar as necessidades e demandas desta família, possibilitando a elaboração e execução de estratégias de intervenção. Com este intuito, o uso de instrumentos para avaliar a qualidade de vida da família da criança que se encontra em cuidados paliativos é de extrema importância no contexto da prática clínica e precisa ser encorajado e desenvolvido. Estes resultados promovem um guia para futuras pesquisas que tratem das necessidades destas famílias, sendo necessário o desenvolvimento de um conceito sólido e abrangente de medidas de qualidade de vida no contexto do cuidado paliativo pediátrico. Ressalta-se a necessidade de se intensificar as pesquisas referentes a qualidade de vida da família no contexto dos cuidados paliativos pediátricos, construindo subsídios que possibilitem a introdução desta prática nos serviços de saúde.

Palavras-chave: cuidados paliativos, qualidade de vida, família, criança.



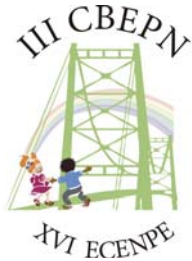
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Sistematização da assistência de enfermagem no cuidado à criança com dengue hemorrágica

Andréa Rodrigues da Costa Rodrigues[§]
Lílian Cagliari Linhares Barreto
Mariana Gomes Cardim

Introdução: A dengue é considerada uma enfermidade infecciosa de causa viral, que ocorre de forma epidêmica, em áreas tropicais e subtropicais, adquirida pela picada do mosquito *Aedes Aegypti*, que é o principal vetor e verdadeiro reservatório. (CARNEIRO; GUSTAVO; BRANCO, 2008). Segundo a Resolução 272 de 2004, do Conselho Federal de Enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para identificação das situações de saúde e doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Para isso, devem ser estabelecidas as seguintes etapas: coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação de cuidados e avaliação dos resultados obtidos (TANNURE e GONÇALVES, 2008). Assim, reconhecendo a importância da SAE na qualidade do atendimento prestado, este estudo surgiu a partir da vivência das autoras no cuidado à crianças internadas com diagnóstico de dengue hemorrágica, durante a epidemia ocorrida no final do ano de 2007 e início de 2008, onde verificamos as dificuldades apresentadas em relação aos cuidados direcionados a esta clientela. Neste sentido, este estudo tem como **objetivos:** identificar os sinais e sintomas mais frequentes em crianças com diagnóstico de dengue hemorrágica e; elaborar um plano de cuidados através dos diagnósticos de enfermagem. Este estudo é relevante uma vez que a elaboração e execução de planos estratégicos de organização da assistência nos casos suspeitos de dengue têm mostrado, tanto em outros países, como em algumas cidades brasileiras, ser instrumento muito útil na redução da letalidade (TAUIL, 2002). Considerando ainda que a dengue é uma doença reemergente no mundo, nos reforça a idéia de que a sistematização da assistência será um caminho importante, devendo ser elaborado e implementado para que, em vigência de uma nova epidemia, as ações de enfermagem a criança com dengue possam ser desenvolvidas de maneira direcionada e com maior rapidez e eficácia. Isso é extremamente importante uma vez que a dengue é hoje uma das doenças com maior incidência no Brasil, atingindo a população de todos os estados, e manifestando-se desde formas inaparentes até quadros graves, sendo imperioso um conjunto de ações para a identificação precoce dos casos, a tomada de decisões e a implementação de medidas de maneira oportuna, a fim de principalmente evitar óbitos (BRASIL, 2008). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter retrospectivo, analítico-descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados a partir de um instrumento de coleta de dados elaborado pelas autoras e utilizado através da análise dos registros dos dados de 44 prontuários de crianças que foram internadas com diagnóstico de dengue hemorrágica no período de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008 no setor de Doenças Infecciosas Pediátricas de um hospital público federal de referência na saúde materno-infantil situado no município do Rio de Janeiro. Para a internação dessas crianças foram utilizadas as indicações de internação hospitalar definidas pelo Ministério da Saúde, quais sejam: presença de sinais de alarme; recusa na ingestão de alimentos e líquidos; comprometimento respiratório (dor torácica, dificuldade respiratória,

[§] Enfermeira especialista em pediatria.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

diminuição do murmúrio vesicular ou outros sinais de gravidade); plaquetas $< 20.000/mm^3$; impossibilidade de seguimento ou retorno à unidade de saúde; e co-morbidades descompensadas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, entre outros (BRASIL, 2008). Com relação às características da clientela atendida foram: 28 do sexo feminino e 16 do sexo masculino, a idade das crianças atendidas variou de 01 ano a 13 anos, o tempo de internação variou 2 a 17 dias e 10 crianças necessitaram de cuidados intensivos durante a internação. Após a análise dos prontuários foi realizado a identificação dos sinais e sintomas apresentados durante a internação, levando em consideração os registros realizados por toda equipe que trabalha no atendimento dessa clientela. A partir deste levantamento, foi contabilizado a frequência da aparição destes sinais e sintomas para elaborar os diagnósticos de enfermagem à criança com dengue hemorrágica e nortear as ações de cuidado. Cabe ressaltar que para a realização deste estudo foi encaminhado inicialmente o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, o qual manifestou parecer autorizando o desenvolvimento da pesquisa. Os **resultados** do estudo apontaram para alguns sinais e sintomas frequentes, tais como: Febre (98%), Dor abdominal (89%), Náusea / Vômito (82%), Cefaléia (52%), Hipotensão (50%), Petéquias (48%), Fadiga / Prostração (36%), Bradicardia (32%), Diminuição da ingesta (32%), Sangramento (30%), Derrame pleural (30%), Mialgia / Artralgia (27%), Ascite (27%), Desconforto respiratório (27%), Prurido (25%), Edema de membros inferiores (23%), Diminuição da diurese (20%), Rash cutâneo (18%), Lábios ressecados (16%), Diarréia (14%), Edema de face / palpebral (7%). Para tal foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem: 1- Risco para alteração da temperatura corporal – hipertermia relacionada ao quadro infeccioso; 2- Conforto alterado relacionado à dor (abdominal, cefaléia, mialgia, artralgia), náuseas, vômito, fadiga, prostração, desconforto respiratório, febre e prurido; 3- Nutrição alterada: Ingesta menor do que as necessidades corporais relacionada à diminuição do desejo de comer secundário a náusea e vômitos; 4- Risco para mucosa labial alterada devido à desidratação; 5- Risco para volume excessivo de líquido devido a vasodilatação periférica ocorrendo a perda de líquido para o terceiro espaço levando a edema, derrame pleural e ascite; 6- Risco para sangramentos devido à plaquetopenia; 7- Risco para desidratação devido a perda de líquido para o terceiro espaço levando a hipotensão, bradicardia e oligúria. **Conclusão:** Ao concluirmos este trabalho, verificamos que a implementação da sistematização de enfermagem proporciona ordenamento e direcionamento ao trabalho do enfermeiro fazendo com que o profissional desempenhe a função assistencial com maior efetividade resultando principalmente em uma melhoria na qualidade da assistência e desenvolvimento de um atendimento integral que possa colaborar para o restabelecimento da saúde individual e coletiva da criança com dengue hemorrágica. Foi possível perceber mudanças significativas no manejo da doença e na prestação do cuidado de enfermagem com a implementação do Sistematização da Assistência de Enfermagem no que diz respeito a sua forma de assistir. O enfermeiro deixa de atuar apenas no atendimento das ordens médicas para estabelecer o seu próprio diagnóstico, o planejamento da assistência e a prescrição dos cuidados ao paciente.

Palavras-chaves: dengue hemorrágica; pediatria; sistematização da assistência.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Lesões purpúricas e vasculites em crianças com dengue grave: orientações e cuidados de enfermagem

Márcia Barbosa de Paiva*

Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira[†]

Introdução: A vasculite na infância resulta de causas que abrangem desde distúrbios idiopáticos com inflamação vascular primária à síndrome após a exposição a antígenos conhecidos (agentes infecciosos, e drogas, que causam reações de hipersensibilidade). Caracteriza-se por inflamação de vasos cutâneos afetando artérias pequenas e vênulas pós-capilares, com o grau de lesão vascular variando de moderado, à grave. A maioria das classificações das síndromes de vasculite baseia-se no tamanho e na localização dos vasos sanguíneos que são afetados primariamente, bem como no tipo de infiltrado inflamatório⁽¹⁾. Os sinais e sintomas das síndromes das vasculites são inespecíficos e tendem a se superpor. A marca da doença é o exantema que se inicia como maculopápulas róseas que no início empalidecem à compressão e progridem para petéquias ou púrpuras, caracterizadas como púrpura palpável, cuja cor evolui do vermelho para o roxo. A lesão dos vasos cutâneos também acarreta angioedema, que pode preceder à púrpura palpável. Uma púrpura palpável sugere uma vasculite de vasos pequenos localizados profundamente na derme papilar, enquanto um nódulo doloroso circunscrito resulta do envolvimento dos vasos de médio calibre. A púrpura palpável pode ocorrer na meningococemia, se houver anormalidades da coagulação preexistentes. A vasculite leucocitoclástica refere-se a um espectro de síndromes de vasculite incluindo a Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), onde as púrpuras e urticárias são encontradas principalmente nos membros. A causa mais comum de trombocitopenia de início abrupto em criança é a púrpura trombocitopênica idiopática (PTI). Uma história precedente de doença viral ocorre em 50-65% dos casos de PTI na infância, e o relato dos pais geralmente é de que na véspera a criança se apresentava bem. A púrpura fulminante é uma doença trombótica progressiva, rápida descrita durante infecções severas bacterianas e virais, e coagulação intravascular disseminada (CIVD) dentre outras. A associação entre dengue e vasculite é pouco comum, no entanto na epidemia de dengue que assolou o Rio de Janeiro em 2008 com mortalidade elevada apresentando números 3 vezes maior que a epidemia de 2002, pudemos constatar casos significativos de manifestações cutâneo-mucosas dentre elas as vasculites associados à doença. A dengue é uma doença febril, viral, aguda e reemergente que tem como principal vetor o mosquito *Aedes aegypti*, altamente urbano e que transmite a doença através de um dos quatro sorotipos virais⁽²⁾. A doença, anteriormente benigna, vem apresentando modificações no seu padrão de evolução se transformando num grave problema de saúde pública mundial, sendo uma importante causa de morbimortalidade principalmente infanto-juvenil. Atuando em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) da rede pública do Rio de Janeiro pudemos perceber um aumento significativo de casos de evolução rápida de gravidade, e com casos que evoluíram com lesões cutâneo-

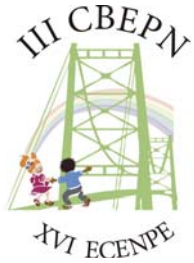
* Mestre em Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade do Rio de Janeiro. Especialista em Terapia Intensiva pela Escola de Enfermagem Anna Nery. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira. Docente da Disciplina de Pediatria da Universidade Severino Sombra/Vassouras – RJ. Enfermeira Gerente da Unidade de Pacientes Graves do Instituto Fernandes Figueira. Endereço: Rua Pompeu Loureiro, nº 31 – Casa 02 – Copacabana – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22061-000. E-mail: marciappaiva@yahoo.com.br

[†] Especialista em Enfermagem Pediátrica pelo Instituto Fernandes Figueira. Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer. Enfermeira líder da Unidade de Pacientes Graves do Instituto Fernandes Figueira e do Centro de Terapia Intensiva do Instituto Nacional de Câncer. fmcno@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

mucosas importantes que demandaram cuidados intensivos de enfermagem. Dada a importância das lesões com evolução muitas das vezes dramática culminando em necrose e perda de extremidades distais principalmente de dedos, sentimos-nos impulsionados a realizar este estudo no sentido de contribuir para a propagação do conhecimento em relação à atuação da enfermagem na criança com dengue grave que apresentaram lesões purpúricas e vasculites. Os **objetivos** do estudo foram: Relatar os casos de manifestações cutâneas e vasculites ocorridos em crianças com dengue grave, e descrever a atuação da enfermagem no atendimento dessas crianças. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo⁽³⁾, com abordagem quantitativa realizado através da revisão de literatura específica com esta temática nas bases de dados informatizadas (LILACS, MEDLINE, PUBMED, e SCIELO), além de consultas de livros e artigos atualizados na temática em questão. Além disso, foram realizadas buscas aos registros dos livros de Admissão e Alta, Ordens e Ocorrências e consulta aos prontuários. O estudo foi desenvolvido na UTIP de um hospital da rede pública federal, referência na assistência materno-infantil. Para realizar o estudo, foi solicitada a devida autorização para o Comitê de ética e Pesquisa da referida instituição, conforme Resolução de 196/90. A unidade onde foi desenvolvido o estudo possui seis leitos, sendo destinados dois leitos ao atendimento da dengue em sua forma grave. Foram selecionados todos os casos de dengue atendidos na UTIP no período de dezembro de 2007 a junho de 2008, totalizando 50 casos. A faixa etária acometida variou dos 4 meses até os 15 anos de idade totalizando 48% de internações em menores de 15 anos. A faixa etária mais atingida foi a de escolares (66%). Não houve predominância de sexo, e em relação ao grupo étnico, encontramos predominância de brancos (52%). O tempo de internação na UTIP variou conforme a gravidade do caso sendo que a maioria permaneceu de 1 a 4 dias, sendo o tempo máximo de permanência na UTIP de 15 dias. A maior parte das crianças chegava à unidade em choque hipovolêmico, apesar da restituição hídrica prévia nas unidades pré-internação. O sensório na admissão era bom, apesar da evolução rápida na gravidade do quadro. Ocorreram 5 óbitos (10%), e destes 80% evoluíram com disfunção de múltiplos órgãos. As manifestações cutâneo-mucosas corresponderam a 54% de petéquias e equimoses, 24% de rash cutâneo, 12% acompanhadas de prurido, e 8% de vasculites. Os casos de vasculites foram acompanhados de trombocitopenia e sangramentos importantes e maciços. As manifestações das vasculites se deram de forma súbita acompanhadas de petéquias generalizadas e púrpuras. Havia também a presença de sangramentos gengivais e de mucosas. Em todos os casos de vasculites, a trombocitopenia era grave (contagem de plaquetas $< 10 \times 10^9/l$). Em 2 casos (4%) as lesões evoluíram para áreas importantes de necrose tecidual e perda de tecido e/ou de extremidades distais dos dedos dos pés e mãos. Os curativos das lesões eram realizados com solução salina e aplicação de ácidos graxos essenciais (AGE). É importante atentar para analgesia durante a realização dos curativos já que a manipulação das lesões geralmente é acompanhada de dor. As áreas de membros superiores e inferiores eram mantidas elevadas a fim de minimizar o edema. Também foi utilizado coberturas de material não aderente na forração dos leitos com a finalidade de evitar a aderência das lesões exsudativas nos lençóis diminuindo assim a dor e o esfacelamento da epiderme. Houve necessidade de desbridamento das lesões em 1 caso. Em relação ao prurido os antihistamínicos apesar de utilizados em alguns casos não apresentavam melhoras significativas. O prurido da dengue geralmente cessa espontaneamente em um período de 3 a 5 dias com ou sem apresentação de exantema. A preparação do sistema de saúde para enfrentar uma epidemia de dengue deve ser planejada e antecipada de forma a organizar e sistematizar as ações possibilitando o sucesso desde o planejamento à execução, garantindo agilidade nos acessos aos serviços de saúde com apoio diagnóstico e manejo clínico adequado. além de contribuir na diminuição nas taxas de letalidade por dengue. A atuação de enfermagem se deu principalmente na fase crítica da



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

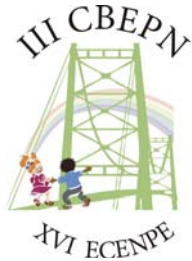
doença, onde agilidade, destreza e segurança eram fundamentais na reversão do quadro. Além disso, a observação, monitorização e detecção precoce de sinais de alerta permitiam intervenções em tempo hábil na prevenção de complicações. A necessidade de incremento de recursos humanos, materiais e tecnológicos, além da capacitação profissional no decorrer da epidemia para um melhor atendimento a essa clientela foram fortemente evidenciadas.

Conclusão: A criança com lesões cutâneo-mucosas como conseqüência de dengue grave requer um cuidado especializado, visto que seu quadro evolui com gravidade das lesões e com possibilidades de perda tecidual e amputações que possivelmente deixarão seqüelas irreversíveis e influenciarão na auto-imagem e na aquisição de limitações de movimentos demandando necessidades especiais de saúde.

Palavras chaves: dengue, dengue hemorrágica, febre da dengue, cuidados intensivos, pediatria, cuidados de enfermagem, enfermagem pediátrica, criança, criança hospitalizada, centros e unidades de terapia intensiva pediátrica, vasculites.

Referências:

1. Miller, M. L. & Pachman L. M. Síndromes de Vasculite in Nelson Tratado de Pediatria. 16^a Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de Dengue: Dengue - diagnóstico e manejo clínico 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
3. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4^a ed. São Paulo (SP): Atlas, 2002.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Relato de caso: Ictiose Lamelar Congênita

Silvana Delatore^{*}

Margarida Luzia Piloni[†]

Francislene Biederman[‡]

Juliana Narciso Chrun[§]

Introdução: Ictiose lamelar congênita é uma genodermatose autossômica recessiva rara de expressividade variável e que histologicamente mostra hiperqueratose de moderada a intensa, com incidência 1:300.000 nascimentos. É caracterizada clinicamente por escamas grandes, quadrangulares, de cor amarelada ou castanha, aderentes no centro e com bordas soltas que se destacam logo após o nascimento deixando a pele avermelhada recobrendo toda a superfície corporal. O recém-nascido fica envolto por um revestimento extrato córneo espesso, também chamado de colódio. Frequentemente está associada a ectrópio severo, edema conjuntival, eclábio, nariz e orelhas de aparência rudimentar e articulações restritas. Alguns recém-nascidos podem apresentar alopecia. O ectrópio expõe a córnea, podendo causar abrasão devido ao atrito com o epitélio escamoso queratinizado, enquanto que o eclábio provoca eversão labial dificultando a amamentação. As extremidades, mãos e pés, também podem estar cobertos por escamas, configurando o ceratoderma palmoplantar levando a deformidades importantes dos membros dedos e artelhos caracterizado como microdactilia. **Objetivo:** Relatar o caso de um recém-nascido prematuro com Ictiose Lamelar Congênita. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa qualitativa que apreende a realidade de forma direta e permite a descrição ampla do fenômeno investigado no seu contexto. O desenho metodológico da pesquisa é o estudo de caso o qual permite um aprofundamento da unidade a ser estudada, e de acordo com Mendes (2002) “representa uma estratégia de investigação que examina um fenômeno em seu estado natural”. Gil (2002) descreve um estudo de caso como sendo um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. O presente estudo obedece os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos conforme a lei 196/96 de modo que foi só realizada após consentimento dos pais do RN através da assinatura do termo de Consentimento Livre Esclarecido. **Descrição do Caso:** recém-nascido do sexo feminino, filha de mãe primigesta, nascida de parto cesárea com apresentação pélvica, bolsa rota há quatro horas, peso de nascimento 2730 kg, apgar com um e cinco minutos de 7 e 9 respectivamente, idade gestacional de 36 semanas pelo capurro, tendo como intercorrência no pré-natal exposição à toxoplasmose. Os pais não eram consanguíneos, encaminhado para a UTIN logo após o nascimento. Na admissão foi instalado oxigêniooterapia em campânula, ao exame físico: ativa, reativa, chorosa, mucosa oropalpebral corada, toda a superfície corporal recoberta por colódio, descamação lamelar, restrição articular, ectrópio com edema palpebral, eclábio, orelhas e nariz recobertos por escamas amareladas, tórax simétrico, expansível, presença de desconforto respiratório restritivo, abdome globoso, flácido, coto umbilical com duas artérias e uma veia, genitália íntegra, ânus pérvio. Foi submetida aos procedimentos de: sondagem orogástrica, punção lombar para coleta de liquor e cateterismo umbilical. Iniciado antibioticoterapia profilática, controle glicêmico e hidroeletrolítico

* Enfermeira, mestre em ciências da saúde, supervisora da Uti-neonatal do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. R. Costa e Silva, 1691. E-mail: sildela@ibest.com.br

† Enfermeira, especialista em Cuidados Intensivos. E-mail: gpiloni@bol.com.br

‡ Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva com ênfase na saúde da criança, supervisora da Uti-neonatal do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. E-mail: francislenebiederman@hotmail.com

§ Enfermeira, especialista em Controle de Infecção Hospitalar, Diretora em exercício do Serviço de Enfermagem do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. E-mail: julianaenf@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

rigoroso, sendo necessária administração de reposição hídrica, alimentação com leite humano via sonda orogástrica, analgesia, isolamento de contato com uso de paramentação dos profissionais e de roupas (cueiros, conforto e fraldas) estéreis durante todo o período de internação. Com 18 horas de vida apresentava-se hipotérmica, desidratada, mucosas ressecadas, colódio ressecado com presença de fissuras profundas e sangrantes, solicitada avaliação da oftalmologia e dermatologia, iniciando hidratação e lubrificação ocular com epitezan® e da pele com fisiogel®, aumentada à umidade da incubadora para 80%, e realizado manobras de aquecimento, mantido dieta por sonda orogástrica e oxigenioterapia por campânula. A radiografia de tórax não evidenciou anormalidades. Foi suspenso suporte de oxigênio com 24 horas de vida. A partir das condutas de hidratação ocular e da pele o ectrópio e o eclábio apresentaram involução gradativa sendo concomitantemente estimulada a sugar o seio materno, com pega efetiva no quinto dia de vida (02/03/09) data em que apresentava estabilidade hemodinâmica culminando na alta hospitalar. No dia 11/03/09 as 17:45 hs, com 13 dias de vida a criança re-interna na UTIN com diagnóstico médico de desidratação, choque hipovolêmico, hipernatremia, hipercalemia, acidose metabólica e insuficiência renal aguda. Iniciou com oxigenioterapia por campânula, realizado inserção de PICC. Realizado expansão plasmática com SF 0,9% e administrado bicarbonato de sódio EV. Coletado sangue para a realização de hemograma, albumina, cálcio, creatinina, gasometria arterial, potássio, sódio, hemocultura, uréia, PCR, T4, TSH, osmolalidade, magnésio, cloro e parcial de urina. Os exames coletados com resultados alterados foram: Osmolalidade: 413,43mOsm/kg; potássio: 7,20mEq/L; sódio: 198mEq/L; uréia: 193mg/dl; creatinina: 2,70mg/dl; hemoglobina: 6,9g%; hematócrito: 20g% e gasometria arterial com pH: 7,22; HCO₃: 6; BE: - 20; PCO₂: 16mmHg; PO₂: 56mmHg; TCO₂: 7mmHg; SO₂: 85% (os exames foram realizados após administração da solução de bicarbonato 8,4% ev). Recebeu concentrado de hemácias e foi solicitada avaliações da nefrologia, endocrinologia, cardiologia, dermatologia e neurologia. Realizou em 14/03/09 ressonância magnética para avaliação da hipófise a qual evidenciou hemorragia intraventricular e subaracnóide (mais acentuada em ventrículo lateral direito), extensa área de difusão restrita em tronco cerebral, gânglios da base e cápsula interna. Também foi realizado ultra-sonografia de rins e vias urinárias com resultado normal em 14/03/09. No dia 21/03/09 foi realizado Doppler eco cardiograma cujo resultado não evidenciou alterações. A hidratação da pele com fisiogel® ficou suspensa e condicionada à autorização da dermatologia, a qual foi reiniciada em 17/03/09 com aplicação duas vezes ao dia. A RN durante o internamento fez uso das seguintes medicações: Soro fisiológico, bicarbonato de sódio, piremamina+ sulfadiazina, ácido fólico, epitezan®, fisiogel®, dipirona, paracetamol e oxigênio por 5 dias a contar da data de internação. Com a melhora do estado geral da criança foi estimulado a sugar o seio materno novamente, recebendo alta hospitalar em 24 de março de 2009. **Discussão e resultados:** o diagnóstico de Ictiose Lamelar Congênita baseou-se nos achados clínicos de nascimento. A descamação lamelar, o ectrópio e o eclábio estavam caracteristicamente presentes ao nascimento. A insuficiência respiratória pode ter ocorrido em virtude da prematuridade e da restrição da expansibilidade torácica pela falta de elasticidade da pele. A adoção de alimentação por via sonda orogástrica pôde prevenir a hipoglicemia, além de manter o estado nutricional do RN satisfatório. A susceptibilidade a infecções principalmente as causadas por Staphylococcus aureus, foram motivos de preocupação devido à presença de fissuras profundas na pele, que são consideradas porta de entrada para microorganismos oportunistas. Por conta disso, foram adotadas medidas de isolamento de contato, uso de roupas estéreis bem como a utilização de água estéril para a higienização corporal. A umidade do ar da incubadora foi mantida elevada, pois demonstrou diminuição do ressecamento das placas e conseqüentemente diminuição das fissuras causadas por trauma mecânico durante a movimentação e manipulação do RN. Esta medida também preveniu a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

diminuição das perdas insensíveis através da pele. A hipotermia foi controlada através de manobras de aquecimento utilizando os recursos oferecidos pela própria incubadora. Foi priorizada a manutenção do vínculo mãe, pai e bebê, tanto que, quando o estado hemodinâmico do RN encontrava-se estabilizado o mesmo era colocado no colo da mãe e, logo que possível foi estimulado o aleitamento materno. Além de preservar o vínculo entre pais e filha, preocupou-se em inserir os pais no cuidado com o RN, a fim de promover aproximação e aprendizado dos cuidados necessários para com a criança. **Considerações finais:** Apesar da ictiose ser uma doença de herança autossômica recessiva estando frequentemente relacionado com a presença de consangüinidade entre os pais, tal fato não ocorreu no presente caso. Dessa forma podemos considerar este caso como esporádico de pais normais e não consangüíneos. Com o presente relato, damos ênfase aos cuidados de enfermagem específicos oferecidos ao RN, cujos mesmos apresentaram resultados satisfatórios e relevantes na recuperação e manutenção da vida. Os cuidados de enfermagem adotados foram inclusos no manual de normas e rotinas da unidade por ser o primeiro caso de Ictiose Lamelar Congênita, com nascimento e internamento na instituição.

Palavras-chaves: ictiose, recém-nascido e cuidados de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Avaliação da dor em pacientes pediátricos: relação entre escore de dor e procedimento

Nanci Cristiano Santos*
Marli Oliveira Santos[†]
Neide Rasquinho Fonseca[†]
Isabel Cristina Biagione[†]

Introdução: A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões reais ou potenciais, ou descritas em termos de tais danos. Mc Caffery afirma que a dor é qualquer sensação corporal que o paciente diz ter existido, sempre que ele assim o afirmar, deste modo, uma regra fundamental no cuidado de pacientes com dor é que toda dor é real independente de sua causa. Na criança, o conceito de dor é cercado por uma grande variedade de mitos que interferem diretamente na prática clínica, visto que a dor nesta faixa etária é subestimada por muitos profissionais. Segundo Lecussan e Barbosa, a atenção às crianças com dor tem sido cada vez mais reconhecida como questão técnica que diz respeito à prestação de um atendimento de qualidade e um direito dos pacientes inseridos no repertório dos direitos civis e de cidadania. Pedroso et al ressalta que a equipe de enfermagem é quem efetivamente convive mais tempo com o cliente, dessa forma, se faz necessário que saiba conhecer os sinais de dor, para assim buscar intervir corretamente no seu alívio. O fato de a dor ser um fenômeno subjetivo torna sua avaliação um grande desafio para os profissionais de saúde, principalmente em pacientes neonatos e pediátricos, que não conseguem exprimir verbalmente o que sentem. A seleção de um método apropriado para mensuração da dor deve ser baseada nas condições da criança, idade, sexo, aspecto sócio-cultural e seu desenvolvimento cognitivo. Esses métodos podem ser divididos em fisiológicos, comportamentais e auto-relato. Nessa perspectiva, estudos foram desenvolvidos criando-se escalas de dor utilizando métodos uni ou multidimensionais de avaliação que buscam obter o máximo de informações a respeito das respostas individuais à dor, através das interações com o ambiente. **Objetivo:** Este estudo teve por objetivo avaliar a intensidade de dor dos pacientes pediátricos durante procedimentos de enfermagem ou por ocasião de queixa ou evidência de dor, e propor medidas terapêuticas não-farmacológicas para alívio da dor. **Método:** Trata-se de um estudo descrito exploratório com abordagem quantitativa, realizado no período de março a junho de 2009, na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário USP. Fizeram parte da amostra pacientes com idade entre 29 dias e 14 anos, internados no período de coleta de dados e que foram submetidos a procedimentos de enfermagem e/ou apresentaram queixa ou evidências de dor. Os dados foram coletados por enfermeiras e técnicos de enfermagem através de instrumentos de coleta de dados elaborados com as diferentes escalas de dor indicadas para as diferentes faixas etárias e fases do desenvolvimento neuropsicomotor dos pacientes, que segundo o escore final classificam a intensidade da dor em dor leve, moderada e intensa. A coleta de dados se deu antes, durante e após a realização de procedimentos de enfermagem que supostamente causavam dor, entre eles, punção venosa, punção capilar, aspiração de vias aéreas e traqueostomia, injeção intramuscular, curativo, e por ocasião de queixa ou evidência de dor. **Aspectos éticos:** Todos os responsáveis pelas crianças participantes deste estudo foram esclarecidos quanto a

* Mestre em enfermagem, enfermeira chefe da clínica pediátrica do Hospital Universitário da USP. Endereço: Estrada Velha da Penha, 88. Ed Sabiá ap. 52 - Tatuapé - CEP: 03090-020 - São Paulo - SP. Tel: 11- 30919278/ 11-40091242. E-mail: nancics_@hotmail.com

[†] Técnica de enfermagem da clínica pediátrica do Hospital Universitário da USP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sua justificativa, finalidade e procedimentos que seriam realizados, além de sua liberdade em participar ou não da pesquisa, e, ao concordar, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Participaram do estudo 58 pacientes sendo 30 do sexo masculino e 28 do sexo feminino, compreendendo 28 lactentes, 15 pré-escolares, 15 escolares/adolescentes. Foram realizadas 74 avaliações de dor, distribuídas em 25 punções venosas, 10 punções capilar, 7 curativos, 11 aspirações de vias aéreas/traqueostomia, 4 aplicações de injeção intra-muscular e 17 avaliações realizadas por queixas ou evidência de dor. Foram utilizadas as cinco diferentes escalas de dor propostas (MOPS, NIPS, NFCS, Faces, Numérica), sendo a escala MOPS a mais utilizada em 20 avaliações, representando (28%), e a escala de faces foi a menos utilizada, em apenas cinco avaliações (7%). Quanto a intensidade da dor encontrada no total das avaliações, a ausência de dor foi verificada em 4 avaliações (5%), dor leve em 13 avaliações (18%), dor moderada em 29 (39%) e dor intensa em 28 avaliações (38%). A avaliação da intensidade de dor durante a punção venosa mostrou que a punção venosa causa dor moderada (40%) a intensa (36%) na maioria das vezes. Na realização de curativos, observou-se que a ausência de dor e dor leve não estiveram presentes nas avaliações, já a dor moderada mostrou-se presente em 57% e a dor intensa em 43% dos casos. Na punção de capilar, a ausência de dor foi constatada em 20%, dor leve em 40%, dor moderada em 30% e dor intensa em apenas 10% das avaliações. Durante a aspiração das vias aéreas e/ou traqueostomia a ausência de dor não se mostrou nas avaliações, a dor leve esteve presente em 18%, a dor moderada em 64% e a dor intensa em 18% das vezes. Quanto a aplicação de injeção intra-muscular, a ausência de dor e a dor leve não estiveram presentes, a dor moderada apresentou-se em 75% das avaliações e a dor intensa em 25%. Foram também realizadas 17 avaliações por ocasião de queixa ou evidência de dor pelos pacientes geralmente submetidos a cirurgias, pacientes ortopédicos e portadores de doenças crônicas, independente de terem sido submetidos a procedimentos de enfermagem que acusaram dor leve em 18% das avaliações, dor moderada em 12% e dor intensa em 70%. Quanto às avaliações realizadas antes dos procedimentos de enfermagem, acreditamos que, mesmo nos casos em que foi constatada a dor antes, esta não interferiu no resultado da avaliação durante o procedimento, portanto esses dados foram considerados pouco relevantes para o score de dor durante o procedimento. Nas avaliações realizadas após os procedimentos de enfermagem, que tinham como objetivo detectar a persistência da dor após os mesmos, e intervir quando presente, verificamos que em 75% a dor esteve ausente após os procedimentos, estando presente principalmente nos curativos ou aplicação intramuscular. Nesse sentido, concluímos que a dor esteve presente principalmente no momento do procedimento, desaparecendo, na maioria dos casos, instantes após o mesmo, o que justifica implementar medidas prévias para minimizar a dor durante os procedimentos de enfermagem. Com esse objetivo propomos: estabelecer vínculos de confiança com a criança e familiares; considerar sempre os relatos e expressões de dor; estimular a mãe a colocar o bebê ao seio materno minutos antes do procedimento, mantendo-o sempre que possível durante e após o mesmo; estimular a mãe ou familiar a colocar a criança no colo quando possível ou estabelecer contato físico, acalentando-a e transmitindo apoio; oferecer chupeta para os bebês que tinha esse hábito previamente à internação; interagir com a criança antes dos procedimentos, proporcionando brincadeiras simples e viáveis sempre que possível; aplicar o brinquedo terapêutico para o preparo de procedimentos; realizar plano de cuidados de enfermagem que agrupe os procedimentos, a fim de diminuir a manipulação do paciente; respeitar o período de sono e repouso, evitando-se quando possível a realização de procedimentos durante esse período; participar na elaboração de protocolo multiprofissional para tratamento da dor, onde poderão ser estabelecidas: utilização de soluções adocicadas a recém-nascidos e lactentes administradas na porção anterior da língua, cerca de 1 a 2 minutos antes de procedimentos; aplicação de anestésicos tópicos cerca de 30 a 40 minutos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

antes de procedimentos de enfermagem que causam dor; administração de analgésicos via oral ou parenteral antes e após procedimentos dolorosos, de acordo com a intensidade da dor causada pelo procedimento. **Conclusão:** Existem poucos estudos científicos sobre dor em pacientes pediátricos, principalmente no que se refere aos procedimentos de enfermagem. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas de enfermagem que possam contribuir para o avanço na qualidade assistencial ao paciente pediátrico. Os profissionais que atuam nas áreas neonatal e pediátrica devem estar sempre atentos a qualquer expressão ou relato de dor desses pacientes e conhecerem os instrumentos para sua avaliação indicados para as diversas faixas etárias, utilizando-os ao menor sinal de dor, e devem ainda ter disponibilidade para assisti-los integralmente, atendendo-os nas suas necessidades reais. O desenvolvimento dessa pesquisa nos permitiu ainda conhecer a intensidade da dor relacionada aos diversos procedimentos de enfermagem, sensibilizando-nos quanto à forma com que a dor é expressa ou relatada por esses pacientes, e assim tornamo-nos também mais conscientes do papel da equipe de enfermagem de implementar medidas não farmacológicas para alívio da dor independente das condutas medicamentosas. Portanto, cabe a equipe de enfermagem apropriar-se do conhecimento a cerca da dor, a fim de fornecer subsídios para a equipe multidisciplinar na tomada de decisão quanto a condutas referentes ao tratamento da dor de forma a assistir a criança de forma humanizada.

Palavras chaves: enfermagem pediátrica; dor; cuidados de enfermagem



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O brincar e a brincadeira na vida do escolar com câncer no espaço da comunidade

Liliane Faria da Silva*
Ivone Evangelista Cabral†
Marialda Moreira Christoffel‡

Introdução: Independente do estado de saúde ou doença da criança, o brincar é uma necessidade fundamental para o seu desenvolvimento. Entre aquelas em processo de adoecimento, como o câncer, ele assume papel adicional ao ajudá-las no enfrentamento de situações como a internação hospitalar, afastamento da família, escola, amigos e exposição a procedimentos invasivos e dolorosos. O brincar tem um papel importante no desenvolvimento infantil, pois atua como um mediador transformando as funções básicas (psicológicas elementares) em funções mais elaboradas (psicológicas superiores). Essa transformação ocorre na interação social da criança com o meio e através do uso de signos e instrumentos culturalmente determinados. Com a evolução do tratamento oncológico nas últimas décadas, o câncer infantil deixou de ter um caráter agudo, com morte inevitável, para crônico com possibilidade de cura. Essa mudança no caráter do câncer infantil contribuiu para uma ampliação na forma de se visualizar a criança com câncer para além dos aspectos biológicos e fisiológicos, incluindo aí a dimensão psicossocial. Nesta perspectiva, são relevantes estudos que se apoiam na premissa de que o brincar é um direito legal, social e moral da criança e que não deve ser interrompido mesmo durante o tratamento oncológico. Atualmente, muita ênfase tem sido dada à desospitalização da criança durante o tratamento do câncer, viabilizada pelo acompanhamento ambulatorial, hospital dia e assistência domiciliar, reforçando a necessidade de explorar o contexto da comunidade em que a criança vive. Neste sentido, este estudo teve como **objetivo:** descrever e analisar os mediadores usados nas brincadeiras e jogos no espaço da comunidade. **Método:** A pesquisa qualitativa foi desenvolvida de acordo com o método criativo e sensível (MCS) de produção de dados. O MCS tem como eixo fundamental a dinâmica de criatividade e sensibilidade (DCS) quando acontece simultaneamente a discussão de grupo mobilizada pela produção do tipo artística e a observação participante. As dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS) criam condições para que os participantes expressem o que pensam, tomando como ponto de referência a produção artística. O voltar-se para a produção mobiliza o participante a falar de si através do que produziu e daí evoca seus valores e crenças naqueles temas, cujos interesses são comuns. Os participantes foram 12 crianças em idade escolar com câncer (sete meninas e cinco meninos) em tratamento ambulatorial em um hospital público de referência para o tratamento de câncer infantil, localizado na cidade do Rio de Janeiro. O Cenário para realização das dinâmicas foi o ambulatório de oncologia pediátrica onde as crianças faziam tratamento. Foram respeitados os aspectos Éticos da Pesquisa, contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para a análise dos dados, adotou-se a Análise de Discurso Francesa (AD), tomando-se por base os textos gerados nas dinâmicas de criatividade e sensibilidade. A opção por este instrumental de análise se deu pelo fato de as crianças

* Mestre pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do **** de Janeiro. Membro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC/EEAN). Enfermeira do INCA. E-mail: lili.05@hotmail.com

† Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil. Escola de Enfermagem Anna Nery. Pesquisadora do CNPQ e do NUPESC/EEAN. e-mail: icabral44@hotmail.com

‡ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil. Escola de Enfermagem Anna Nery. Membro do NUPESC/EEAN. e-mail: marialdanit@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

abordarem o brincar como parte do seu cotidiano, cujos sentidos foram produzidos a partir da experiência pessoal. **Resultados:** O processo de análise aplicado levou ao tema mediadores do brincar, o qual se desdobrou em dois subtemas: o primeiro é referente aos instrumentos e signos usados nas brincadeiras e jogos. O segundo se refere à interação social (pessoas e ambiente) nas brincadeiras e jogos. No primeiro subtema agruparam-se os tipos de brincadeiras/jogos e brinquedos de acordo com o sexo e o esforço físico empreendido na atividade. Entre as meninas, cinco se engajam tanto em brincadeiras que demandam esforço físico quanto nas que não demandam. Entre as primeiras, destacam-se *andar de bicicleta, pegar côco no coqueiro e subir em árvore*. E na segunda, inclui a dramatização (*brincar de casinha*) e jogos com regras (*banco imobiliário e jogo da memória*). Duas apontaram apenas brincadeiras que não demandam esforço físico, como dramatização (*brincar de médico, boneca e panelinha*.) e cantar (*brincar de música*). Dois meninos, além das brincadeiras com esforço físico, incluíram aquelas que não demandam esforço, como o brincar com *carro, caminhão e boneco*. Além das brincadeiras usuais, um menino e duas meninas incluíram o *assistir televisão, fazer pulseira, ler e estudar* ressignificadas como atividades relacionadas à brincadeira. No segundo subtema agruparam-se as pessoas e os cenários destacados nos discursos dos escolares na interação social requerida pela brincadeira. Entre as sete meninas do estudo, quatro interagem nas brincadeiras apenas com familiares, uma só com amigos/colegas e duas com familiares e colegas/amigos. Quanto aos cenários, quatro brincam apenas em ambientes domiciliares (a própria *casa*, de familiares e de amigos/colegas) e três em ambientes domiciliares e espaços da comunidade (*parque* e rua). Entre os cinco meninos, dois interagem na brincadeira com familiares, um apenas com amigos/colegas, e dois com familiares e amigos/colegas. Quanto aos cenários, dois meninos disseram brincar em espaços da comunidade (*rampa de skate e campo de futebol*), um no ambiente domiciliar (a própria *casa*) e dois brincam em ambiente domiciliares e em espaços da comunidade (*parque, campo de futebol, rua e shopping*). A maioria das meninas interage socialmente com crianças da própria família. Aquela que brinca, apenas, com amigos/colegas não possui irmãos ou outras crianças da família estendida próximos a ela. Já os meninos interagem na brincadeira com familiares e amigos/colegas. O hospital se mostrou no discurso de um escolar, como um cenário onde a leitura é uma atividade possível. Ele utiliza o tempo de espera de atendimento ou tratamento quimioterápico para ler. Três meninos e duas meninas referiram a escola como cenário de brincadeira. Vale ressaltar que das 12 crianças em idade escolar, sete estão regularmente matriculados na escola. **Conclusão:** As habilidades já aprendidas pelos escolares são aprimoradas através da interação social e do convívio em um determinado contexto cultural. Portanto, a convivência dos escolares com seus pares, em diversos cenários e em diferentes situações de brincadeiras, é importante para a aquisição de habilidades motoras, criativas e interativas. Embora as restrições físicas advindas do câncer pareçam presentes no cotidiano de vida, os escolares atribuíram pouco significado aos possíveis limites nas brincadeiras e jogos. Procuram manter suas vidas o mais próximo do normal e estão abertos aos relacionamentos com as outras crianças, assim como desfrutam de todos os cenários que estão ao alcance para torná-los lugares de brincadeiras. Os profissionais que atendem essas crianças devem buscar conhecimentos acerca das necessidades que elas possuem enquanto seres em desenvolvimento. E não apenas focar sua assistência nas questões relacionadas à patologia e seu tratamento. Precisa incluir o tema brincadeira/jogos no conjunto das orientações para os cuidados à criança no domicílio.

Palavras-chave: saúde da criança; enfermagem; oncologia, desenvolvimento infantil.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Cateter Central de Inserção Periférica (PICC): indicação e uso em crianças internadas numa Uti-Pediátrica

Marcela de Oliveira Demitto*
Nataly Tsumura Inocencio Soares[†]
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[‡]
Simeire Antonieli Santos Faleiros[§]

Introdução: O cateter central de inserção periférica (PICC) é um dispositivo intravenoso introduzido através de uma veia superficial de uma extremidade. Progride por meio de uma agulha introdutora e com a ajuda do fluxo sanguíneo até o terço médio distal da veia cava superior ou da veia cava inferior, quando inserido em membro superior ou membro inferior respectivamente, adquirindo características de um cateter central (TOMA, 2004). Segundo Vendramin (2005) as indicações para o seu uso incluem terapias de duração prolongada (acima de uma semana) assim como administração de nutrição parenteral com concentração de dextrose maior que 10%; infusão de medicamentos vesicantes, irritantes, vasoativos, de soluções hiperosmolares ou com pH não fisiológico, a exemplo de alguns antibióticos e de quimioterápicos antineoplásicos; administração de hemoderivados, medida de pressão venosa central e coleta de sangue. Com isso, tal dispositivo vem sendo cada vez mais utilizado no cuidado de pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensiva. A inserção do cateter é de competência exclusiva do enfermeiro, sendo de sua responsabilidade assistir todos os pacientes com o PICC, incluindo a checagem da posição da ponta do cateter pela radiografia de tórax. Cabe ainda a toda a equipe do setor a realização dos cuidados adequados com o mesmo. Diferentemente do adulto, a criança não possui habilidades para cooperar com a manutenção de acessos periféricos comuns, o que torna difícil a sua permanência por tempo prolongado. Assim sendo, as punções se tornam mais frequentes, provocando irritabilidade, dor e aumento do estresse no paciente pediátrico, além de elevar o risco de infecção.

Objetivo: Relatar a experiência do uso do PICC numa unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica de um hospital universitário público, no período de março de 2008 a março de 2009. **Material e método:** Trata-se de um estudo quantitativo e retrospectivo, cujos dados foram obtidos a partir de uma ficha presente no setor e específica para cada paciente, que é preenchida logo após a inserção do cateter. Nessa ficha, elaborada pela Comissão de Cateteres representada por enfermeiros das unidades de internação do hospital, ficam armazenadas todas as informações referentes ao dispositivo quanto ao procedimento e alguns dados do paciente. Porém, diante da falta de algumas informações nesta ficha, fez-se necessário a busca em prontuários para a apresentação dos resultados da presente pesquisa. Cabe salientar, ainda, que a ficha é importante para realização desse e de futuros trabalhos, contudo não é devidamente preenchida pela equipe de enfermagem durante o período de internação da criança. Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade na data do procedimento, indicação para uso, tempo de permanência e motivo da retirada do cateter.

Resultados: A UTI pediátrica do hospital em estudo conta com a disponibilidade de cinco leitos, atendendo crianças de 0 a 13 anos de idade. O número de internações registradas no

* Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança. Universidade Estadual de Londrina. E-mail: mar_demitto@hotmail.com. Fone: (43) 3029-8612.

[†] Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança. Universidade Estadual de Londrina.

[‡] Mestre em Enfermagem. Professor Assistente e Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina.

[§] Enfermeira. Chefe de seção da UTI Pediátrica. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

período pesquisado foi de 220 crianças, com variação média de permanência de 4,7 a 9,8 dias, evidenciando um curto tempo de internação no setor. A maioria recebe alta para a enfermagem pediátrica, onde há continuidade do tratamento clínico e da manutenção do PICC pela equipe de enfermagem. Nesse período, foram inseridos 15 PICC, sendo 26,7% em recém-nascidos (0 a 27 dias), 40% em lactentes (28 a 364 dias) e 33,3% em crianças maiores de um ano de idade, com predominância do sexo masculino (73,3%). Percebe-se que o número de inserções do cateter é baixo, devido a vários motivos como não indicação do uso do dispositivo, justificado pela terapia utilizada; sinais clínicos como edema, distúrbios de coagulação, entre outros. Outra razão de grande relevância é a pouca disponibilidade de acesso venoso com que chegam à unidade os pacientes. Isso se deve ao fato de que muitos são provenientes de outros setores ou instituições, onde não há protocolos para o uso do PICC como primeira escolha de acesso, ou mesmo pela falta de preservação de um membro do corpo para posterior realização do procedimento. A maior parte das indicações foi por antibioticoterapia prolongada (93,3%). Desses, 33,3% também foi para uso de drogas vasoativas e 20% para nutrição parenteral. Quanto ao tempo de permanência do PICC 60% das crianças ficaram oito dias ou mais com o cateter, enquanto que 33,3% o retiraram antes de sete dias. Sobre o motivo da retirada do dispositivo, destacamos que a maioria (33,3%) foi em consequência do óbito; seguida de alta hospitalar (20%), já que tais crianças não precisariam de tratamento contínuo em domicílio ou ambulatorial e 13,3% não apresentavam o motivo registrado na ficha ou prontuário. Além desses, 26,7% PICC foram sacados por falha da equipe de saúde, sendo 13,35% por retirada acidental e 13,35% por obstrução. De acordo com esses dados, salientamos que é primordial uma atenção especial no manejo do cateter, como injetar solução fisiológica antes e após a administração de medicamentos, para evitar formação de coágulos ou precipitação de soluções; manter curativo fixado adequadamente; evitar infusão de hemoderivados em cateter menor que 4 Fr; além do uso da seringa maior que 5 ml com o intuito de não provocar o rompimento do dispositivo causado por pressão elevada. Dessa forma, ressaltamos que é de responsabilidade do enfermeiro, o profissional capacitado para tal procedimento, treinar toda a equipe de enfermagem visando a manutenção adequada e segura do cateter durante todo o período de internação do paciente. Assim, com o objetivo de aprimorar os cuidados com o PICC, tem-se realizado neste hospital atividades de educação continuada para toda a equipe do setor pediátrico, incluindo UTI e enfermagem, por meio de painéis ilustrativos e orientações individuais. Também implantamos, para maior segurança, a norma que estabelece a realização do curativo somente pela enfermeira capacitada, o que tem repercutido positivamente. Ainda como projeto, discute-se o uso de pulseira específica no momento da internação, a qual identificará o local reservado para possível inserção do dispositivo, a fim de alertar a equipe que tal membro não deve ser puncionado, disponibilizando rede venosa para o procedimento. **Conclusão:** Por meio deste estudo foi possível concluir que a utilização do cateter central de inserção periférica, apesar de ainda pouco requerido nesta unidade de terapia intensiva pediátrica, vem contribuindo, de maneira geral, para melhoria na qualidade da assistência ao paciente, visto que reduz o número de punções na criança, diminuindo o trauma da hospitalização e o risco de infecções, além de oferecer tratamento farmacológico de forma mais segura via punção periférica. Somando-se a isso, tem-se realizado treinamentos constantes junto à equipe do setor, de forma a instruí-la quanto ao manuseio e manutenção do cateter, além da implantação de novas normas e rotinas com o intuito de aperfeiçoar a utilização do dispositivo na unidade, elevando assim, o número de crianças com o PICC.

Palavras-chave: cateterismo venoso central, enfermagem pediátrica, cuidados de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Referências:

1. Dubois J, Garel L, Tapiero B et al. Peripherally Inserted Central Catheters in Infants and Children. Radiol 1997; 204(3): 622 – 6.
2. Toma E. Avaliação do uso do PICC - cateter central de inserção periférica em recém-nascidos [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.
3. Vendramin P. Cateter central de inserção periférica (CCIP). In: Harada MJCS, Rego RC, Orgs. Manual de terapia intravenosa em pediatria. São Paulo: ELLU; 2005. cap. 7, p.75-95.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Preparo da criança para punção venosa no pronto socorro com brinquedo terapêutico*

Giuliana Medeiros[†]
Shimemy Matsumoto[‡]
Regina Issuzu Hirooka de Borba[§]
Circéa Amalia Ribeiro^{**}

Introdução: Durante um atendimento de emergência a criança é comumente submetida a procedimentos invasivos, como a punção venosa. Várias literaturas apontam que este é um momento estressante, por ser desconhecido, intrusivo e doloroso, sendo retratado como uma experiência desagradável, amedrontadora e traumática sobretudo para a criança pré-escolar, podendo aumentar significativamente o seu medo e a ansiedade, expressos por meio do choro, da raiva e agressões peculiares à idade, ocorrência vivenciada pelos pais com muito sofrimento e angústia. Desta forma, além da execução da técnica, é imprescindível que tanto a criança, como sua família sejam preparadas para esses procedimentos. Na tentativa de amenizar o sofrimento e os traumas causados pelos procedimentos intrusivos, pesquisas relativas ao preparo da criança vêm sendo desenvolvidas, utilizando o Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI), enquanto uma intervenção eficaz que permite à criança: saber o que deve esperar e como deve participar durante o procedimento; compreender a finalidade do procedimento; envolver-se na situação; em vez de ser tratada como objeto passivo; manipular material previamente e posteriormente e estabelecer relação de confiança com o adulto e o profissional. Os estudos constatam que quando as crianças são preparadas para punção venosa, tornam-se mais cooperativas, expressam melhor seus sentimentos de medo e ansiedade, demonstram compreender a necessidade do procedimento, diminuem as reações de tensão e passam a se relacionar melhor com as outras crianças e a equipe de enfermagem. Apesar dos estudos supracitados demonstrarem os benefícios decorrentes da utilização do BTI, essa prática é pouco empregada no processo de assistência à criança nos serviços de saúde. A humanização do atendimento à saúde proporciona maior assimilação e participação dos envolvidos: paciente, família e equipe multiprofissional, sendo uma política nacional que visa à melhoria das condições de trabalho, para que os profissionais possam oferecer um atendimento de qualidade. Essa diretriz tem consonância com uma das atuais tendências da assistência pediátrica, o cuidado atraumático, conceituado como um cuidado terapêutico que pressupõe o uso de intervenções apropriadas, como o brinquedo para diminuir ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e de sua família no sistema de cuidado à saúde. **Objetivos:** preparar a criança pré-escolar para punção venosa por meio do BTI e conhecer a percepção dos familiares quanto a esse preparo. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, que considera a particularidade do sujeito, permitindo uma melhor compreensão de seu mundo. A pesquisa iniciou após a autorização da instituição onde se deu a coleta de dados, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

* Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado na Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP em 2007. Produção do Grupo de Estudos do Brinquedo-GEBrinq.

[†] Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva Enfermeira Trainee do Hospital e Maternidade São Luiz.

[‡] Enfermeira. Especialista em Clínica Cirúrgica. Enfermeira do Hospital Santa Cruz.

[§] Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Orientador. Endereço: Av. Fagundes Filho, 623 Apt Esparta 64. Vila Monte Alegre. São Paulo/SP. CEP: 04304-010. E-mail: rihborba@unifesp.br

^{**} Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Co-orientador.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Federal de São Paulo, protocolo nº 1925/06 e com concordância dos familiares do termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi realizado na unidade de Pronto Atendimento e Pronto-Socorro Pediátrico de um hospital de ensino do município de São Paulo. Os participantes do estudo foram cinco crianças entre 3 e 6 anos de idade que já haviam sido anteriormente submetidas ao procedimento de punção venosa e seus familiares, perfazendo um total de 10 participantes. Os dados foram coletados entre maio e setembro de 2007, extraídos das manifestações da criança durante sessão de BTI realizada como preparo da criança para punção venosa e a punção venosa propriamente dita, e por meio de uma entrevista com seus familiares realizada após esse preparo, norteada pela pergunta: “O que a senhora achou da utilização do BTI no preparo do seu filho (a) para punção venosa, comparando as punções anteriores e atual?” Para explicar o procedimento e a necessidade da punção foi contada à criança uma história similar à sua. Para tanto, foram utilizadas duas bonecas de pano denominadas Duda (boneca-menina) e Nanda (boneca-mãe), e os materiais necessários à punção venosa. As sessões de BTI e as entrevistas foram filmadas, gravadas e transcritas na íntegra. Os dados coletados foram analisados de acordo com os preceitos da Análise de Conteúdo de Bardin, seguindo os passos preconizados: Pré-análise; Análise temática e a Construção das categorias temáticas. **Resultados:** Neste estudo foi observado que desde o primeiro momento, quando a criança entra em contato com o kit do BTI, ela estabelece interação e relação de confiança com a pesquisadora. Isto ocorre porque, sendo peculiar ao seu mundo, a brincadeira proporciona à criança a possibilidade de compreender o significado das situações fazendo com que em um evento no qual ela é o sujeito passivo, transforme-se em investigador e controlador ativo, adquirindo o domínio da situação utilizando a brincadeira e a fantasia. A dramatização e a repetição, no brincar, de uma atividade que determine situação de estresse são imprescindíveis à criança para ela interiorizar uma situação difícil e se fortalecer no sentido de enfrentá-la, dominá-la ou torná-la suportável. O domínio da situação ficou evidenciado neste estudo, quando a criança, durante a brincadeira, resgata de alguma forma sua autonomia, negando ou afirmando sua participação na atividade de brincar, quando lhe é solicitado para executar algum procedimento no boneco e questionando à pesquisadora sobre a necessidade da punção. O desejo de exercer autonomia e compartilhar decisões a respeito dos cuidados a serem realizados com elas foi manifestado por crianças, que perceberam ter essa demanda atendida quando: foram ouvidas; receberam explicações sobre os procedimentos em linguagem de fácil entendimento e adequada ao seu nível de maturidade; puderam fazer escolhas e tiveram a participação da família no contexto assistencial. A autonomia exercida pela criança, aliada à possibilidade dela manipular o material real que será utilizado na punção são fatores imprescindíveis para auxiliá-la a superar o medo e o sofrimento relativos ao procedimento doloroso ao qual deverá submeter-se-á, pois, como enfoca a literatura, há ampla evidência de que as crianças ficam mais bem preparadas para procedimentos dolorosos, quando lhes é permitido manusear previamente o material que será utilizado, conforme propicia o BTI. O terror se instala no momento da realização da punção venosa quando há o rompimento da pele pela agulha, uma vez que, na idade pré-escolar, apesar dos progressos do desenvolvimento da imagem corporal, a criança tem noção pouco definida de limites corporais e de sua anatomia, e se atemoriza quando há o rompimento da pele pela agulha, temendo que o conteúdo de seu corpo escape de seu interior pelo orifício. No entanto, a criança sente-se mais segura e compreende a necessidade do procedimento quando repete a punção na boneca, visto que quando a pesquisadora lhe solicita o braço para puncionar e ela o oferece sem resistência, após terem sido preparadas como o BTI, quando puderam dramatizar a situação, revelando o valor dessa intervenção para a compreensão da criança. Como explica Piaget, a repetição de uma situação difícil e dolorosa, na brincadeira, não tem o sentido de preservar a dor, mas sim de torná-la suportável pela assimilação do ego da



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

criança.

A importância, para a criança, da presença, do apoio e da proteção dos pais durante o procedimento, verificado neste estudo tem consonância com achados da literatura. Vale ressaltar, que o fato das mães se tornarem impacientes, frente aos comportamentos de choro e negação da criança, relacionados à punção, pode ser atribuído à tensão gerada pela convivência com o sofrimento do filho e a impotência de não conseguir impedi-lo.

Assim, embora a mãe seja reconhecidamente uma fonte de segurança para a criança, ela também precisa ser cuidada, pois, frente à necessidade de um procedimento ela tem que lidar tanto com o sofrimento da criança, como com o seu próprio sofrimento. Uma pesquisa revelou, também, que embora os pais aprovem o preparo para a coleta de sangue com BTI, eles ficam decepcionados e têm dificuldade para compreender porque os filhos continuam apresentando as manifestações de tensão anteriormente descritas, uma vez que receberam explicação e puderam brincar e manusear o material a ser utilizado. Neste sentido, enfatizamos que, embora o preparo da criança com o brinquedo ofereça condições para que ela compreenda a necessidade e a realização da punção e expresse simbolicamente suas emoções, ela pode não mudar imediatamente seu comportamento. Assim sendo, nunca se deve esperar que a criança não reaja ou não chore, durante o procedimento, e isto deve ser compreendido pelos profissionais e explicado aos pais. Reiteramos que, no preparo com o BTI, a criança deve ser informada que poderá chorar e expressar seus sentimentos de medo e desagrado. **Considerações finais:** Este estudo propiciou a compreensão da importância da utilização do BTI no preparo para a punção como instrumento essencial à assistência de enfermagem, no sentido de permitir a construção de um cuidado humanizado no Pronto Socorro Infantil. Ressaltamos que, para a modificação do atual cenário de atendimento no serviço de emergência à criança e família, é necessária maior valorização e crença dessa prática pela equipe de enfermagem. Nesse sentido, esperamos que este estudo contribua para que a equipe multiprofissional desses serviços, em especial a de enfermagem, sejam motivados ao usá-lo com vistas a prestação de cuidados que transcenda o saber biologicista, considerando, também, as necessidades emocionais e sociais da criança e sua família, de forma de que todos os envolvidos neste processo sejam beneficiados.

Palavras-chave: jogos e brinquedos; procedimentos clínicos; serviços médicos de emergência; enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Crianças e adolescentes que vivenciaram o transplante de medula óssea: o impacto na qualidade de vida

Jane Cristina Anders*
Regina Aparecida Garcia de Lima†

Introdução: O transplante de medula óssea (TMO) tem se desenvolvido nas últimas décadas como uma das modalidades terapêuticas mais importantes no manejo de doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas. Apesar de ser um tratamento complexo, associado à alta morbimortalidade, tal terapêutica possibilita a cura ou prolonga significativamente a sobrevida dos pacientes. A criança e o adolescente que vivenciaram o transplante de medula óssea levam consigo toda a bagagem que essa experiência lhes forneceu, com repercussões marcantes em suas vidas. Se a experiência de ter uma doença grave com um tratamento agressivo causa impacto em todos os aspectos da vida desses indivíduos, esses, por sua vez, precisam ser apreendidos pela equipe de saúde para que a mesma possa considerá-lo no planejamento do cuidado de acompanhamento. Diante do número de pacientes que está sobrevivendo ao transplante de medula óssea, abre-se uma nova vertente para a pesquisa neste campo dada pela necessidade de estudos sobre as implicações que tal tratamento acarreta às crianças e adolescentes. Mesmo no caso de o TMO ter sido conduzido com sucesso, o paciente e sua família percorrem um longo e difícil caminho, devido à complexidade desse processo, uma vez que além do estresse a que são submetidos, desde o diagnóstico da doença, passam pelas várias fases do tratamento, procurando sobreviver às complicações até estarem curados. As situações de impacto, presentes desde a fase do diagnóstico, têm repercussões no cotidiano dos pacientes e de seus familiares com a espera para realização do TMO; a existência de um doador e o início do tratamento, propriamente dito, com suas especificidades; o defrontar-se com as complicações decorrentes do tratamento; a hospitalização e seus efeitos; a alta hospitalar e o acompanhamento em casa com os cuidados necessários. Concordamos com alguns autores quando estes referem que sobreviver ao tratamento está relacionado ao enfrentamento e à adaptação no modo como a criança, adolescente e família convivem com a doença e o tratamento, na maneira que procuram resgatar sua rotina e planejam o futuro. É nesse contexto que procuramos inserir a presente investigação que tem por objetivo compreender a experiência de crianças e adolescentes que vivenciaram o transplante de medula óssea e apreender quais eram as suas preocupações com os efeitos tardios de tal terapêutica.

Método: O estudo é de natureza descritivo-exploratória, com análise qualitativa dos dados. Participaram do estudo 14 sujeitos, com idade entre 7 e 17 anos, submetidos ao procedimento em um hospital-escola do interior de São Paulo, que tinham os seguintes diagnósticos os quais ocasionou o TMO: Anemia Aplásica Grave, Leucemia Mielóide Aguda, Leucemia Mielóide Crônica e Leucemia Linfóide Aguda. Todos os participantes realizaram TMO Alogênico. Em relação ao tempo pós-TMO, encontramos variação de dois meses a nove anos. Com relação à escolaridade das crianças ou adolescentes, uma não havia iniciado a alfabetização, outra não retornara à escola após o TMO e as demais freqüentavam

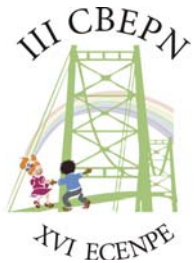
* Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis - SC. Endereço: Capitão Américo, n 89, apto 306, Ed. Brisa Sul, Florianópolis – SC, CEP: 88037060. E-mail: janecanders@nfr.ufsc.br.

† Enfermeira, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. E-mail: limare@glete.eerp.usp.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

regularmente a escola, cursando o fundamental e o ensino médio. Conduziu-se a coleta de dados mediante entrevistas abertas tendo a análise percorrido as etapas preconizadas pela técnica de análise temática de conteúdo, ou seja, pré-análise, análise dos sentidos expressos e latentes, elaboração das temáticas e análise final. Optamos por não analisar estatisticamente o material empírico como preconizado originalmente pela técnica, mas por realizar uma análise compreensiva do mesmo. Os dados foram organizados ao redor do tema **novos caminhos pela vida**, o qual foi composto pelos seguintes subtemas: os momentos de ameaças e o amanhã como uma nova etapa da vida. **Resultados e discussão:** O transplante de medula óssea surge como uma esperança de vida para a criança, o adolescente e sua família, oferecendo-lhes a possibilidades de vivenciarem o futuro. O planejamento desse futuro é um processo recorrente na vida de todo ser humano, porém, em situações de doença grave que os acometa, convivem com a imprevisibilidade decorrente da ameaça potencial às suas vidas. Para muitos, o TMO é uma experiência que pode lhes dar sobrevida, embora envolva inúmeras situações de perigo, por vezes durante anos, uma vez que os efeitos colaterais tardios podem se manifestar, gerando insegurança. Os efeitos colaterais manifestados, mesmo que tardios, foram a recaída da doença, a possibilidade da morte, a realização de outro transplante e a esterilidade, ameaças que desencadeiam sentimentos e emoções tanto na criança como no adolescente, tornando-os mais vulneráveis, inseguros e emocionalmente abalados. Esses sentimentos levam a uma preocupação quanto à sua saúde e inibe planos para o futuro. Considerando a presença ou possibilidade de problemas em relação aos efeitos colaterais do transplante, o medo da recidiva da doença ou de uma sobrevida menor pode desencadear um impacto negativo do TMO, sendo atribuído à sua repercussão no funcionamento do organismo nos domínios físico e psicológico reportando na qualidade de vida. Por outro lado, na perspectiva do futuro, projetaram o alcance de uma vida longa, com a concretização de planos e sonhos. Pudemos observar, também, que apenas alguns adolescentes preocupavam-se com os possíveis efeitos tardios do TMO. O alcance da cura no campo do TMO traz consigo os avanços da medicina nas últimas décadas mas, mesmo com esses avanços, surgem novas implicações relacionadas à sobrevivência pós-TMO, ou seja, à qualidade de vida, à avaliação e acompanhamento das seqüelas, pois viver dentro dos limites e possibilidades, em condições de realizar as atividades do dia-a-dia infanto-juvenil, como lazer, escola, afeto e com perspectivas profissionais futuras, constitui-se em verdadeiro desafio. **Conclusão:** De modo geral, podemos afirmar que, apesar das dificuldades apontadas nos relatos das crianças e adolescentes acerca da sua vivência frente ao TMO, os resultados obtidos parecem trazer uma visão otimista dos sobreviventes. Assim, sobreviver na condição de ser transplantado consiste em viver a cada dia a sua existência, em um constante movimento de reconstrução de seu cotidiano e na retomada de vida, transformando suas limitações em possibilidades de bem viver, ou seja, de viver mais saudável. A vida dessas crianças e adolescentes caracteriza-se pela dualidade de viver sem a doença, mas com os riscos de complicações ou seqüelas advindas do processo do TMO. É importante ressaltar que sobreviver à doença não significa unicamente cura; daí a necessidade de reconhecermos que o sucesso do tratamento transcende a esfera biológica, estendendo-se para uma dimensão existencial que inclui as diversas esferas do existir humano. Entendemos que, de algum modo, apreciar a vida depois da vivência do TMO é uma conquista de cada dia. Diante da magnitude e da complexidade que envolvem o processo de TMO, não basta que os profissionais se preocupem apenas com a utilização de recursos tecnológicos ou com o aprimoramento de técnicas. Torna-se de extrema importância o aprimoramento de habilidades, capacidades e competências para oferecer uma assistência mais compreensiva, voltada para a especificidade da criança e adolescente, na sua forma singular de pensar, agir e sentir.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Palavras-chaves: criança; adolescente; transplante de medula óssea; enfermagem pediátrica.

Referências:

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo M.C.S, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001.

Ortiz MCA, Lima RAG. Experiência de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra o câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 maio-junho; 15(3): 411-17.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Contribuindo para a auto-estima de crianças em situação de vulnerabilidade: a
experiência de acadêmicos de enfermagem**

Ana Izabel Jatobá de Souza*

Tiago Medeiros†

Talita Padilha Porto†

Paula L. Pereira†

Introdução: a criança é um ser em crescimento e desenvolvimento e a família é o meio onde ela pode desenvolver-se e qualificar-se para viver em sociedade. Na infância, essa criança passa por graduais mudanças adquirindo bases para formação de uma personalidade saudável e de uma identidade própria. Contudo o ambiente doméstico na atualidade tem sido desfigurado por fatores sócio-econômicos, culturais e morais associados à vitimização física, sexual, psicológica praticadas contra crianças e adolescentes. Isso faz com que a família torne-se alvo essencial de cuidado especializado exigindo profissionais de saúde que se façam presentes a fim de promover famílias cada vez mais saudáveis, contribuindo para o cuidado às crianças e adolescentes. Sendo assim, a ONG Crescer sem violência em parceria com o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família (GAPEFAM), ligado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) vem desenvolvendo o projeto de extensão Promovendo Saúde e Cidadania de crianças, jovens e adultos em situação de vulnerabilidade em parceria com o projeto “Ártemis” pertencente à ONG Crescer sem Violência. **Objetivo:** este trabalho tem por objetivo apresentar a experiência dos acadêmicos de enfermagem no desenvolvimento das atividades de extensão junto a 15 crianças participantes do referido projeto. O projeto vem sendo desenvolvido na Cidade da Criança do município de Florianópolis desde o ano de 2007, utilizando a modalidade de oficinas. As oficinas são realizadas semanalmente abordando temas de saúde e cidadania, entre outros. São utilizadas atividades lúdicas de artes, teatro, brincadeiras, jogos promovendo a cooperação e o trabalho em grupo. Os temas abordados foram os seguintes temas: prevenção de acidentes domésticos; auto-conhecimento; direitos e deveres das crianças; primeiros socorros; direitos e deveres das crianças; comportamento; alimentação saudável, auto-estima e auto-imagem. Além destes temas, foram desenvolvidas atividades lúdicas sempre variadas a fim de atender o imaginário infanto-juvenil. Percebemos que as técnicas mais empregadas se relacionavam ao uso de filmes para exposição e reflexão temática; utilização da música como instrumento para proporcionar relaxamento e socialização; técnica de recorte e cola para composição do tema a ser explanado; jogos didáticos e teste de conhecimento sobre o tema abordado; construção da caixa de primeiros socorros como produto da abordagem sobre este tema; preparo de alimentos em conjunto com as crianças; técnica da construção da teia para abordar tema como socialização e comportamento; a gincana como forma de estimular a participação em grupo; a hora do conto para trabalhar os direitos e deveres da criança foi efetiva na condução e discussão temática. Estas técnicas proporcionaram o envolvimento das crianças, bem como o desenvolvimento da criatividade dentre outras habilidades. **Conclusões:** o trabalho com este grupo teve pontos positivos, um dos principais foi o aumento quantitativo e qualitativo da participação de cada um nas discussões de grupo. De igual forma constatamos que as crianças ampliaram as potencialidades para o trabalho em grupo, bem como o respeito à diversidade e individualidade dos colegas e facilitadores. Evidenciou-se que muitas delas ampliaram habilidades e capacidades, bem como melhoraram a auto-estima e a auto-

* Doutora em Enfermagem, docente do Departamento de Enfermagem/UFSC; coordenadora do GAPEFAM.

† Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem/ UFSC. Bolsistas do Projeto



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

imagem. Constatamos que a participação coletiva de todos na abordagem temática e o envolvimento na criação de um clima amistoso entre os membros do grupo ampliou a compreensão sobre limites, direitos e deveres. As crianças revelaram seu interesse e potencial criativo, em especial quando eram desafiados a elaborar algum material a partir da utilização de sucata e/ou de desenhos e colagens. Em muitos dos depoimentos destas crianças ainda percebe-se a realidade do ambiente em que vivem, no qual a violência e a pobreza emergem, como uma sombra cotidiana. Neste sentido, é importante que os profissionais, das mais diversas áreas que estão envolvidos com crianças e adolescentes possam contribuir positivamente para a construção de ambientes saudáveis. Ressaltamos que somos todos responsáveis por fazer valer o direito à saúde e cidadania que estas crianças merecem e que a família igualmente tem uma grande responsabilidade neste processo. Portanto, contribuir para a auto-estima de crianças e adolescentes significa tornar-se protagonista e fomentar o protagonismo social desde a mais tenra idade. Este aspecto fortalece consideravelmente a proposta de promover a saúde em suas mais variadas dimensões. Acreditamos que a participação de acadêmicos de enfermagem em atividades como estas oportunizam a ampliação de conhecimento e o exercício e aperfeiçoamento do ser enfermeiro atuando como educador e questionador de soluções para um mundo melhor. De igual forma enfatizamos que: em atividades como a preparação e condução de oficinas; contato com um cenário diferente do hospitalar e com realidade diferente do cotidiano do curso tais como a clientela da Cidade da criança; a oportunidade de elaborar e criar textos educativos como músicas utilizadas junto às crianças e adolescentes, dramatizações, pôsteres fortalece o potencial de expressão dos acadêmicos inseridos em projetos de extensão. Além disto, dimensões como a criatividade, a iniciativa, a organização e o discernimento são aperfeiçoados como competências importantes no exercício profissional, bem como o comportamento ético e humano frente aos depoimentos presenciados além do aprendizado para o trabalho interdisciplinar. Embora tenhamos certeza dos aspectos positivos e das grandes contribuições que este projeto vem tendo ao longo de suas edições apontamos alguns pontos que ainda são de extrema fragilidade, tais como: a necessidade de estabelecer parcerias com profissionais de diversas áreas do conhecimento. Acreditamos que a agregação de outros profissionais de várias áreas da saúde, educação, psicologia, serviço social, educação física, música poderia ampliar as oportunidades de aprendizado tanto das crianças, quando dos próprios acadêmicos enquanto profissionais em formação. Igualmente ressaltamos a contribuição do projeto para a atividade acadêmica do docente nela envolvido, tais como: a oportunidade de desenvolver a criatividade junto a condução das oficinas com profissionais de outras áreas e com os acadêmicos; contacto com cenários diferentes daqueles em que se atua na graduação; construção de parcerias com pessoas, instituições e profissionais de diferentes áreas; ampliação das habilidades de enfrentamento da problemática da violência e dos problemas intrafamiliares. Constatamos que em síntese o projeto vem trazendo importantes contribuições no âmbito da promoção da saúde e cidadania de mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade social. Reforça cada vez mais a pertinência e a necessidade do envolvimento da Academia na abordagem destes temas, bem como na construção de parcerias com grupos e instituições que possam aumentar o potencial criativo da clientela nela envolvida.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Quilling no papel: uma nova forma de cuidar na enfermagem

Vivian Carolina Benetti Jacinto^{*}
Darci Aparecida Martins Corrêa[†]

Introdução: A hospitalização é uma situação crítica e delicada na vida de qualquer ser humano, e tem contornos especiais quando se trata de um acontecimento na vida de uma criança, pois implica na mudança de rotina de toda a família (RODRIGUES, 2007). Em se tratando de internação hospitalar, tanto adultos quanto crianças experimentam uma sensação de sofrimento, em maior ou menor grau. Juntamente com o sofrimento ocasionado pela própria doença, é necessário considerar também o sofrimento provocado pelos procedimentos e tempo de hospitalização. A hospitalização traduz-se em experiência bastante difícil tanto para a criança que se encontra doente, bem como para seu acompanhante, pois eles estão expostos a um ambiente estressante e solitário. O apoio aos pais para o enfrentamento desse período, é bastante restrito, de tal forma que estratégias de humanização devem ser oferecidas à eles para que possam vivenciar esse momento de maneira menos sofrida e angustiante. Com a evolução da ciência e o desenvolvimento de tecnologias cada vez mais avançadas no campo do suporte à vida, esquecemos por vezes, que o cuidado é, acima de tudo, realizado em e para seres humanos. Apesar das recentes discussões que permeiam o contexto da humanização, este tópico constitui preocupação antiga. Os pais, ao acompanharem seus filhos durante o período de internamento, acabam ficando ansiosos e ociosos, pois na maioria das instituições hospitalares não existem estratégias que os ajude a enfrentar e passar esse tempo dentro do hospital. A falta de afazeres, de distração, de ocupação os leva por vezes a angustias, tristezas e ansiedades, principalmente as mães de bebês internados na UTINeonatal (UTIN), que ficam a beira do leito de seus filhos por longos períodos podendo até mesmo aproximar-se a cem dias como o caso dos prematuros extremos. Ocupar seu tempo, é o que esses pais mais desejam e por vezes solicitam no ambiente hospitalar. Assim, diante desta situação vivenciada na UTIN e unidade de internação pediátrica(UIP) com a presenças desses pais ansiosos e ociosos a beira do leito de seus filhos, é que propomos à eles uma estratégia a qual denominamos de: “quilling”: arte no papel. Esta técnica do quilling, é uma técnica em que várias tiras de papel são enroladas, moldadas e coladas para criar diversas formas, que depois de combinadas formam desenhos. A exata origem do quilling não nos é ainda muito clara. Algumas fontes sugerem que o quilling tenha sido praticado pelos antigos Egípcios, que são muito conhecidos pelo seu trabalho decorativo com metais preciosos. Naquela época, o quilling era feito com finos fios de arame ou metais preciosos. Durante o Renascimento, as freiras e monges franceses e italianos usaram esta técnica para decorar as capas dos livros e artigos religiosos. Existem evidências de que, em alguns pontos da costa do Mediterrâneo, por volta dos anos 1500, em casas de religiosos eram executados trabalhos com tiras de papel, com o objetivo de decorar Bíblias e missais. Já no século XVII, o quilling era usado para decorar paredes de casa, principalmente com brasões de família. Na Europa, o quilling tornou-se popular no século XVIII e posteriormente estendeu-se também às Américas. Diante do exposto, este trabalho teve como **escopo:** verificar a opinião dos pais de crianças internadas na UTIN e UIP quanto a técnica do quilling, e como esta técnica, os ajudou a enfrentarem a doença e o

^{*} Acadêmica do 4º ano de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Endereço: Rua Mandaguari, 152, apto. 604. Fone: (44)9919-6019. E-mail: viviancarolinaj@hotmail.com

[†] Enfermeira, Doutora pela UMESP; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

período de hospitalização de seu filho. **Material e Método:** Esta pesquisa foi realizada na UTIN e UIP do Hospital Universitário Regional de Maringá, Paraná (HUM), em funcionamento desde 1998. Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, que busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo como de grupos e comunidades mais complexas. Participaram da pesquisa pais de bebês internados na UTIN e de crianças internadas na UIP, no período de março a junho de 2009, que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando portanto, o aspecto ético preconizado pela Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde, 1996, p.15-25). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá. Os dados foram obtidos pelos autores, por meio de entrevista semi estruturada no local de trabalho, sendo utilizado para a coleta dos dados, um questionário composto de questões que enfatizavam o conhecimento e a percepção dos pais sobre a técnica do quilling, bem como, a possível ajuda no tempo em que o filho esteve hospitalizado. A apreciação dos dados ocorreu mediante a técnica de análise de conteúdo temático, que é um conjunto de técnicas de análises de comunicação, empregadas nos estudos sobre motivação de opiniões, atitudes, valores e crenças. A partir da organização dos dados obtidos, duas unidades temáticas surgiram, sendo elas: o quilling como alternativa para redução da ociosidade, “passar o tempo”, e o quilling como anti estresse para o enfrentamento da doença e hospitalização do filho. **Resultado e Discussão: O quilling como alternativa para redução da ociosidade, “passar o tempo”.** É importante considerarmos o tempo de hospitalização, pois quanto maior o tempo de internação, maior o impacto emocional, psicológico e fisiológico sobre a criança e seu familiar, o que pode induzir a alterações do bem-estar, como problemas de sono, depressão, irritabilidade, carência afetiva, desconforto, sofrimento e outras manifestações psicossomáticas. Observamos que para a grande maioria dos entrevistados, a ociosidade é o maior problema ocorrido durante esse período de hospitalização do filho. Assim, o quilling, vem somar aos esforços do hospital no objetivo de tornar o processo de internamento da criança menos traumático para ela e menos ocioso para seu familiar. De acordo com os pais, participar do quilling ocupando o tempo de permanência no hospital leva-os a sentirem-se ativos, produtivos, ameniza o sofrimento de verem seus filhos doentes. Essa maneira prazerosa para passar o tempo durante a hospitalização pode ser evidenciada nos relatos que se seguem: “ fazer essas coisas é muito bom para passar meu tempo e ajudar meu coração, pois antes eu não fazia nada aqui e ficava só chorando ao lado da incubadora da minha filha”; “ eu ficava tão irritada, angustiada e até mesmo depressiva por ver meu filho sofrer tanto e por ficar sem fazer nada que pudesse passar meu tempo. Agora é muito diferente; eu me ocupo não só no tempo mas na mente também, é muito bom fazer isso...”; “O dia agora é menos angustiante e menor, agora o dia passa mais rápido...”. **O quilling como anti estresse para o enfrentamento da doença e hospitalização do filho.** A palavra estresse tem origem no latim, e passou a ser utilizada em inglês para designar “opressão, desconforto e adversidade” (SPIELBERGER apud LIPP, 1996), enquanto o senso comum a utiliza para definir diferentes sensações do dia-a-dia como: “estou nervoso, estressado, cansado”, enfatizando a mesma vivência. Considerando os resultados obtidos, verificamos que os pais responderam que o quilling os ajuda a sair do estresse que, para eles, é o cansaço extremo do corpo e da mente devido ao ambiente em que se encontram, ou seja, o ambiente hospitalar. Para eles, estar dentro do hospital é fatigante, triste, angustiante, gera muita ansiedade, medos e grandes preocupações, como podemos evidenciar nas falas a seguir: “Esse quilling, veio me ajudar a ficar menos nervosa, angustiada e triste com a doença do meu filho. Eu consigo até dar uma relaxada...”; “ Ah! O quilling me ajuda a ficar menos estressada, menos desanimada...”; “ Depois que eu comecei a fazer o quilling, eu percebi que me ajudou a passar pelas



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

preocupações e a lidar com mais calma o fato de minha filha estar aqui há tanto tempo na UTIN...”; “Olha, depois que eu comecei a fazer o quilling, eu fiquei mais calma e menos angustiada com toda essa situação...”. **Conclusão:** A importância que os entrevistados deram a técnica do quilling como ajuda para diminuir a ociosidade “passar o tempo” no hospital bem como para o enfrentamento da doença e hospitalização do filho, nos surpreendeu, uma vez que, a adesão dos familiares e das crianças da UP é significativa e participativa. Acreditamos, portanto, que essa atividade desenvolvida pela enfermagem no ambiente hospitalar, contribui não somente para ajudar os pacientes e seus familiares, mas também para o enriquecimento e visibilidade do cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: hospitalização, cuidado intensivos UTI neonatal, enfermagem, humanização.

Referências:

Brasil Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96, 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol196/RES1996.htm>. Acesso em: 12 nov. 2006.

Christophoro, R; Waidman, M. A. P. STRESS: CONDIÇÕES DE TRABALHO EM DOCENTE UNIVERSITÁRIOS. Revista Ciência, Cuidado e Saúde Maringá, v. 1, n. 1, p. 171-175, 1. sem. 2002

Lamego D, Deslandes S, Moreira, ME. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade intensiva neonatal cirúrgica. Ciência & Saúde Colectiva. 2005; 10 (3): 669-675.

Lipp, Marilda E. Novaes (org.). Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupo de risco. Campinas: Papyrus, 1996. cap. 1, p. 17-31.

Rodrigues, P. L. V. A presença da família nas unidades e terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. Esc Ana Nery R Enferm 2007 set; 11 (3): 437.

Schmitz RME. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu, 2000.

Tomasi NGS, & Yamamoto RM. Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais. Curitiba: As autoras. 1999.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O cuidado à crianças hospitalizadas: uma abordagem a partir do Teatro Clown

Larissa Helena de Jesus Sigak*
Natália Pistore de Matos†
Monique Pio Astolpho‡
João Paulo William Piassa§

Introdução: A hospitalização como processo inerente da criança enferma afasta-a da vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, aflorando sentimentos de culpa, punição e medo da morte. Sob o olhar da criança e do adolescente, o hospital tem uma característica de dualidade, pois ao mesmo tempo em que traz sofrimento também representa espaço de cura. Para lidar com os elementos deste confronto a criança necessita dispor de instrumentos de seu domínio e conhecimento. Neste sentido, a assistência à criança hospitalizada, o processo diagnóstico e terapêutico convencional pode ser ampliado com a incorporação de terapias e métodos complementares, com o intuito de privilegiar, também, as necessidades afetivas, emocionais, sociais e culturais da criança. Nesse processo, alguns fatores devem ser levados em consideração, como a presença de alguém familiar a criança; informação precisa sobre sua doença e o tratamento; as etapas evolutivas e os marcos do desenvolvimento infantil; oferecimento de um ambiente mais acolhedor onde a criança sint-se convidada a participar, de forma mais ativa, do seu processo de hospitalização e estimulada a brincar.

Objetivo: O objetivo deste estudo é experimentar novas estratégias no cuidado à criança hospitalizada, utilizando para tanto, aspectos do Teatro *Clown*, a partir de um projeto de extensão desenvolvido por alunos de cursos de graduação da área da saúde (Enfermagem, Medicina, Informática Médica e Fonoaudiologia) da Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto.

Descrição da atividade: O projeto tem sua fundamentação na metodologia proposta pelos "Doutores da Alegria" somada aos conhecimentos das disciplinas Enfermagem Pediátrica e Psicologia do Desenvolvimento. A Cia do Riso tem como slogan PRESCRIÇÃO DO DIA: INFUSÃO DE ALEGRIA. Os *clowns* buscam na música, na dança, na magia, na mímica, entre outras atividades, recursos para estimular o riso e a alegria no ambiente hospitalar. Para dar sustentação ao projeto, os alunos participam das seguintes atividades: estudos teóricos sobre a temática; oficinas de criatividade; dinâmica de grupos; participação em eventos científicos e artístico-culturais (exposição, teatro, cinema, dança, concertos, entre outros). Uma vez por semana, das 13:00 às 14:00 horas são realizadas, quinzenalmente reuniões de estudo (discussão de textos de interesse para o grupo) e quinzenalmente laboratórios de criatividade (preparo das atividades semanais com ênfase no aperfeiçoamento da performance). São realizadas, também, oficinas de integração e de relaxamento e programações especiais nas unidades, como: Comemoração da Páscoa, Dia das Mães, Festa Junina, Dia dos Pais, Dia das Crianças e Festa de Natal e realizar a "PALHATURA", em sua 7ª edição. Esta última atividade promove a integração do grupo de uma forma original, pois, homenageia os alunos que concluem o curso e são participantes da

* Discente do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. E-mail: larissa.sigaki@usp.br.

† Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. E-mail: nati_matos2@hotmail.com.

‡ Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. E-mail: moniq.pio@hotmail.com.

§ Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. E-mail: joao.piassa@hotmail.com.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Cia do Riso com o evento parodiando a formatura. Ainda, os alunos participantes da Cia do Riso organizam um evento científico anual que está na 4^o edição- Encontro de Humanização da Cia do Riso. O projeto completa 13 anos e articula os três pilares da universidade: o ensino, a extensão e a pesquisa. **Local e dias da atividade:** São desenvolvidas com crianças, adolescentes e seus familiares internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Clínica Pediátrica, Neurologia Infantil, Moléstias Infecciosas Infantis e Ortopedia Infantil). As atividades são realizadas duas vezes por semana, às 3^a e 5^a feiras, a partir das 18:00 horas. **Resultados:** Na vida da criança, o brincar é fundamental para que o seu crescimento e desenvolvimento sejam harmônicos. Quando transferida para o contexto da hospitalização, onde a rotina de vida está modificada e alterada pela doença, brincar surge como uma possibilidade de organização dessas atividades, uma via fundamental para a compreensão do momento pelo qual está passando. Assim, é por intermédio do brincar que ela poderá aproveitar os recursos disponíveis no contexto da hospitalização para elaborar a nova situação. Contribuindo com esta meta, há evidências empíricas de que a Cia do Riso transforma o ambiente hospitalar tornando-o mais interessante para a criança/adolescente/família e equipe de saúde, pois, traz para esse espaço elementos que fazem parte da vida cotidiana, inclusive o riso e a alegria. A música, principal expressão usada, geralmente é acompanhada por instrumentos musicais (violão, flauta e pandeiro), gestos e representações, e em quase todas as visitas, ela inicia a interação. Algumas músicas são de autoria dos próprios alunos, compostas com finalidades específicas, ou seja, estimular a criança a adotar mudanças de hábitos, incentivá-las na alimentação ou para satirizar alguns procedimentos e rotinas hospitalares. Uma outra estratégia adotada foi a leitura de histórias infantis, fruto muitas vezes, da imaginação dos próprios alunos, improvisadas de acordo com cada momento específico. Elas eram contadas para distrair ou atrair a atenção da criança. Constatamos que os resultados também nos possibilitam fornecer instrumental teórico e prático para o cuidado integral à criança e ao adolescente hospitalizados e prestar assistência à criança e ao adolescente utilizando uma abordagem que valoriza o processo de desenvolvimento infanto-juvenil. Para os alunos envolvidos no projeto, a experiência de elaboração da simbologia do cotidiano hospitalar traz benefícios à medida que possibilita associar ao conteúdo teórico-prático a criatividade, a sensibilidade, a arte, a estética e o lúdico. Como há participação de alunos de diversos cursos tem sido possível exercitar a prática interdisciplinar. Para a universidade, estreita a sua articulação com os serviços de saúde, em outras palavras, os resultados são representativos do empenho da universidade na busca da sua inserção na sociedade. **Conclusão:** Os avanços no cuidado à saúde da criança e do adolescente não eliminam a necessidade de hospitalização em alguns casos e, quando isto ocorre, eles podem ser expostos a riscos. Se uma criança se sente descontraída e feliz, sua permanência no hospital torna-se mais fácil, e do mesmo modo seu processo de desenvolvimento pode ser favorecido. A interação com a criança hospitalizada, mediada pela arte do teatro *clown*, pode ser ampliada com a participação dos pais ou cuidadores e da própria equipe de saúde. Colocar em cena o lado saudável não só da criança, mas também dos seus pais ou cuidadores contribui com a composição do técnico e do lúdico. Com este projeto é possível evidenciar que o hospital não é local unicamente de dor e sofrimento, mas pode, também, promover o desenvolvimento.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica; criança hospitalizada; teatro *clown*; recreação.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Não aderência ao tratamento: compreendendo as razões do adolescente hemofílico*

Ana Claudia Acerbi Vrabic[†]
Circéa Amália Ribeiro[‡]
Conceição Vieira da Silva Ohara[§]

Introdução: A hemofilia é um distúrbio de coagulação hereditário, transmitido geneticamente e caracterizado pela deficiência dos fatores de coagulação circulantes no sangue, ocasionando sangramentos espontâneos ou pós-traumáticos. Acomete quase exclusivamente indivíduos do sexo masculino e, por ser uma condição crônica, demanda a necessidade de tratamento durante toda a vida, com envolvimento da equipe multidisciplinar e participação ativa do próprio hemofílico e de sua família. A resistência ao acompanhamento da hemofilia ocorre com frequência na população de adolescentes, implicando não só na falência das medidas profiláticas e curativas, como no desgaste da relação equipe-paciente. Acreditamos que estabelecer uma relação de confiança com o usuário no transcorrer do tratamento, torna mais próximo seu relacionamento com os vários profissionais da equipe. Nesse sentido, as características e peculiaridades desse grupo etário devem ser consideradas, pois, sem dúvida, determinarão sua maneira de agir e interagir com o mundo, com sua doença e com seu tratamento. Compreendê-lo melhor possibilitará adequar e direcionar a assistência de enfermagem, planejando uma intervenção que atenda às demandas de apoio que o adolescente precisa para seguir o tratamento preconizado para a hemofilia. **Objetivo:** compreender as razões pelas quais o adolescente hemofílico não adere ao tratamento recomendado para a hemofilia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo referencial teórico foi o Interacionismo Simbólico uma perspectiva de análise das experiências humanas que tem como foco de estudo a natureza da interação. Como referencial metodológico, utilizou-se o Interacionismo Interpretativo que busca identificar vivências que afetam e moldam o significado que as pessoas dão a elas próprias, a seus projetos e que deixam marcas em suas vidas, denominadas epifanias. Participaram do estudo seis adolescentes cadastrados e atendidos no ambulatório do Serviço de Hemofilia de um hospital universitário da cidade de São Paulo, que não estavam aderindo ao tratamento preconizado. A estratégia empregada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, apoiada na questão norteadora: “Conte-me o que leva você a não seguir o tratamento recomendado para a hemofilia?”. **Resultados:** Os dados emergidos das narrativas dos adolescentes entrevistados permitiram reconstruir a história das vivências e experiências relacionadas a seu tratamento, assim como compreender a maneira pela qual os adolescentes interagem com eles próprios, com seus pais, com sua família, com os profissionais e os serviços de saúde, com as demandas, dificuldades e exigências do tratamento, com a

* Extraída da Dissertação de Mestrado “Não conseguindo enfrentar sozinho as demandas e dificuldades do tratamento: vivências e razões do adolescente hemofílico” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, 2009. Trabalho vinculado ao Grupo de Estudos em Puericultura.

[†] Mestre em Ciências pela UNIFESP. Enfermeira do Serviço de Hemofilia e outras Coagulopatias Hereditárias do Hospital São Paulo.

[‡] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Pesquisadora do Grupo de Estudos em Puericultura. Orientadora.

[§] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Líder do Grupo de Estudos em Puericultura. Co-Orientadora. Endereço: Rua Estado de Israel, 493, Ap153 CEP: 04022-001 Vila Clementino, São Paulo - SP. E-mail: c.silva27@unifesp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

hemofilia propriamente dita e com a condição de ser hemofílico, revelando que, embora lhe seja atribuída a responsabilidade pelo seu seguimento, o adolescente vivencia essa experiência ***Não conseguindo enfrentar sozinho as demandas e dificuldades do tratamento.*** Essa vivência encontra-se expressa em quatro temas representativos que se configuraram como epifanias, e nas categorias temáticas que as constituem. A primeira epifania, ***Tendo que assumir a responsabilidade do tratamento,*** refere-se ao momento em que o hemofílico, ao se tornar adolescente, passa a ter que assumir a responsabilidade de seu tratamento; revela sua dificuldade em assumir tal responsabilidade nessa fase da vida, para cumprir de forma independente as demandas exigidas pelo tratamento e para conviver com as diferenças de estilo de vida decorrentes do fato de ser hemofílico. Ele passa, então, a faltar às consultas agendadas, a vir ao serviço de saúde somente quando está machucado, diz-se cansado da rotina do tratamento e refere ter preguiça para vir ao serviço e prefere fazer outras coisas como ficar em casa, ir à escola ou sair com os amigos para se divertir, como revelam as categorias temáticas: *Sentindo-se diferente por ser hemofílico; Passando a faltar quando tem que vir ao Serviço sem a mãe; Cansando-se da rotina de vir ao hospital; Tendo preguiça para vir ao Serviço e Priorizando outras atividades.* A segunda epifania, ***Enfrentando dificuldades para realizar o tratamento,*** ressalta as dificuldades vivenciadas pelo adolescente para conseguir cumprir as demandas exigidas pelo tratamento preconizado para hemofilia. Ele enfrenta dificuldades de diferentes aspectos: relacionadas ao transporte, à distância do local onde mora, à falta de dinheiro para vir de casa ao serviço de saúde, à necessidade de faltar à escola e ao trabalho, tanto dele como de seus familiares e/ou responsáveis, assim como a não disponibilidade das pessoas para levá-lo ao serviço, mesmo quando está com algum quadro hemorrágico agudo e com muita dor. Além destas, destaca-se a dificuldade do adolescente realizar a aplicação da Dose Domiciliar do fator por não ter, ele, ou algum familiar, a coragem necessária para fazer a aplicação ou disponibilidade de tempo para realizar o treinamento. Essas dificuldades encontram-se expressas nas categorias temáticas que compõe esta epifania *Tendo que pegar várias conduções para chegar ao Serviço; Tendo dificuldades financeiras para vir ao Serviço; Dependendo da família para trazê-lo ao Serviço; Não conseguindo conciliar a rotina da escola e do trabalho com o tratamento e Não conseguindo realizar a Dose Domiciliar.* A terceira epifania, ***Julgando que faz o tratamento adequado,*** refere-se ao fato do adolescente considerar que está fazendo o tratamento adequado para a hemofilia, por estar evitando realizar o que sabe que pode machucá-lo e avaliar que, se isso acontecer, poderá usar a Dose Domiciliar para iniciar o tratamento. Com isso, sente menos dor e pode se programar para vir ao serviço de saúde para dar continuidade ao tratamento, faltando menos no trabalho e na escola. Ele define o que é bom para si próprio e só faz o que avalia ser importante, conforme revelam as categorias temáticas: *Evitando fazer o que pode machucá-lo e Fazendo o tratamento logo que se machuca.* A quarta epifania, ***Desacreditando na eficácia do tratamento e na eficiência do serviço,*** revela a descrença do adolescente hemofílico quanto ao tratamento e ao atendimento do Serviço de saúde. Ele percebe-se insatisfeito com alguns aspectos desse atendimento, como a demora nos finais de semana, quando só há um médico para atender vários setores do hospital. Ele também avalia como não satisfatório o atendimento oferecido pela fisioterapia do Serviço, comparando - o ao que é oferecido por outras instituições que atendem hemofílicos. Além disso, mostra-se descrente quanto à importância de algumas recomendações para a prevenção das complicações da doença, como a coleta anual de exames e não acredita que o tratamento ofereça alguma perspectiva de melhora para seu corpo ou para as dores que acompanham os sangramentos. Esta epifania é composta pelas categorias temáticas: *Não sendo bem atendido no Serviço aos finais de semana, Preferindo o atendimento de outros Serviços, Julgando a fisioterapia desnecessária, Não valorizando a coleta anual de exames e Desacreditando em uma*



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

perspectiva de melhora. **Considerações finais:** Esses resultados oferecem subsídios para que se possa repensar a assistência prestada aos adolescentes hemofílicos e a organização do serviço com a complexidade, que lhe é característica e necessária e sobre a importância de favorecer a condução de um atendimento voltado às demandas dessa população, o que é essencial para seu sucesso com bons resultados. Permitem também refletir sobre a necessidade da implementação uma política assistencial descentralizada, com o sistema de referência e contra-referência implantado, e que contemple questões relevantes ao avanço terapêutico, tais como: disponibilidade universal da profilaxia primária e do tratamento de imunotolerância para a erradicação do inibidor, em pacientes com essa complicação. É necessário, ainda, que se estabeleçam políticas sociais relacionadas à facilidade de transporte e aos direitos trabalhistas a esse segmento da população, buscando que a continuidade do tratamento e as intercorrências clínicas da hemofilia não sejam fatores dificultadores para obtenção e manutenção do emprego. Acreditamos que todos os profissionais envolvidos com a assistência e causa da qualidade de vida dos hemofílicos devam se comprometer com a luta em prol da implementação desses benefícios.

Palavras-chave: hemofilia, saúde dos adolescentes, serviço de saúde para adolescentes, pacientes desistentes do tratamento, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família com criança
Síndrome de Down**

Michelle Darezzo Rodrigues Nunes*
Giselle Dupas[†]

A família é um sistema de saúde para seus membros, do qual fazem parte um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam suas ações na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença. Por ainda encontrar-se em fase de crescimento e desenvolvimento, a criança necessita de estímulos, atenção, carinho, compreensão e proteção. Os primeiros anos de vida de uma criança constituem um período crítico em seu desenvolvimento cognitivo, e o papel da família nesse período é fundamental, principalmente nos casos de crianças com necessidades especiais, visto que seu desenvolvimento não depende só do grau em que são afetadas intelectualmente, mas também de vários outros fatores, sendo o ambiente familiar o principal deles. Tal fato, ressalta o importante papel dos profissionais de saúde junto a estas famílias, esclarecendo e incentivando a precocidade de estímulos adequados. As enfermeiras freqüentemente estão envolvidas com famílias e têm oportunidade única de fazer diferença em suas experiências. Destaca-se também, a necessidade de um trabalho de apoio e intervenção na família, o que poderá refletir na melhora do desenvolvimento cognitivo da criança portadora de síndrome de Down (sd). O objetivo do estudo foi compreender como é para a família ter uma criança com sd dentre seus membros, para que, a enfermagem familiar possa realizar sua assistência com ênfase nas respostas da família aos problemas atuais e potenciais que vivencia. Realizamos uma pesquisa qualitativa, utilizando como Referencial Teórico o Interacionismo Simbólico (IS), que apresenta a particularidade do ser humano interagir, interpretar, definir e agir no seu cotidiano de acordo com o significado que ele atribui a situação vivenciada. E como Referencial Metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que permite a geração de teorias a partir de dados obtidos e analisados de maneira sistemática e concomitante por meio de uma comparação dos dados, de um ir e vir a eles, da coleta para a análise e vice-versa. Sete famílias de crianças com sd, que pertencem a um grupo de apoio, numa cidade do interior de São Paulo, foram sujeitos deste estudo. Os dados foram coletados através da entrevista semi-estruturada que iniciou-se com a questão aberta: “Como é para vocês ter uma criança com Síndrome de Down na família?” A análise dos dados foi realizada concomitantemente à coleta, procedendo à análise comparativa constante. Com relação aos aspectos éticos, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSCar (Processo nº CAAE-0040.0.135.000-08). Cada membro da família entrevistada assinou o termo de consentimento livre e esclarecido antes de participar. O processo de coleta/análise nos permitiu detectar um fenômeno significativo chamado: Atravessando um período nebuloso que emergiu de quatro grandes categorias: “Expectativa começando na gestação”, “Descobrimo”, “Adaptando-se” e “Encontrando dificuldades”. Apresentaremos as categorias e em se guida o fenômeno: EXPECTATIVA INICIANDO-SE NA GESTAÇÃO - Algumas famílias identificam que existe algo diferente relacionado ao bebê desde a gestação. São alguns sentimentos, percepções ou sinais clínicos encontrados nos exames pré natais que

* Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Bolsista da Fundação de Amparo a Pesquisa (FAPESP) – São Carlos - SP. E-mail: mid13@hotmail.com. Avenida Caramiuru, 2100, Ribeirão Preto - SP CEP: 14030-000

[†] Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos - SP. E-mail: gdupas@ufscar.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

indicam a possibilidade de alguma coisa acontecer diferente do esperado. É perceber algo encoberto. É pressentir algo estranho e investigar a formação da criança para tentar descobrir se isso realmente é verdade. É o começo da experiência da família. **DESCOBRINDO** - As famílias possuem formas diferentes de descobrir que a criança tem sd e de encararem a situação. Algumas descobrem durante a gestação, outras após o nascimento. Descobrir ainda durante a gestação pode ser visto de duas maneiras, uma positiva, possibilitando o preparo da família para a chegada da criança, e a outra de forma pessimista, acreditando que seria sofrer antecipadamente. Nas famílias onde a descoberta ocorre após o nascimento, também existe outro fator que as diferencia. Algumas notam as diferenças físicas da criança, principalmente nos olhos quando elas nascem, e outras continuam nem imaginando que ela tenha uma síndrome. Até a confirmação do diagnóstico a maioria das famílias se apega a remota possibilidade de que não tenha a síndrome, porém após a confirmação que a criança tem sd a família sofre um grande choque. É ver um sonho transformar-se. É vivenciar algo novo, diferente do planejado e desejado. É ter que mudar seus sonhos, seus planos de acordo com a nova situação, ver a sua vida alterar-se, sem ter nenhum controle sobre ela, não ter escolha, não poder optar, é praticamente ter que partir do zero. Apesar do sofrimento inicial, a aceitação ocorre logo após, junto com o amor que carregam por aquela criança. **ADAPTANDO-SE** - A nova situação vivenciada pela família carece de uma adequação familiar. A primeira coisa que a família busca são repostas para suas dúvidas. A maioria delas não sabe o que é a sd e o que acarretará para a família. A busca por informações e esclarecimentos vai de encontro à necessidade de saberem o que fazer daqui para frente, tanto no início da experiência, como no decorrer da evolução e desenvolvimento da criança, através de um constante aprendizado. É ter que correr atrás de suas lacunas de conhecimento para conseguirem lidar com a nova situação. É estarem constantemente aprendendo com a criança e com as novas situações do dia-a-dia. É ter que ajustar-se ao novo. **ENCONTRANDO DIFICULDADES** - Durante a experiência da família com a criança com sd, algumas dificuldades são encontradas pelo caminho. Entre elas estão: as decepções com os profissionais de saúde, principalmente no despreparo para informar o diagnóstico e fornecer informações para a família; vivenciar o marido mais distante com a descoberta da sd da criança; a frustração com o desenvolvimento da criança, que não ocorre como esperado; descobrir algumas alterações de saúde na criança; o desenvolvimento de depressão na mãe; a vivência de situações de preconceito; e a falta de serviços públicos e pesquisa para essa população. São momentos que a família tem que enfrentar, superar para alcançar seus objetivos. São situações que desestabilizam, desequilibram a família, que muitas vezes leva a uma reestruturação familiar, uma reorganização das atividades e que leva a novas buscas por apoio e orientação. São as pedras, ou buracos no caminho, que derrubam a família, desgastam, consomem suas forças, mas que não impedem que levantem e continuem trilhando o caminho. É mesmo passando por problemas acreditar, ter esperança que tudo irá melhorar e se resolver. **FENÔMENO: ATRAVESSANDO UM PERÍODO NEBULOSO** - Esse fenômeno aponta para os momentos de dificuldades pelos quais a família atravessa durante a experiência de ter uma criança com sd. São os momentos onde ninguém sabe o que tem à frente, onde tudo está encoberto, misterioso, complicado. As primeiras manifestações do fenômeno ocorrem com a gestação, o nascimento e o momento do diagnóstico da sd. Porém ele volta a se manifestar quando surgem novas situações que a família não se sente segura para agir, quando ela ainda tem dúvidas, precisando passar por superações a cada nova fase. Esses momentos são compostos pelos frequentes enfrentamentos que a família tem que fazer, que ocorrem hora pela postura inadequada dos profissionais, hora pela falta de apoio do marido, ou quando o filho não se desenvolve como esperado, quando descobrem algum problema de saúde na criança ou quando passam por situações preconceituosas. Qualquer que seja a situação, todas elas oferecem a família a mesma sensação, de momentos onde há



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

grande nebulosidade, dúvida, insegurança, aflição, tensão. Onde a família tem que buscar a luz, a certeza, o conhecimento, a segurança para agir, a tranquilidade para seguir em frente. Onde precisa enfrentar o nevoeiro para chegar a claridade, passar pela tensão para alcançar a serenidade durante a vivência e a convivência com a sd, que está presente em toda família, não só na criança, pois todos os membros passam a compartilhá-la, a vivenciá-la. É sentirem-se cansados, desanimados, tristes, decepcionados e abalados nos momentos que vivenciam essas situações. É o desgaste físico e emocional intenso, mas que não é capaz de impedir a família de lutar, de seguir em frente, de buscar suas metas para criança. São os períodos de incerteza, de dúvida, onde algo deu errado, de não saber o que fazer, por onde começar ou recomeçar. Situação que ocorrem não durante toda a trajetória, mas em alguns períodos dela, em alguns momentos. Também não ocorrem ao mesmo tempo, mais alternadamente, dependendo da fase que a criança e família experimentam. Quando próximo do nascimento, envolve as incertezas e decepções da descoberta, de lidar com a criança; quando a criança já está um pouco maior, envolve situações de preconceito ou de dificuldade de desenvolvimento da criança. Os momentos de desilusão, decepção, tristeza, são passageiros, transitórios, periódicos, inconstantes, que desanimam, mas não derrubam, porque a felicidade que a criança trás é maior, e porque o objeto pelo qual lutam, o que está em jogo é muito superior às dificuldades, é o futuro, a vida da criança. Assim a família vivencia períodos de altos e baixos, momentos bons e ruins, que apesar do desgaste e esforço, encara com otimismo e confiança. Não desiste, mantém-se firme. Consideramos que os profissionais de saúde e a enfermagem precisam estar presente durante esses momentos que a família enfrenta dificuldades para orientá-la e ajudá-la com o objetivo de minimizá-los ou até preveni-los.

Palavras-chave: Síndrome de Down; enfermagem; família, criança.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O brinquedo terapêutico como recurso para o alívio da dor em crianças submetidas à punção venosa periférica: o que pensa a equipe de enfermagem?

Keila Barbosa Souza*

Luciano Marques dos Santos[†]

Rafaela Celany de Souza Lacerda[‡]

Geisa de Oliveira França[‡]

A hospitalização é a primeira crise que a criança se depara ao longo de seu processo de crescimento e desenvolvimento, sendo submetido a diversos procedimentos intrusivos e potencialmente dolorosos, que promovem a perda de sua autonomia. A mudança de hábitos da criança, quando está internada, interfere nas funções biológicas, hábitos domésticos e na vida familiar. Isto acontece devido ao distanciamento dos entes queridos e mudança da rotina diária, que não foram programados, por não haver preparação para o distanciamento da criança e da família. Por isto, a equipe de enfermagem encontra resistência da criança, para aceitar indesejadamente um lugar pouco aconchegante e nada familiar. O uso do brinquedo transforma o cotidiano hospitalar, melhorando a eficácia aos cuidados de enfermagem, aceitação e colaboração. No entanto, a falta de interesse em compreender o que se passa com a criança, dificulta a aceitação do tratamento e piora o quadro psicológico, podendo deixar seqüelas graves. Isto se deve à falta de despreparo de parte dos profissionais de enfermagem em lidar com as diferentes fases de desenvolvimento da vida das crianças. O brinquedo é um meio de comunicação de grande valor para a criança, quando traduzido de forma expressiva. Diferente dos adultos, que na maioria das vezes externa verbalmente os problemas e angústias, as crianças ainda não adquiriram essa capacidade, portanto, utilizam “peças-chaves”, tais como os brinquedos, para que possam ser entendidas. Desta forma, o objeto de investigação deste estudo foi a percepção da equipe de enfermagem da Unidade Pediátrica do Hospital da Criança, sobre a técnica do brinquedo terapêutico no preparo da criança hospitalizada antes da punção venosa periférica. Este estudo teve como objetivo analisar a percepção da equipe de enfermagem da Unidade Pediátrica do Hospital da Criança em Feira de Santana na Bahia sobre a técnica do Brinquedo Terapêutico no preparo da criança hospitalizada antes da punção venosa periférica. Este estudo foi de relevância social, teórica e profissional. Os dados empíricos puderam permitir aos profissionais de enfermagem, da unidade em questão, a reflexão sobre a forma como vem sendo realizada a técnica da punção venosa sem o preparo não farmacológico da criança, além de poder promover a disseminação da técnica do brinquedo terapêutico entre os profissionais de enfermagem, com o intuito de salvaguardar o papel do mesmo no processo de amenização do impacto provocado pela hospitalização e desenvolvimento das crianças. Em relação ao aspecto teórico, contribuiu no montante de estudos realizados, pois é escassa a produção nacional sobre a temática em estudo. No aspecto profissional forneceu subsídios para a equipe de enfermagem, no tocante à avaliação do cuidado que vem sendo oferecido à criança hospitalizada, bem como serviu como evidência científica no que se refere à importância da utilização do brinquedo terapêutico nas unidades pediátricas. Foi um estudo do tipo descritivo, exploratório e

* Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana-Bahia. Membro do Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC). Rua Filinto Marques Cerqueira, nº 1460, Brasília, Feira de Santana, Bahia. E-mail: Kakaba18@hotmail.com

[†] Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do GEMUC.

[‡] Graduandas do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana-Bahia. Membros do GEMUC.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

qualitativo, onde participaram cinco membros da equipe de enfermagem de nível técnico. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, após a aplicação da técnica do brinquedo terapêutico, antes da venopunção periférica. Este estudo respeitou os princípios da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador, Bahia, sob o parecer nº 0779-2009. Os dados empíricos foram analisados mediante análise de conteúdo, sendo encontradas duas categorias, a saber: A criança hospitalizada e o Brinquedo Terapêutico e O brinquedo terapêutico na prática clínica. A primeira categoria foi subdividida em a criança antes do procedimento e a criança depois do procedimento. Através do brinquedo terapêutico, a criança alivia sua ansiedade, demonstrando seus sentimentos, pois com esta modalidade terapêutica são explicados os procedimentos ao qual a criança será submetida de forma lúdica em situações que para ela são consideradas ameaçadoras, devendo ser proporcional sempre que esta tiver dificuldade em compreender ou lidar com as experiências. As mudanças de comportamento infantil se tornam evidentes, quando se utiliza o brinquedo terapêutico em situações reais assim como simulação dos procedimentos que a criança será submetida. As sessões da terapia com o brinquedo também promovem socialização da criança com a equipe de enfermagem, alimentando o vínculo de confiança. A segunda categoria foi subdividida em o alívio do trauma e do sofrimento da venopunção e o uso na prática clínica. Na subcategoria o alívio do trauma e do sofrimento da venopunção foi possível identificar na percepção das entrevistadas que a realização da técnica do brinquedo terapêutico antes da punção venosa periférica proporcionou o alívio do trauma associado a esse procedimento intrusivo e invasivo, além de amenizar o sofrimento da criança no que se refer à dor. Na subcategoria o uso na prática clínica, constatou-se que a aplicação desta técnica antes da punção venosa, se faz relevante para o contexto da Instituição, não devendo ser ignorada pelos membros da equipe de enfermagem. Faz-se mister que a enfermagem enfatize o brinquedo como uma necessidade da criança, bem como sejam levadas em consideração as características do seu desenvolvimento. Sabendo que as crianças tem direito à brincar, pois a brincadeira faz parte de suas vidas, e privá-las disso é privá-las da oportunidade de crescer e se desenvolver com saúde, sugere-se ainda, que a enfermagem incorpore o brinquedo na sua prática diária, pois ele pode ser usado em todos os níveis do processo de enfermagem. Mesmo no momento delicado, que se torna a punção venosa periférica, o brinquedo utilizado de forma terapêutica, nas sessões de aplicação do brinquedo terapêutico, não deixa de ser um objeto lúdico para a criança que manipula esse objeto no momento da sessão. Por alguns instantes, o brinquedo terapêutico, se torna um entretenimento saudável, já que brincar e fantasiar histórias faz parte do desenvolvimento natural das crianças, mesmo estando hospitalizadas. As entrevistadas demonstraram desejo de dar continuidade ao uso da técnica em crianças hospitalizadas, que necessitam de punção venosa periférica bem como outros procedimentos invasivos durante a hospitalização. Este estudo além de demonstrar em prática resultados positivos no uso do brinquedo terapêutico, em crianças hospitalizadas, possibilitou o conhecimento da percepção dos profissionais de enfermagem em relação ao uso de técnicas terapêuticas como apoio a procedimentos invasivos. O brinquedo terapêutico utilizado nas salas de procedimentos do Hospital da Criança mostrou ser uma ferramenta significativa no período de hospitalização infantil no que se refere ao alívio da dor decorrente da punção venosa periférica. Esta técnica favorece a integralidade da assistência de enfermagem à criança durante o processo do cuidar, e estabelece vínculos de comunicação, confiança, segurança entre a criança e profissionais de enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica; brinquedo terapêutico; criança hospitalizada.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O significado da incorporação do ultra-som como guia da punção venosa periférica em crianças para a enfermeira pediatra

Mariana Cristina Kabakura Amaral de Lima*
Myriam Aparecida Mandetta Pettengill†

Introdução: para realizar uma prática segura e que atenda às necessidades de cuidado do paciente e da família, os enfermeiros são diariamente desafiados a modificarem suas rotinas e métodos de trabalho. A busca pela excelência do cuidado é o fator estimulador das ações desenvolvidas por esses profissionais, que realizam muitas atividades em ambientes altamente tecnológicos e vivenciam situações que devem ser fundamentadas e direcionadas pelo conhecimento científico. Apesar da grande exigência de atualização constante e adaptação dos profissionais para incorporar novas tecnologias em sua prática, ainda são poucos os estudos que analisam como ocorre esse movimento, enfocando as facilidades e dificuldades que eles enfrentam e a mudança em sua maneira de trabalhar. Em 2005, teve início um projeto de pesquisa intitulado “*Estudo de intervenções e tecnologias aplicadas ao cuidado de enfermagem pediátrica para a promoção da segurança do paciente submetido à terapia intravascular - SEGTEC*”, com fomento do Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq. A finalidade do referido projeto foi verificar se o uso do ultra-som como guia para o procedimento de punção venosa periférica em crianças pode melhorar a efetividade do procedimento e a detecção precoce de complicações, assim como identificar a satisfação do paciente e de sua família com o cuidado prestado. Nos EUA, desde os primeiros anos da década de 1990, enfermeiros iniciaram o uso da US como guia para a passagem de PICC. Novos aparelhos de ultra-som portáteis podem ser utilizados à beira do leito por enfermeiros treinados, melhorando seu desempenho durante a realização do procedimento e, conseqüentemente, o cuidado prestado ao paciente. Buscamos neste estudo conhecer como é para a enfermeira pediatra incorporar essa tecnologia em sua prática, como age e interage em relação às modificações impostas em sua rotina de trabalho e como realiza esse movimento. Consideramos mister compreender a experiência da enfermeira, a fim de contribuir para a facilitação desse processo. **Objetivos:** 1) compreender o significado da aplicação da ultrassonografia-US, como uma inovação tecnológica para guiar a punção venosa periférica em crianças hospitalizadas, na perspectiva da enfermeira pediatra; 2) compreender como a enfermeira pediatra se mantém motivada para a aplicação dessa inovação tecnológica em sua prática. **Método:** pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, em que se utilizou o Método de Análise de Conteúdo para guiar a coleta e análise dos dados. A coleta de dados foi realizada em uma unidade pediátrica, de um hospital vinculado ao ensino, na cidade de São Paulo. A pesquisa foi realizada em duas etapas: na primeira, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com oito enfermeiras pediatras que realizavam a punção venosa periférica com o auxílio do ultra-som. Em relação ao perfil das enfermeiras observamos que todas têm menos de 10 anos de formada. Dessas, a maioria, tem especialização em Enfermagem Pediátrica, apenas uma em Enfermagem Obstétrica e duas não têm especialização. Em relação à pós-graduação strictu sensu, três ainda não realizam mestrado nem doutorado, quatro tem o mestrado em andamento e uma tem o doutorado em andamento, sendo todas

* Aluna do 4º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. End: Rua Napoleão de Barros nº 754. E-mail: marikabakura@hotmail.com

† Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem, Disciplina Enfermagem Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo. E-mail: mpettengill@unifesp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

vinculadas ao grupo SEGTEC. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas com cinco enfermeiras pediatras, considerando que todas elas receberam capacitação para a utilização do US e o utilizavam em sua prática. A diminuição do número dos sujeitos do estudo na segunda etapa é decorrente da saída de alguns profissionais da instituição. A coleta de dados foi realizada após a aprovação das duas etapas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (pareceres: 1549/07;1799/08). Em ambas etapas, os dados foram analisados por meio de um processo de identificação, codificação e categorização dos padrões primários dos dados. Primeiramente, todas as entrevistas foram transcritas integralmente pela pesquisadora. Em seguida foi realizada a leitura e releitura dos dados, na tentativa de compreender o significado atribuído pelo entrevistado no momento em que descreve a sua experiência. Após a leitura foi realizada a classificação das informações em códigos explicitando aspectos mais elucidativos das percepções. A seguir, os códigos foram agrupados por semelhança e divergências de conteúdos em sub-categorias, sendo comparados em similaridades e divergências formando as categorias do estudo. **Resultados:** a análise realizada nos permitiu compreender que a enfermeira se sente desafiada na busca por inovações que permitam aperfeiçoar a técnica de punção venosa periférica, percebida pela criança e família como um momento de grande estresse e sofrimento. Na primeira etapa do estudo a categoria “*sendo motivada pelo desafio para promover sua adaptação à inovação tecnológica*” é explicativa desse movimento da enfermeira pediatra. O elemento essencial para promover a aceitação e a incorporação de uma inovação tecnológica em sua prática e inclusive o processo adaptativo da enfermeira é a motivação, que desperta o interesse e lhe permite acreditar na relevância e na necessidade da inovação. Impulsionada pela motivação pessoal, a enfermeira se mobiliza para aplicar o novo em sua prática, este é o desafio que tem de enfrentar. Porém, se percebe despreparada para utilizar essa inovação tecnológica, o que a faz temer causar danos à criança e expô-la a maior grau de sofrimento. Percebe que é preciso mudar sua maneira de realizar o procedimento, e isto é difícil, pois exige mudança, já que se trata de algo novo que ainda não faz parte do seu cotidiano profissional. Durante a adaptação nesse processo encontra muitas barreiras que a desestimulam, porém concomitantemente tem a oportunidade de vivenciar experiências positivas, que a motivam ainda mais. Apesar dessa ambigüidade, aos poucos, conforme adquire conhecimento, melhora sua destreza, se percebe mais segura e valorizada pelos profissionais, recebe estímulo do meio acadêmico e têm experiências positivas, a enfermeira tem seu comportamento modificado. Todos esses elementos favorecem a incorporação da tecnologia em sua prática, estimulando-a, inclusive, a querer compartilhar o conhecimento adquirido com outros profissionais. Na segunda etapa, aprofundamos a compreensão da incorporação de avanços tecnológicos pelo enfermeiro, por acreditarmos que é fundamental o entendimento desse processo para melhoria da capacitação do enfermeiro, considerando que as inovações estão cada vez mais presentes na sua realidade. Percebemos que há inúmeros fatores que podem favorecer ou dificultar a incorporação de novas tecnologias e que precisam ser estudados em profundidade. Na tentativa de manter a aplicação da inovação tecnológica em sua prática, a enfermeira encontra barreiras relacionadas à falta de apoio da instituição e a permanência de dificuldades pessoais relacionadas ao procedimento. Apesar disso, mantém-se motivada em razão dos benefícios que percebe para o cliente e para seu desenvolvimento profissional. A categoria *Tentando adaptar-se para superar as dificuldades* é explicativa das ações realizadas pela enfermeira para promover a continuidade do uso do US na prática clínica. As subcategorias que a compõem revelam a maneira pela qual a enfermeira mantém essa motivação: *modificando a técnica de punção venosa periférica e arterial; modificando a abordagem da criança e família; estabelecendo critérios para utilização do US, ampliando o uso do equipamento e buscando atualização contínua.* **Conclusão:** O desafio para promover uma prática segura e benéfica à criança e família, minimizando o estresse e a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

ansiedade causados pela punção venosa periférica é relevante na motivação da enfermeira para buscar a aplicação de inovação tecnológica em sua prática. Para que consiga implementar é preciso enfrentar o despreparo e modificar crenças e valores pessoais que favoreçam sua adaptação. O envolvimento dos profissionais em grupos de estudos e pesquisa revelou que o ambiente é uma fonte de estímulos para o desenvolvimento e a aplicação de inovações. Porém, a incorporação de uma inovação tecnológica se revelou como um processo complexo que depende de elementos pessoais e institucionais, necessitando de um esforço conjunto dos gestores, da equipe de saúde e dos enfermeiros para promover a superação das dificuldades experienciadas durante a implementação do US na prática clínica.

Palavras-chave: difusão de inovação; tecnologia; enfermagem; cateterismo periférico/enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: experiência da
criança com câncer portadora de port-a-cath expressa em sua brincadeira***

Circéa Amalia Ribeiro[†]
Rosa Maria Coutinho[‡]
Vanessa Silva Souza[§]
Talita Ferreira de Araújo^{**}

Introdução: O câncer infantil corresponde a um grupo de doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Representa uma importante causa de morbimortalidade no Brasil, com incidência crescente de aproximadamente 1% ao ano, sendo a terceira causa de morte na população abaixo de 14 anos, inferior apenas aos acidentes e outras causas externas. Suas formas mais comuns são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central, os linfomas e os tumores renais. O progresso no seu tratamento tem sido satisfatório nas últimas décadas, de modo que, atualmente, 70% das crianças podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados. No tratamento quimioterápico, a via intravenosa é a mais utilizada em relação às terapias oral, intramuscular e subcutânea, por ser mais segura no que se refere ao nível sérico da droga e à sua absorção. Em compensação, ocorrem complicações locais associadas à administração dos quimioterápicos por veia periférica, como flebite, urticária, vasoespasmos, dor, eritema, descoloração ou hiperpigmentação venosa e necrose tecidual secundária ao extravasamento especialmente quando se usam drogas vesicantes e irritantes. Buscando prevenir essas complicações, têm sido implantados cateteres venosos centrais do tipo Port-a-Cath. Estes são dispositivos de borracha siliconizada, cuja extremidade distal se acopla a uma câmara puncionável, que deve permanecer sob a pele, embutida em uma loja no tecido subcutâneo da região torácica, sobre uma superfície óssea, sendo um cateter totalmente implantado em procedimento no centro cirúrgico. Costuma ter boa aceitação pelos pacientes por não requerer cuidados domiciliares e ter mínima interferência na auto-imagem, uma vez que o dispositivo não se exterioriza. Apesar dessas vantagens, sua implantação pode determinar complicações imediatas e mediatas, além de continuar exigindo a punção percutânea, o que ocasiona desconforto e tensão à criança. Assim, ressaltamos a importância de ela ser preparada para esse, como para os demais procedimentos intrusivos aos quais é submetida ao longo de todo tratamento oncológico. Como recurso para esse preparo destaca-se o Brinquedo Terapêutico (BT), uma modalidade de brincadeira que se baseia na função catártica do brinquedo e tem sido utilizado pelos enfermeiros não só como um meio de alívio para as tensões impostas à criança, mas também como uma possibilidade de comunicação pela qual podem dar explicação e receber informações a respeito do que as situações significam para a criança, além de ser um instrumento de preparo para os procedimentos. Há três tipos de BT: Dramático ou Catártico (BTD), que permite descarga emocional; Instrucional que objetiva explicar os procedimentos à criança e Capacitador de Funções Fisiológicas que visa preparar

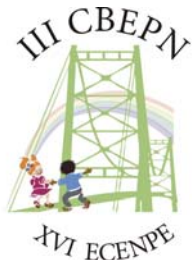
* Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, vinculado ao Grupo de Estudos do Brinquedo – GEBrinq.

[†] Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Pesquisadora líder do GEBrinq. Endereço: Rua Cipriano Barata, Nº 1451, Apto 194A, Bairro Ipiranga, São Paulo – SP, CEP:04205-001. E-mail: caribeiro@unifesp.br

[‡] Mestre em Enfermagem. Enfermeira com função de auxílio ao ensino do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Membro do GEBrinq.

[§] Enfermeira do Hospital Santa Paula. Ex-Graduanda em Enfermagem da UNIFESP.

^{**} Enfermeira do Instituto de Oncologia Pediátrica. Ex-Graduanda em Enfermagem da UNIFESP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

a criança para utilizar plenamente suas capacidades fisiológicas. Sensibilizadas com a situação da criança com câncer que possui o Port-a-Cath e é, freqüentemente, submetida à punção do mesmo, realizamos este estudo esperando contribuir para melhor compreensão do significado dessa vivência para a criança e gerar subsídios que possam embasar ações de assistência de enfermagem, além de atender a Resolução 295/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, que preconiza a utilização pelo enfermeiro pediatra, do brinquedo/ brinquedo terapêutico, na assistência à criança e família. **Objetivos:** compreender como é para a criança com câncer a vivência de ser portadora do Port-a-Cath a partir de suas manifestações numa sessão de BTB e propiciar a ela um meio de alívio. **Metodologia:** Estudo descritivo, de natureza qualitativa, abordagem que se preocupa com a realidade que não pode ser quantificada, pois se aprofunda no mundo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações e combina as naturezas científica e artística da enfermagem, aumentando a compreensão das experiências de vida e da saúde humana, com relevância direta para a prática profissional. Realizou-se no ambulatório de um hospital especializado em oncologia pediátrica, do Município de São Paulo, conveniado a uma universidade pública para fins de ensino e de pesquisa. Antes de seu início, o projeto foi autorizado por essa instituição e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Processo Nº.0980/07); os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as crianças foram consultadas, participando da pesquisa apenas aquelas que aceitaram brincar. Os sujeitos foram seis crianças escolares de ambos os sexos, com idade entre seis e nove anos e uma adolescente de 14 anos que já haviam vivenciado a experiência da punção do cateter, que compareceram ao ambulatório de quimioterapia da referida instituição e estavam em condições de brincar. O número de sujeitos foi determinado pelo processo de saturação, que ocorre quando os dados se tornam repetitivos, permitindo a compreensão do fenômeno estudado. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2007 e foi mediada por uma sessão de BTB individual conduzida por duas graduandas de enfermagem, de acordo com a técnica preconizada. Os brinquedos utilizados foram: bonecos de pano representativos da família, profissionais de saúde e animais domésticos; objetos de uso para procedimentos variados, como seringa, agulha, port-a-cath, e outros; objetos de uso doméstico, carro, telefone, mamadeira, material de desenho e pintura. Os comportamentos e interações ocorridos nas sessões foram observados, anotados e gravados em fita K-set; enquanto uma aluna conduzia a sessão, a outra realizava as anotações. As sessões foram transcritas na íntegra, para serem analisadas. Realizou-se análise qualitativa do conteúdo das sessões de BTB, conforme descrito por Mayan, seguindo as etapas de codificação e categorização, buscando a construção das categorias temáticas representativas do fenômeno estudado. A codificação é o processo de identificação de palavras, frases, temas ou conceitos persistentes nos dados, a fim de reconhecer aqueles com potencial analítico, que sejam significativos para atender aos objetivos do estudo. A categorização consiste na releitura dos códigos, classificação e agrupamento dos mesmos por similaridade, segundo suas características conceituais, determinando as categorias temáticas. **Resultados:** Os achados reiteraram o quanto os procedimentos intrusivos geram ansiedade, preocupação, medo e dor às crianças, assim como permitiram compreender que elas reconhecem a importância dos procedimentos, dos medicamentos, da realização dos exames físico e laboratoriais para o seu tratamento; que reconhecem as vantagens da utilização do Port-a-Cath, mas enfatizam que sua utilização é fonte de ansiedade, limitações e preocupações, especialmente as relacionadas ao risco de infecção, e que se sentiram felizes, confortadas e fortalecidas com o brincar. Essa vivência encontra-se expressa nas seguintes categorias temáticas e em suas subcategorias: 1. Vivenciando o medo e o desconforto da punção do Port-a-Cath e outros procedimentos intrusivos: -Puncionado o Port-a-Cath, -Tendo medo do desconhecido, -Sentindo dor, -



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Convivendo com limitações, -Fazendo curativo, -Realizando a punção periférica; 2. Reconhecendo a importância e a necessidade do tratamento e do Port-a-Cath: - Reconhecendo as vantagens do Port-a-Cath, -Relacionando a melhora clínica aos procedimentos, -Relacionando o medicamento à melhora dos sintomas, -Reconhecendo a necessidade dos exames laboratoriais para avaliação da doença e da terapêutica, - Reconhecendo a importância do exame físico para a avaliação do tratamento; 3. Preocupando-se com o risco de infecção relacionado ao Port-a-Cath; 4. Sentindo-se feliz, confortado e fortalecido pelo brincar: - O brincar promovendo satisfação e prazer, -O brincar proporcionando conforto e alívio, -O brincar possibilitando o controle da situação.

Considerações finais: Embora os dados tenham revelado que o Port-a-Cath proporciona muitos benefícios à criança, sua utilização não exclui que ela experiencie preocupações, medos e ansiedade relacionados ao seu uso. Assim, por acreditamos que a criança deva ser assistida de forma holística, reafirmamos a importância de o BT integrar a assistência de enfermagem às crianças com câncer, devido à grande quantidade de procedimentos intrusivos e dolorosos a que são submetidas durante o prolongado período de tratamento e aos riscos potenciais da doença e da terapêutica a que são expostas. Ressaltamos que este é um estudo inicial, podendo ser aprofundado para que essa vivência, e outras que acompanham a criança com câncer e sua família, sejam mais bem compreendidas, oferecendo subsídios à implementação de intervenções voltadas à maior qualidade de vida dessa população, no decorrer de seu tratamento.

Palavras-chave: jogos e brinquedos, procedimentos clínicos, enfermagem oncológica, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O contato pele a pele imediato ao nascimento a reatividade à dor dos recém-nascidos durante a vacina contra Hepatite B

Raquel Bosquim Zavanella Vivancos*
Carmen Gracinda Silvan Scochi†
Cláudia Benedita dos Santos‡
Adriana Moraes Leite§

Introdução: O contato pele a pele imediato entre mãe e recém-nascido (RN) constitui-se em procedimento indispensável no cuidado ao momento do nascimento, quando se trabalha sob o enfoque da humanização. Estudos atuais mencionam os efeitos proporcionados por esta terapêutica, no alívio da dor aguda em recém-nascidos (RN), porém, faz-se necessário estudar tais efeitos no momento do nascimento. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é testar o efeito tardio do contato pele a pele ao nascer, no alívio à dor dos RN, durante a administração da vacina contra Hepatite B. **Metodologia:** Trata-se de estudo comparativo com delineamento quase-experimental. A pesquisa foi realizada em uma maternidade do interior do Estado de São Paulo, campo de ensino, pesquisa e extensão da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após avaliação e autorização da Comissão de Ética em Pesquisa designada pela instituição, recebendo aprovação - Protocolo 0863/2007. Dessa forma, foram tomados os cuidados explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 196/96. Todos os binômios foram incluídos no estudo somente após autorização da parturiente, com conhecimento e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Os RN pertenceram a dois grupos, sendo que, o grupo A permaneceu em contato pele a pele com sua mãe por 15 minutos após o nascimento, e, o grupo B, foi diretamente encaminhado ao berço aquecido. Foram utilizados como indicadores comportamentais a mímica facial foi utilizada como indicador de dor, tendo por base a escala NFCS (*Neonatal Facial Activity Coding System* – Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal), o estado de sono-vigília incluindo os estados: sono profundo, sono ativo, sonolência, alerta quieto, alerta ativo e choro, o tempo de choro e os reflexos de moro. Foram avaliadas as frequências cardíacas como parâmetros fisiológicos de avaliação da dor como um dado complementar. Manifestações comportamentais como estado de sono-vigília, NFCS adaptada, tempo de choro e reflexos de Moro, foram filmados nas fases pré-injeção, procedimento (anti-sepsia, punção, injeção e compressão) e recuperação. A frequência cardíaca (FC) foi registrada desde a fase pré-injeção até o final da recuperação. Para a captação das imagens dos RN foi utilizada uma câmera SONY - Digital Handcan – Modelo DCR-DVD 108, situada em um tripé posicionado lateralmente ao berço aquecido. Tal posicionamento garantiu o enquadramento da face, tórax e membros superiores do neonato, com nitidez e definição necessárias à avaliação das respostas comportamentais do mesmo. As

* Enfermeira Obstetra e Neonatal; Mestre em Enfermagem em Saúde-Pública pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

† Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil. Bolsista Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

‡ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

§ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil. Av. Bandeirante, 3900. E-mail: dileite@eerp.usp.br

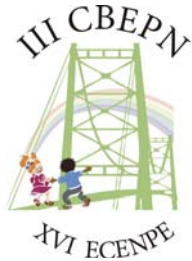


**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

imagens captadas foram gravadas em DVD e reproduzidas em televisor Philips de 29 polegadas e aparelho de DVD Hypson, modelo H827D. O registro da FC realizou-se através do monitor cardíaco POLAR – modelo RS 200, composto por uma unidade de pulso a qual registra e armazena os dados, e um transmissor codificado conectado a dois eletrodos de captação de frequência, localizados na região torácica do RN. Os dados armazenados pela unidade de pulso foram transmitidos ao *software Polar Weblink*, responsável pela apresentação das frequências médias solicitadas. A busca de dados no prontuário subsidiou o registro de informações como idade gestacional, tempo de trabalho de parto, utilização de analgesia intraparto, sexo do RN, peso de nascimento, APGAR do 1º e 5º minuto, entre outras. Tais informações foram importantes no sentido de se conhecer a homogeneidade entre e intragrupos, e relacionar os resultados encontrados. A normalidade das distribuições foi testada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Nas comparações dos scores da NFCS e FC utilizou-se ANOVA com medidas repetidas, possibilitando a análise intra e entre grupos. Para a variável estado de sono-vigília, na comparação entre os grupos, utilizou-se o teste Mann-Whitney. Na comparação intragrupos foi utilizado o teste de Friedman seguido de Wilcoxon para comparações múltiplas, com valor ajustado para o nível de significância, segundo número de comparações. Para variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado.

Resultados: Relacionado ao tempo de gestação, foi constatada diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos ($p=0,002$). A idade gestacional média para o grupo A foi de 272,4 dias ou 39 semanas, enquanto para o grupo B, os valores foram de 280,4 dias ou 40 semanas de gestação. Para o grupo A, a média de tempo para o procedimento (anti-sepsia, punção, injeção e compressão) foi de 30,3 e desvio-padrão de 0,8 segundos, enquanto que, para os RN pertencentes ao grupo B, o tempo médio foi de 32,3 com desvio-padrão de 0,7 segundos. Na análise da NFCS não houve efeito estatisticamente significativo da interação grupos e fases do estudo ($p=0,357$). Tal efeito também não foi observado na análise entre grupos, considerando-se todas as fases ($p=0,298$). Por outro lado, constatou-se efeito estatisticamente significativo na análise intragrupos, sendo que o valor médio da NFCS na fase de procedimento, diferiu das médias nas fases pré-injeção e recuperação ($p=0,000$), considerando os grupos como um todo. Com relação ao estado de sono-vigília, não foi constatada diferença estatisticamente significativa entre os valores medianos dos grupos durante as três fases ($p=0,29$; $p=1,0$; $p=0,14$). Na análise intragrupo houve diferença significativa entre as fases de pré-injeção e procedimento ($p=0,000$), bem como entre as fases de procedimento e recuperação ($p=0,000$). Quanto ao tempo de choro, os testes não mostraram significância estatística para as diferenças constatadas entre grupos para todas as fases ($p=0,18$; $p=0,57$; $p=0,51$). O grupo A apresentou mais episódios de reflexos de Moro durante todas as fases, sendo tal diferença, significativa entre os grupos ($p=0,02$; $p=0,04$; $p=0,01$). Na análise da FC, os valores médios foram maiores no grupo A em todas as fases. Não houve diferença estatisticamente significativa da interação grupos e fase do estudo ($p=0,933$), na análise intragrupos ($p=0,075$) e entre grupos ($p=0,332$). **Conclusão:** Não foi constatado estatisticamente o efeito tardio do contato pele a pele, na diminuição dos indicadores comportamentais e fisiológico de reatividade à dor, durante a administração da vacina contra Hepatite B. No entanto, os resultados apontam o momento de contato como de intensa modulação comportamental para os RN. Separados das mães após o período de contato, os RN choraram mais, apresentaram maiores escores do NFCS, de FC e de reflexos de Moro, sendo estes, estatisticamente significativos. Desta forma, ainda que o tratamento estatístico não tenha encontrado diferenças entre os grupos, clinicamente foram observadas mais alterações comportamentais e fisiológica no grupo que esteve em contato, sendo em seguida retirado da mãe.

Palavras-chave: contato pele a pele; dor; recém-nascido; hepatite B; enfermagem neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Níveis de ruído de incubadoras em situações experimentais de manejo:
subsídios para o cuidado em unidades neonatais**

Andreza Monforte Miranda*
Carmen Gracinda Silvan Scochi†
Claudia Benedita dos Santos‡
Adriana Moraes Leite§

Introdução: O aumento da probabilidade de ocorrência de problemas auditivos entre os recém-nascidos (RN) de alto risco é devido a causas hereditárias, doenças congênitas, problemas perinatais e, também, pela poluição sonora existente nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Pensar nos efeitos nocivos do ruído aos recém-nascidos (RN) com saúde debilitada se torna cada vez mais necessário devido aos avanços tecnológicos, ao aumento da sobrevivência dos RN de baixo peso, com maiores períodos de hospitalização. A poluição sonora é constante nas UCIN, devido à circulação de pessoas e pelo uso e checagem de equipamentos de suporte à vida como a incubadora. O ruído produzido dentro da incubadora pode causar uma deficiência auditiva (DA), tanto por um efeito lesivo nas células ciliadas do órgão de Córti, ou por um mecanismo indireto de hipóxia, causada pela hipertensão endocranial provocada pelo choro induzido pelo ruído ou qualquer outro estímulo sonoro. Visto a importância da audição para o desenvolvimento infantil, é relevante a prevenção da DA neste grupo populacional através de ações educativas do diagnóstico e intervenções precoces. Buscando contribuir para a melhoria da assistência ao RN e instrumentalizar as transformações na prática assistencial em unidades neonatais subsidiando programas de conscientização dos profissionais da área da saúde sobre o manejo do ruído nos cuidados ao RN prematuro. **Objetivo geral:** Avaliar os níveis de ruído das incubadoras das unidades neonatais de um hospital universitário de Ribeirão Preto, SP, em situações experimentais de manejo. **Método:** Trata-se de estudo quantitativo do tipo quase-experimental, realizado com 20 incubadoras das unidades neonatais de um hospital universitário de Ribeirão Preto, SP, que se encontravam disponíveis durante o período de coleta de dados. O período de coleta foi de agosto a setembro de 2008. As incubadoras foram divididas em três grupos (1, 2, 3), conforme a marca, o modelo, tempo de uso e situação de manejo. As medidas foram realizadas sem a presença do RN, em uma sala afastada do fluxo rotineiro das unidades neonatais. Foi utilizado um dosímetro, modelo Quest 400, com o microfone fixado dentro da incubadora para mensurar o Nível de Pressão Sonora (NPS). Foram realizadas as mensurações dos níveis de ruído contínuo (funcionamento do motor, alarme soando, pulso oxímetro e bomba de infusão sobre a cúpula e seus alarmes) e de impacto (manipulação da portinhola e ato de colocar o frasco de álcool gel sobre a cúpula) nas incubadoras. Os ruídos de impacto foram analisados nos modos de manipulação cuidadoso e brusco. As medidas com o pulso oxímetro, bomba de infusão e o ato de colocar o frasco de álcool gel sobre a cúpula foram repetidas com a presença do cueiro sobre a cúpula

* Fonoaudióloga; Mestre em Enfermagem em Saúde-Pública pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

† Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil. Bolsista Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

‡ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

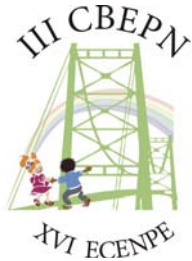
§ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil. Av. Bandeirante, 3900. E-mail: dileite@eerp.usp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

da incubadora. Os valores mensurados de L_{eq} , L_{max} , L_{min} dos ruídos contínuos e os valores de L_{peak} dos ruídos de impacto foram analisados por meio dos valores medianos, mínimos e máximos. Os parâmetros utilizados para comparação seguiram os níveis recomendados pelas normas internacionais de L_{eq} 45dBA NPS e pela norma nacional de L_{eq} 60dBA NPS como o nível de ruído permitido dentro da incubadora durante o funcionamento normal e L_{eq} 80dBA NPS para alarmes soando. Para analisar as possíveis diferenças durante a força empregada pela auxiliar de pesquisa durante as manipulações, foi utilizado o teste não paramétrico de Friedman ($K > 2$ amostras dependentes), com nível de significância $\alpha = 0,05$. Os níveis de ruído encontrados nas incubadoras foram transferidos para um computador e analisados segundo comparação com os valores permitidos acima citados. **Resultados:** Os valores medianos gerais dos três grupos encontrados para ruído contínuos foram: L_{eq} de 55,2dBA para ruído de funcionamento das incubadoras; L_{eq} 65,5dBA para alarme da incubadora; para pulso oxímetro e alarme e bomba de infusão e seu alarme os L_{eq} foram: 54,7dBA, 58,4dBA, 53,9dBA e 66,1dBA NPS, respectivamente. O nível de ruído de funcionamento das incubadoras, do grupo 3, foi o nível menos intenso (L_{eq} de 51,6dBA NPS) encontrado entre os grupos, sendo esse grupo constituído pelas incubadoras mais novas com dois anos de uso. Por outro lado, o grupo 2, mesmo não tendo sido constituído pelo grupo das incubadoras mais antigas da instituição (três anos de uso), apresentou os níveis mais intensos de funcionamento do motor (L_{eq} de 56,5dBA NPS). O valor menos intenso encontrado referiu-se a uma incubadora do grupo 3 (L_{eq} 49,7dBA NPS), mas ainda não é um nível adequado para ruído em incubadoras segundo a norma internacional, sendo obtido apenas uma incubadora do grupo 2 e uma incubadora do grupo 3 com níveis acima do recomendado pela ABNT. Quanto ao ruído produzido pelos alarmes das incubadoras, o menor nível encontrado foi um L_{eq} de 53,3dBA NPS de uma incubadora do grupo 3 e o maior foi um L_{eq} de 75,4dBA NPS de uma incubadora do grupo 2. Lembrando que o grupo 2 não é o grupo das incubadoras mais antigas. À semelhança dos resultados obtidos acerca do ruído contínuo de funcionamento das incubadoras, verificou-se que o grupo 2 gerou níveis mais intensos e o grupo 3 menos intensos, obtendo-se L_{eq} mediano de 67,4 e de 60,3dBA NPS, respectivamente. Assim, o grupo 2 de incubadoras gerou níveis com 7,1dBA mais intenso que o do grupo 3 e 3,4dBA mais intenso que o grupo 1. Com cueiro, os valores nessas situações foram: 54,0dBA, 57,8dBA, 55,1dBA e 61,7dBA NPS, respectivamente. Todos L_{max} medianos de cada grupo nas situações anteriormente descritas estiveram acima de 65dBA e os L_{min} acima de 47dBA. Os ruídos de manipulação alcançaram valores de L_{peak} medianos gerais para os três grupos de 91,2dBA e 97,9dBA NPS para abrir a portinhola nos modos cuidadoso e brusco e 91,5dBA e 109,5dBA NPS ao fechar cuidadoso e brusco a portinhola, respectivamente. Os níveis atingidos ao colocar o álcool gel sobre a cúpula no modo cuidadoso com e sem cueiro variaram de 89dBA a 89,6dBA NPS e no modo brusco com e sem cueiro de 107dBA a 107,7dBA. **Conclusão:** Os níveis gerados pelas incubadoras e seus alarmes estão abaixo daquele recomendado pelas normas nacionais, mas acima da norma internacional. A presença de equipamentos sobre a cúpula e seus alarmes soando não intensificaram os níveis de ruído nas incubadoras, com exceção do alarme da bomba de infusão. Os níveis de ruído produzidos pela manipulação da incubadora e o ato de colocar o álcool gel sobre a cúpula foram intensos e o modo cuidadoso foi um recurso para diminuir os níveis sonoros. De um modo geral, o uso do cueiro não reduziu o ruído gerado pelos equipamentos sobre a cúpula e nem o ruído gerado pelo ato de colocar o álcool gel sobre a cúpula.

Palavras-chave: ruído, incubadoras, ruído, enfermagem neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O primeiro contato entre mãe e bebê, clampeamento tardio do cordão umbilical e amamentação precoce no parto domiciliar planejado

M.F. Calvette*
J.G. Koettker†
V.S. Collaço‡
J. Silva§

Introdução: O momento do nascimento para grande parte da população mundial é envolto de muita alegria, marco divisor de águas no que se refere aos papéis dentro da família, ou seja, nos significados futuros de gênero masculino e feminino. A mulher agora ganha o status de mãe e quer segurar o bebê em seus braços, reconhecer o Ser que carregava em seu ventre, olhando-o nos olhos, sentindo seu cheiro e observando todo o seu corpinho e imediatamente após colocando-o ao seio não só para alimentá-lo, mas também de forma inconsciente para fortalecer as ligações afetivas criando um vínculo e uma interdependência mãe-bebê. O homem, pai a partir de então, vê-se diante do bebê concreto, real, que percebia através do crescimento da barriga de sua companheira e que finalmente pode tocar e sentir. Nessa nova dinâmica familiar, o apoio masculino à amamentação pode ser um diferencial do homem moderno, e para a mulher culmina como ponto forte no exercício de todas as capacidades femininas ou seja, amar, gerar, gestar, parir e nutrir. As rotinas hospitalares e a ansiedade profissional pode interferir negativamente esse primeiro contato entre mãe e bebê. Na maioria das instituições, mesmo o bebê nascendo em boas condições, o cordão é clampeado precocemente e retirado de perto de sua mãe para que se possa realizar os primeiros cuidados com o recém nascido. As rotinas são supervalorizadas, sendo que este primeiro contato entre mãe e bebê e amamentação prejudicados. Percebemos que esta conduta está também muito relacionada à ansiedade profissional de avaliar o recém nascido, e vê-lo chorar rapidamente logo que nasce, o que ocorre quando o cordão umbilical é clampeado precocemente. A mãe que passou por todo esforço do trabalho de parto e quer logo pegar o bebê em seus braços e reconhecê-lo, muitas vezes não tem esse oportunidade logo que o bebê nasce, sendo que só o vê depois que ele já está de banho tomado, vestido, na sala de recuperação. No Brasil e em outros países o contato pele a pele e o incentivo ao aleitamento materno têm sido estimulados através da iniciativa do Hospital Amigo da Criança e norteado pelo cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. A busca das gestantes e casais grávidos pelo parto domiciliar planejado tem aumentado. Eles estão em suas casas durante o momento do nascimento, seu ambiente, onde sentem-se mais confortáveis e seguros. Procuram um nascimento com o mínimo de intervenções possíveis, com mais tranquilidade e harmonia. A equipe Hanami, enfermeiras que atendem ao parto domiciliar planejado, procura estar como facilitadora durante o momento do nascimento,

* Enfermeira especializanda em Obstetrícia e neonatologia pela UNISUL. Membro GRUPESMUR. Membro da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida. End: Rod Dr Antonio Luiz Moura Gonzaga, 2634, Rio Tavares, Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88048-300. E-mail: mcalvette@gmail.com

† Mestranda na UFSC, Enfermeira Obstetra Assistencial da Maternidade Carmela Dutra. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR) da UFSC. Membro da ABENFO-SC. Membro da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida.

‡ Dda Enfermagem na UFSC. Enfª do CO HU/UFSC. Membro do Grupo GRUPESMUR. Membro da ABENFO-SC. Profª da Disciplina de Materno-Infantil da UNISUL, Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal; Membro e Coordenadora da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida.

§ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Centro Obstétrico do HU/UFSC. Membro do GRUPESMUR. Professora da Disciplina de Materno-Infantil da UNISUL e Membro da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sendo a mulher a principal protagonista. **Objetivo:** Relatar sobre o contato entre mãe e bebê, clampeamento tardio do cordão umbilical e amamentação precoce no parto domiciliar planejado assistido pela Equipe Hanami. **Método:** Relato de Experiência dos partos domiciliares planejados atendidos pela equipe Hanami baseado nos registros em prontuário e vídeos dos partos domiciliares de 75 mulheres entre os anos de 2002 a julho de 2009. **Resultado:** No parto domiciliar planejado assistido pela equipe Hanami, logo que o bebê nasce, vai diretamente ao colo de sua mãe, onde sente aconchego e amor, trazendo ao bebê segurança e tranquilidade. Muitas vezes a parturiente ou o companheiro trazem o bebê para seu colo logo que nasce sem a enfermeira obstetra precisar fazê-lo. O cordão umbilical permanece íntegro, onde o bebê tem a oportunidade de continuar recebendo oxigênio, sangue e nutrientes provenientes da placenta, que continua inserida no útero materno. O bebê então, pode fazer a transição para o ambiente extra uterino com mais tranquilidade, não tendo a obrigação de respirar rapidamente quando nasce, pois continua a receber oxigênio do cordão umbilical e respirando ao mesmo tempo. Percebemos que muitos bebês não dão aquele choro estridente, pelo corte precoce do cordão umbilical, muitos resmungam ou choram um pouco e logo param, pela tranquilidade que é proporcionada neste momento. A maioria dos bebês inicia a amamentação de imediato, enquanto outros preferem descansar antes de mamar, como algumas mães desejam tomar banho antes de amamentar. O cordão umbilical é clampeado e cortado após a saída da placenta, pela mulher ou por uma pessoa significativa, sendo a ligação entre mãe e bebê cortada naturalmente, no tempo de cada um. O bebê então fica em contato pele a pele desde o nascimento até ter mamado ou até quando a mulher desejar. Depois que os cuidados e exame do recém nascido são realizados. Essa dinâmica não interfere no processo da amamentação, pois já foi mantido o contato pele a pele, o bebê permaneceu ligado pelo cordão umbilical à sua mãe até a dequitação já houve o reconhecimento tátil, olfativo e visual. No parto domiciliar vivenciamos o resgate do eu-família, eu-mulher, eu-homem, eu-bebê e imbuídos de uma filosofia de respeito a crenças e valores desse contexto, é que nos inserimos enquanto profissional, não interferimos na questão biológica vivenciada por todos os mamíferos nesse caso restrito representado pela mulher que tem o seu bebê ao colo imediatamente após o seu nascimento, antes do corte do cordão umbilical. Acreditamos que a mulher tem o direito e pode figurativamente lambar a sua cria, e dar início a todo um processo que nos escapa as leis dos homens e desencadear livremente a cascata hormonal que se inicia com a sucção e liberação do leite, ciclo ocitocinaprolactina. Respeitando esse momento único de descobrimento mútuo, colaboramos diretamente na manutenção do aleitamento materno e porque não dizer na adaptação precoce da mulher a esse novo papel que é instintivo nessa maternagem. **Conclusão:** O profissional que assiste o parto domiciliar planejado, deve trabalhar com uma metodologia focada à humanização do parto, garantindo os direitos da mulher, e família e o aleitamento materno tem caráter amoroso, protetor e restrito a dinâmica dessa nova família e sendo uma interface do processo parturitivo, sendo garantido pela privacidade da mulher, o seu empoderamento e o papel do profissional que é assistir e somente intervir quando necessário. Várias são as situações novas que exigem esforço físico e psicológico da mulher, o aleitamento materno é um fenômeno natural que precisa ser vivenciado de uma maneira tranqüila e privativa. As rotinas hospitalares e os profissionais podem interferir negativamente no contato pele a pele e amamentação precoce, quando não há observância dos requisitos exigidos dentro desse programa idealizado pela OMS/UNICEF, ou seja, o uso inadequado ou excessivo da tecnologia e medicalização nos processos parturitivos, aliado ao poder exercido pelo profissional, com práticas castradoras que tiram o poder da mulher no seu papel natural e a afastam de seu companheiro, elo de ligação a estrutura social da mulher.

Palavras-chave: aleitamento materno, parto domiciliar, enfermeira obstetra.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Desvelando o sono do neonato na unidade de terapia intensiva neonatal

Edilene Alves de Oliveira*
Evani Cardoso da Silva†
Luciane Silva Rosa*
Maria das Graças Barreto da Silva‡

Introdução: A especialidade de neonatologia bem como a enfermagem neonatológica nos últimos anos vem passando por transformações profundas e necessárias. Com isso, a mortalidade neonatal tem diminuído de forma bastante marcante. Nas maternidades, os berçários que inicialmente se constituíam em unidades de recepção, e permanência principalmente para cuidados e observação do período de adaptação do neonato a vida extra uterina, converteram-se em unidades de cuidados intensivos, possibilitando a sobrevivência de bebês recém-nascidos-RN cada vez mais prematuros e com risco de agravos a saúde, seja pela presença de patologias, por malformações ou ainda pela prolongada permanência, associada muitas vezes a necessidade de terapêutica clínica complexa, com equipamentos e aparatos tecnológicos, em um ambiente repleto de luzes intensas, com sons ruidosos frequentes e profissionais em intensa atividade. Por outro lado, é inegável que a monitorização veio permitir que a equipe possa ter mais tempo livre para dedicar-se a outras tarefas também importantes como, por exemplo, manter um relacionamento mais interativo com a família e melhorar o seu desempenho de uma forma global. Essas mudanças trouxeram conseqüências ao contexto de prática profissional, em relação as funções desempenhadas pelas enfermeiras e toda equipe de saúde, solicitando reflexões. Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal-UTIN, de um hospital de assistência, ensino e pesquisa, onde atuamos em equipe multiprofissional, com a oportunidade de trocas de conhecimentos, buscamos planejar as rotinas de maneira dialogada para que propiciem benefícios e melhora na qualidade da assistência prestada ao neonato, o que vêm nos possibilitando construir o cuidado numa perspectiva holística. Por necessidade da terapêutica clínica os neonatos são bastante manipulados, em especial num hospital-escola, onde a equipe multiprofissional é composta por docentes, enfermeiros, com sua equipe, pelos médicos e também pelos fisioterapeutas, além dos residentes, estagiários e todo o pessoal de apoio como: os técnicos de RX e de nutrição, contando ainda com as especialidades como a fonoaudiologia, a genética e a clínica cirúrgica, dentre outros. Há tempos, a manipulação intensa ao neonato internado, objeto de preocupação dos membros da equipe multiprofissional, levou a implantação do *Projeto Soninho*. Inicialmente a proposta foi configurada em um grupo de estudos composto por enfermeiras neonatologistas e demais membros da equipe de enfermagem, por médicos neonatologistas e também pelas fisioterapeutas da unidade. Vislumbrando diminuir o estresse para o bebê, a partir da redução dos ruídos do ambiente da unidade, buscou-se também organizar os cuidados prestados com o intuito de manipulá-lo o mínimo necessário, permitindo assim, intervalos de repouso ao bebê, procurando propiciar uma evolução clínica e desenvolvimento adequados. Diante dessa realidade, sensibilizadas pela proposta e inseridas no curso de especialização em enfermagem pediátrica e neonatológica, ficamos

* Enfermeiras Assistenciais da UTIN do Hospital São Paulo- UNIFESP.

† Enfermeira Assistencial da Unidade Pediátrica do Hospital São Paulo – UNIFESP.

‡ Orientadora, Docente da Disciplina de Enfermagem Pediátrica. Coordenadora do Projeto de Extensão Grupo de Massagem e Estimulação de Bebês-GMEB. Pesquisadora do Grupo de Estudos em Puericultura- Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/CNPq. Integrante da Cadeira Interinstitucional Joel Martins: PUC/SP – UFSCAR – UNIFESP – FASM. Rua Napoleão de Barros, 874 / apto.41. Cep: 04024-002 V. Clementino, São Paulo. E-mail: silva.barreto@unifesp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

mobilizadas a desenvolver uma trajetória de pesquisa em busca da compreensão do sono dos neonatos, indagando como e quando eles dormem, e ainda, como ocorre a atenção a esta necessidade básica no ambiente hospitalar? **Metodologia:** A fenomenologia foi escolhida como recurso de análise qualitativa por permitir que o estudo com o delineamento das características do fenômeno situado, seja constituído pelos próprios sujeitos investigadores neste caso, pelas enfermeiras assistenciais da UTIN de um hospital público. Essa abordagem metodológica é adequada para a enfermagem por considerar a pessoa inserida em seu contexto de vivências no dia-dia, respeitando a complexidade e amplitude que permeiam os fenômenos das relações humanas. Assim, ao pretender investigar o cotidiano, para ir além do mundo das aparências e dos conhecimentos teóricos, buscamos como enfermeiras, nos aproximar da experiência de sono dos neonatos internados na UTIN para apreendê-la sob novas perspectivas, a partir de sua dimensão existencial. **Objetivo:** observar o sono dos neonatos na rotina diária da UTIN; descrever o comportamento dos neonatos em resposta a seguinte questão norteadora: *como é o sono dos neonatos internados na UTIN?* **Trajетória Metodológica:** A observação de dois neonatos-convalescentes ocorreu nas situações de sono-reposo e vigília nos plantões da manhã, tarde e noite. Como o número de participantes do estudo fica condicionado à compreensão do fenômeno investigado, as descrições foram finalizadas quando começaram a evidenciar conteúdos significativos para o desvelamento do fenômeno. Com a redução fenomenológica, no primeiro momento fizemos a leitura das descrições das observações como um todo, a fim de chegar ao sentido mais geral do que estava sendo descrito. Na sequência buscou-se detectar as expressões das unidades de significado em resposta a questão norteadora. As convergências apontaram os invariantes das unidades de significado, os quais nos encaminharam as construções temáticas. **Resultados:** Os temas evidenciam o comportamento de sono dos neonatos no ambiente da UTIN, configurados em capacidades humanas de revelar-se em suas necessidades, expressar-se em suas emoções e responder a estímulos que assim se mostraram: *Expressões do bebê no momento do sono; Respostas do bebê quando é manipulado; Interação do bebê com o ambiente.* O desvelamento do fenômeno denota *como* as mudanças de estados comportamentais dos bebês ficam condicionadas aos diferentes estímulos externos, sejam eles humanos ou ambientais, durante as vinte quatro horas na UTIN. A capacidade precoce de adaptação e ajustamentos é indicada por comportamentos designados na vigília pelo olhar, pela oralidade, pela mímica facial, com caretas, sorrisos, além do choro de diferentes intensidades; por movimento de extensão corporal com estiramento dos membros de modo preguiçoso; com flexão alternada de extensão dos membros inferiores, como se incomodado com as interrupções do seu sono. Durante os estados de sono tranquilo e/ou profundo muitas vezes os estímulos não chegam a despertá-lo por completo, ameaça abrir os olhos, mas dorme novamente; já no sono ativo ameaça sorrir, engole a saliva, passa a mãozinha pelo rosto, abre e fecha a boquinha, mexe o corpinho, resmunga e dorme novamente; se encontra dormindo abrindo e fechando os olhos. As unidades de significado apontam que a equipe, enquanto prestadora de cuidados, na maioria das vezes, não percebe o bebê como um todo, desconsiderando se ele está dormindo ou acordado e mesmo se necessita de repouso, de períodos de sono tranqüilo, sem interrupções. Os afazeres da equipe multiprofissional, ainda um tanto desorganizados, quanto a possibilidade de agrupamento dos procedimentos, tornam impossível que o bebê possa permanecer em um estado comportamental organizado por tempo prolongado. Assim, o fenômeno desvelado revela que o sono do neonato segue as características da unidade, sendo interrompido constantemente, não tem a possibilidade de se estabelecer, em torno de ciclos, de maneira organizada. Como é requisitado de maneira constante, o neonato responde de diversas formas a essas manipulações, chorando ou resmungando, outras vezes com expressões faciais, corporais e até se habituando, a ponto de se proteger do excesso de estímulos. Com isso, a equipe na maioria das vezes não se dá conta



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

das respostas do bebê aos estímulos recebidos e como esse padrão de comportamento desorganizado pode interferir na evolução clínica do bebê. Desse modo, pensamos que estas respostas podem contribuir para a compreensão do conhecimento dos estados comportamentais como indicadores para uma observação que implique em reciprocidade, levando a considerá-las com atenção e respeito. Entretanto, se o bebê encontra-se em estado grave não existe como a terapêutica clínica não vir a ser soberana. Já, quando ele não corre risco de vida, por exemplo nascido prematuro mas, sem graves intercorrências, necessitando permanecer hospitalizado em observação, sob cuidados profissionais, ele poderá ser abordado em sua humanidade. Isto implica em repensarmos como as rotinas de cuidado estão organizadas, e se podem estar em função das necessidades dos bebês. **Conclusão:** A experiência em realizar este estudo possibilitou-nos conhecer em detalhes os comportamentos dos bebês observados, assim como a dinâmica diária da unidade, contribuindo para que tenhamos a certeza da necessidade de continuarmos desenvolvendo nosso trabalho em direção a humanização na UTIN. Compreendendo a necessidade de sono do bebê e sua relação com a qualidade da vigília, como sendo um momento de recuperação e restabelecimento da vitalidade necessária para o desempenho de suas competências e aprendizados diários, favorecendo uma interação humana. Assim, pudemos perceber as competências comportamentais do neonato diante de cada movimento na unidade, de cada estímulo por ele recebido direta ou indiretamente. Evidenciando o quanto o seu estado de sono é interrompido, variando mais ou menos no decorrer de cada plantão, devido às diferenças de ritmos e rotinas dos mesmos, levando-nos a conclusão que é uma necessidade básica que ainda não é atendida como requer. Buscando ampliar a nossa percepção da dimensão humana no relacionamento terapêutico, compreendemos que a qualidade da assistência de enfermagem ao neonato depende de uma abordagem que se insere na dimensão do cuidado desenvolvimental por meio do qual podemos relacionar o conhecimento e compreensão que nos profissionais possuímos sobre os fenômenos que cercam o comportamento humano desde o seu nascimento com a dinâmica hospitalar. Este estudo contribuiu para nossa formação profissional como enfermeiras pediatras e neonatais comprometidas com a qualidade de vida dos bebês e suas famílias, desempenhando um papel de responsabilidade em uma assistência humanizada.

Palavras-chave: enfermagem neonatológica, sono, unidade de terapia intensiva neonatal, fenomenologia, humanização.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

O cuidado realizado pela mãe de recém-nascido de risco em ambiente domiciliar

Alexandra de Souza^{*}
Vanessa Kátia Vargas[†]
Luciane Favero[‡]
Kátia Renata Antunes Kochla[§]

Introdução: Os avanços científicos e tecnológicos ocorridos nas últimas décadas contribuíram para a sobrevivência de crianças com idade gestacional e peso cada vez menor. O risco de morbidade desse grupo populacional, no entanto, tornou-se objeto de estudos e questionamentos, principalmente acerca da qualidade de vida e a continuidade dos cuidados prestados a essa criança após a alta hospitalar¹. O Ministério da Saúde considera fatores de risco para mortalidade ao nascimento: peso abaixo de 2,500 Kg, idade gestacional (IG) abaixo de 37 semanas, asfixia grave (Apgar menor que 7 no quinto minuto), crianças internadas em unidades de assistência ao recém-nascido (RN), necessidade de orientação especial para a alta hospitalar, histórico de morte de crianças menores de cinco anos na família, idade materna menor que 18 anos, RN de mãe com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), residir em área de risco². Durante o período gestacional, a maioria das mães alimenta a fantasia de um bebê perfeito, sonham com a amamentação, com os cuidados aos filhos, com a alta hospitalar e, finalmente, com a ida para casa levando seu bebê. Com o nascimento de um RN de risco, a realidade torna essas expectativas contraditórias³. Assim, percebe-se que sentimentos positivos, de felicidade, alegria e conforto podem ser seguidos de ansiedade perante o despreparo no cuidado com essa criança no domicílio⁴. A assistência domiciliar compreende as atividades assistenciais exercidas por profissionais de saúde e/ou equipe interprofissional no local de residência do cliente, tornando o cuidador o responsável pela continuidade da assistência⁵. Desta forma, durante o desenvolvimento do ensino clínico da disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, surgiu a preocupação e o interesse em conhecer como as mães de RN de risco cuidam de seus bebês em domicílio após a alta hospitalar, buscando identificar e compreender as dificuldades e necessidades que encontram. Assim, a questão que norteou este estudo foi: Como as mães cuidam de RNs de risco em ambiente domiciliar? Os **objetivos** foram: caracterizar os RNs de risco em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no período de Janeiro de 2008 à Fevereiro de 2009; verificar o cuidado realizado pela mãe de RN de risco em ambiente domiciliar; levantar dúvidas/dificuldades da mãe de RN de risco no domicílio; realizar cuidados e orientações durante as visitas domiciliares e propor recomendações à equipe de saúde competente para o seguimento de RN de risco em ambiente domiciliar. **Metodologia:** desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. A coleta de dados foi realizada em dois momentos. Inicialmente, realizou-se uma caracterização do perfil dos RNs de risco de uma UBS, localizada no

^{*} Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Rua: Luiza Verone Piccole, 437. Tingüi. Cep: 82600-220 Curitiba-PR. E-mail: aleali@hotmail.com

[†] Acadêmica do Curso de Enfermagem da UTP.

[‡] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano (NEPECHE-UFPR). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidar e Educar em Enfermagem da UTP. Docente da Disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente da UTP.

[§] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da UTP na Disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente. Docente da Universidade Positivo na Disciplina de Semiologia e Semiotécnica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

município de Curitiba-PR. A caracterização foi realizada com base no livro de registros das declarações de nascidos vivos, em que foi possível identificar 46 bebês nascidos no período compreendido entre Janeiro de 2008 e Fevereiro de 2009, sendo assim classificados: risco social: 21 neonatos; risco biológico: 21 bebês; risco social e biológico: 03 neonatos e uma criança com risco não declarado. Seguindo os critérios de inclusão: mães moradoras no território de abrangência da UBS que possuíssem filhos considerados de risco incluídos na caracterização inicial, nascidos entre o período de Novembro de 2008 e Fevereiro de 2009, sendo determinado como fator de risco para este estudo o risco social (baixa escolaridade materna, mãe com ensino fundamental incompleto) e/ou risco biológico (baixo peso a nascer, peso inferior a 2,500 Kg e ou IG menor que 37 semanas) presentes no domicílio durante o período estabelecido para a coleta de dados e que aceitassem participar da pesquisa, assinando, para isto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram delimitados 18 possíveis sujeitos da pesquisa. Como critérios de exclusão, elencaram-se: mãe menor de idade, desacompanhada, portadora de incapacidade mental, ter se mudado da área de abrangência da UBS, recusar-se a participar da pesquisa, impossibilidade de encontro da mãe no domicílio no período definido para a coleta dos dados. Desta forma, das 18 famílias que possuíam bebê nascido no período estipulado para a coleta de dados, 2 não foram localizadas; os números de telefone estavam incorretos em 6 casos; 4 mães se recusaram a participar do estudo e 6 famílias tornaram-se os sujeitos desta pesquisa. Em um segundo momento, agendou-se, via agente comunitário de saúde (ACS) e/ou via telefone, uma visita domiciliar para a realização da segunda etapa de coleta de dados. As visitas foram norteadas por questões orientadoras: como você cuida do bebê em casa? Existem dificuldades no cuidado ao bebê? Quais? Você tem dúvidas quanto a realização de algum cuidado ao bebê? Quais? Você já cuidou de outro recém-nascido antes? Se sim, como foi? Existe algo que possamos ajudar quanto ao cuidado com o bebê? O quê? As visitas aos domicílios aconteceram com duas pesquisadoras e a presença do ACS em que uma das pesquisadoras realizava a observação da visita e relatava os dados no diário do pesquisador. As visitas foram audiogravadas e posteriormente transcritas. O estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Tuiuti do Paraná, aprovado na data de 29/05/2009, sob o registro: Of. CEP-UTP nº 000009/2009. Os dados foram analisados por meio da análise temática proposta por Minayo⁶. **Resultados:** Com base nas transcrições das gravações efetuadas e do diário do pesquisador, seguindo a análise dos dados proposta, elegeram-se as seguintes categorias temáticas: a mãe compartilhando as dificuldades relacionadas à amamentação; dificuldades financeiras - uma barreira que dificulta a qualidade de vida e o melhor cuidado; a influência do risco social ao bebê no domicílio. Quanto a categoria, *A mãe compartilhando as dificuldades relacionadas à amamentação*, percebeu-se que as dificuldades relacionadas à amamentação foram destaque durante as visitas domiciliares realizadas. Sabe-se que a maioria das puérperas recebe orientação quanto ao aleitamento materno no período pós-parto, momento em que se encontram hospitalizadas. Mas, essa prática não é suficiente para o total esclarecimento de dúvidas e dificuldades que a mãe enfrenta com o passar dos dias. Porém, muitos casos são encontrados em que a superação, força de vontade, consciência quanto aos benefícios deste ato e a expressão do amor da mãe para o seu filho superam situações adversas e as mães mantêm o aleitamento materno, o que beneficia a sua recuperação no pós-parto e principalmente o bebê. Quanto à segunda categoria, *Dificuldades financeiras - uma barreira que dificulta a qualidade de vida e o melhor cuidado*, perceberam-se as dificuldades econômicas e a desigualdade na distribuição de renda como fatores que interferem no cuidado ao bebê. Muitas falas dos sujeitos retrataram esta problemática, e afirmam ser possível a alimentação da criança graças a programas federais ou estaduais, e ajuda da comunidade. Na terceira categoria, *a influência do risco social ao bebê no domicílio*,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

constatou-se que o baixo grau de escolaridade materna tem dificultado o cuidado ao RN de risco em ambiente domiciliar. Dentre os problemas que podem vir a ser caracterizados como secundários de baixa escolaridade podemos citar o desmame precoce, o uso da chupeta e a morte súbita do lactente. **Conclusão:** A pesquisa foi para os pesquisadores um desafio, visto que vislumbrou um mundo de possibilidades até então desconhecidas e que necessitou de muito estudo e dedicação para que pudesse ser compreendido. A visita domiciliar pode proporcionar o convívio direto com a realidade das famílias de neonatos considerados de risco, o que facilitou o entendimento dos determinantes sociais, econômicos e biológicos e possibilitou ampliação da visão inicial. Devido à limitação de tempo e problemas didáticos, não foi conseguido contato com todos os possíveis sujeitos, limitando o número destes para a realização deste estudo. Assim, percebemos que este grupo de mães apresentou como principal dificuldade, os problemas relacionados à amamentação, mas ficando este em segundo plano quando comparado aos problemas sociais que foram destaque deste estudo. A baixa escolaridade materna, a baixa fonte de renda e dependência de algumas famílias a programas instituídos por órgãos governamentais, são as principais dificuldades enfrentadas ao cuidado de um filho recém-chegado. Alguns cuidados foram realizados por parte dos pesquisadores durante as visitas domiciliares, além de orientações específicas para cada problema encontrado, mas percebe-se que ações são necessárias para a implementação de um cuidado continuado a mães de RN de risco em ambiente domiciliar, tais como: sistema de referência e contra-referência efetiva entre maternidade e UBS; maior elo entre estas duas instâncias de atenção a saúde para que dificuldades e sugestões possam ser trocadas com o intuito de crescimento mútuo, bem como melhoria na comunicação entre ambos; busca ativa das crianças classificadas em risco social e biológico, através das ACS e equipe de saúde capacitada; presença do enfermeiro de forma ativa nas consultas de puericultura. O cuidado ao RN de risco em ambiente domiciliar é uma temática em foco, seja pelo ressurgimento desta modalidade de atenção a saúde no Brasil, seja pelos avanços tecnológicos que garantem a sobrevivência de bebês cada vez menores e mais frágeis. Mas, para que este cuidado seja efetivo há necessidade de investimento em pesquisas e capacitação dos profissionais, em especial do enfermeiro, para que possa atuar de maneira efetiva e eficaz junto a esta população que carece de cuidados e atenção.

Palavras-chave: enfermagem, recém-nascido; assistência domiciliar.

Referências:

- 1- Tronchin DMR, Tsunechiro MA. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. Rev. Bras. Enferm. 2005; 58 (1):49-54.
- 2- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [citado em 13 abr 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_compro_crianca.pdf
- 3- Fraga ITG, Pedro ENR. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. Rev. Gaúcha de Enferm. 2004; 25 (1):89-97.
- 4- Souza JC, Silva LMS, Guimarães TA. Preparo para alta hospitalar do recém-nascido de risco em uma unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. Rev. Enferm. UFPE. [on-line]. 2008. [citado 10 mai 2009] 2 (2):138-46. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/124/155>
- 5- Hermann AP, Lacerda MR. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. Cogitare Enferm. 2007; 12 (4):513-518.
- 6- MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 315-18.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Redes sociais de apoio à paternidade na adolescência em João Pessoa-PB*

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro[†]

Neusa Collet[‡]

Sonia Maria Könzgen Meincke[§]

Telma Elisa Carraro^{**}

Introdução: Em concordância com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) delimita a adolescência à segunda década de vida: dos 10 aos 19 anos de idade, constituindo um período fundamental do desenvolvimento humano que engloba os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e jurídicos (BRASIL, 2009). Esta transição da infância à idade adulta se traduz em um período de profundas alterações que gera uma diversidade de conflitos frente à descoberta de um novo mundo. A perda gradual do papel infantil para a incorporação das responsabilidades do “ser adulto” traz inquietações, ansiedade e inseguranças próprias da fase de mudanças. A liberdade tão desejada dos mais velhos se mistura ao temor de uma autonomia incerta e cheia de cobranças (MOREIRA et al., 2008). A descoberta do corpo e dos órgãos sexuais é outro evento marcante na adolescência. A sexualidade aflora durante a puberdade uma vez que o aumento do interesse sexual está ligado ao desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, as alterações hormonais e a influência do contexto psicossocial de cada indivíduo (MOREIRA et al., 2008). Portanto, torna-se coerente afirmar que os sentimentos e as particularidades que emergem na vida de um adolescente diante do fenômeno único da gravidez são singulares e constituem uma grande preocupação pelos desdobramentos que venham interferir na dinâmica do indivíduo, da família e do meio no qual está inserido. Assim, esses avanços precisam ser estudados e acompanhados para fornecer subsídios de apoio a todas as dimensões de vida em desenvolvimento do adolescente. A rede social configura-se em um suporte indispensável para manter o equilíbrio familiar, especialmente em períodos de mudanças decorrentes da chegada de um bebê. Segundo Lewis (1987), a rede é um sistema constituído por vários atores sociais, com atividades específicas desempenhadas por cada indivíduo que compõe a teia, sem excluir o seu contexto histórico, sócio-cultural e afetivo, com suas marcas e significados. É fundamental, portanto, compreender a interdependência e as múltiplas influências nas interações intra e extrafamiliares. Por conseguinte, as políticas públicas necessitam atender essa demanda com uma rede de cuidado em saúde à paternidade na adolescência. A importância da formação e ampliação das redes de cuidado à paternidade na adolescência traz também uma noção de cidadania com uma interdependência entre os membros da sociedade e da família, permitindo a integralidade na atenção à saúde.

* Pesquisa Redes Sociais de Apoio à Paternidade na Adolescência-RAPAD financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde nº 022/2007. Email: rapad@ufpel.edu.br

[†] Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsista de Apoio Técnico (RAPAD). E-mail: deborasgt@hotmail.com

[‡] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: neucollet@gmail.com

[§] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia (FEO) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Rua: Quinze de novembro, 209, Centro, Pelotas-RS, CEP: 96060-100-Fone/Fax: (53)3278-6475. E-mail: meincke@terra.com.br

^{**} Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) no PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: telua@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Objetivo: Conhecer as redes de apoio à paternidade na adolescência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (protocolo nº 007/2008). Os sujeitos da pesquisa foram pais adolescentes indicados pelas puérperas adolescentes internadas no Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa-PB, cujos critérios de inclusão foram: aceitar participar; idade inferior a 20 anos; residir no perímetro urbano. Os responsáveis pelos pais adolescentes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2008 a novembro de 2009 por meio da entrevista semi-estruturada, do genograma e ecomapa no domicílio dos pais adolescentes. A análise dos dados seguiu os princípios da análise temática: ordenação dos dados; classificação dos dados e análise final. **Resultados:** Além da família nuclear ter sido apontada por unanimidade como rede de apoio relevante para a vivência do processo de paternidade na adolescência, vários outros sistemas fora da família também desenvolvem um importante papel de apoio na vida do pai adolescente. Os jovens mostraram estabelecer contato constante com amigos ou colegas da comunidade, elegeram a atividade esportiva como uma forma de lazer e atribuíram ao trabalho um status de bem necessário para financiar a nova etapa de vida. Junto à família, as companheiras dos adolescentes também foram destacadas como vínculo forte, completando a tríade soberana da rede apontada pelos pais adolescentes investigados: pais-adolescente-companheira. O envolvimento da família é essencial para o enfrentamento de novas experiências, pois os familiares tornam-se a fonte mais direta de atenção, responsabilidade e confiança, salvo possíveis exceções. É no apoio, solidariedade e incentivo dispensados pela família que os jovens pais encontram alicerce para desempenhar seu novo papel de genitor. A dualidade entre a paternidade e a adolescência implica em uma experiência bastante delicada uma vez que os adolescentes experimentam eventos incomuns ao seu cotidiano. A incorporação de novas tarefas diárias exige o empenho não só do pai, mas toda a família precisa desenvolver estratégias estruturais, funcionais e emocionais para receber um novo membro. Sobre a mãe recai administrar a ampliação das atividades domésticas e auxiliar no cuidado da criança, e o pai continua assumindo o papel de provedor. A relação com a companheira revela-se como o principal amparo. Quando a união é saudável, há um compartilhamento de vivências que permite uma compreensão mútua e uma divisão de responsabilidades e confiança. Mesmo assim, ainda persiste uma forte influência de gênero, cabendo à mulher o cuidado integral ao filho e ao homem ser o mantenedor da família. Frente a todas as mudanças, tornar-se um homem responsável é o maior desafio mencionado pelos pais adolescentes que abandonam as práticas enquadradas como imaturas da vida de solteiro. As perdas das regalias e a incompatibilidade de encargos com pessoas da mesma faixa etária, apresenta-se como um fardo inesperado e notável na fala dos pais adolescentes. Para os que ainda não possuem emprego, a inserção no mercado de trabalho se projeta como anseio e frustração pela incapacidade de contribuir no sustento da família. Já os que possuem uma ocupação, mesmo com o cansaço ou o descontentamento com o salário, traduzem o significado do labor na satisfação de prover a casa. É importante ressaltar a lacuna resultante da substituição da educação pela profissão na vida desses jovens. A escola tida como propulsora do desenvolvimento humano, na qual são desenvolvidas as habilidades e capacidades que permitirão ao cidadão tornar-se apto para sobreviver em uma sociedade dinâmica e competitiva, não é mencionada em nenhuma entrevista. O trabalho precoce com consequente abandono da educação e fragilidade na formação dos pais adolescentes evidencia uma grande preocupação presente nas entrelinhas da rede social. Porém, ela não é a única. Nenhum serviço de saúde é apontado no ecomapa como parte integrante e fundamental na rede de apoio ao pai adolescente. Em contrapartida, a atividade física, futebol ou academia são citados como lazer pela maioria dos entrevistados. A prática esportiva na adolescência traz vários benefícios para a saúde física e mental. Além de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

aperfeiçoar o desenvolvimento corporal, o esporte estimula a socialização, afasta o jovem dos vícios, reforça a auto-estima, ensina a alcançar objetivos, produz bem estar, melhora o humor e o raciocínio, reduz o estresse, constituindo uma grande ferramenta para aprimorar a qualidade de vida. Outro fator favorável dentro da rede são os elos consistentes estabelecidos com amigos, colegas ou vizinhos que permitem desenvolver sua capacidade para relacionamentos. Amizades não estão baseadas em parentesco, mas parte do compromisso alicerçado na confiança, lealdade e companheirismo. Desse modo, os amigos asseguram reciprocamente suas identidades e auxiliam na manutenção de uma auto-imagem valorizada, expressando e reconhecendo as qualidades mais importantes do outro, cooperando e fornecendo apoio nas necessidades do cotidiano. **Conclusão:** Enfrentar novas experiências não implica necessariamente em problemas. Pais adolescentes mostraram que com apoio é possível se adaptar a uma etapa natural do percurso da vida. A teia social trançada por cada genitor revelou que a família, as pessoas da comunidade, simples atividades físicas e ter acesso a um emprego, foram necessários para fornecer suporte no processo de vivenciar a paternidade na adolescência. Porém, as lacunas na rede social ocasionadas pela falta da participação da escola e dos serviços de saúde não podem ser ocultados. As políticas públicas precisam estender suas ações para atender o indivíduo de forma holística. O setor saúde precisa romper com modelos tradicionais centrados numa medicina curativa e individualizada. Compreender um pai adolescente requer uma visão ampliada acerca da dinâmica da vida, tarefa a ser enfrentada pelos profissionais que atuam na atenção básica em saúde.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; paternidade; apoio social.

Referências:

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente** – NESSA/UERJ. Acesso em: 02 de jun. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/adolescentu2.swf>. 2009.
- MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008.
- LEWIS, M. Social development in infancy and early childhood. Handbook of infant development. New York: Wiley. p. 419-493.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Redes de apoio de crianças com necessidades especiais de saúde

Bárbara Andres*
Eliane Tatsch Neves†

Introdução: Nos últimos anos, no Brasil, houve uma mudança significativa na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), de 70,9 em 1984 para 22,5 por mil nascidos vivos em 2004 (BRASIL, 2008a; 2008b). Conseqüentemente, se por um lado constata-se o aumento da sobrevivência das crianças, por outro, verifica-se a elevação da morbidade de crianças clinicamente frágeis. Crianças que apresentam condições especiais de saúde, necessitando de cuidados e serviços além do exigido por crianças em geral, são classificadas como crianças com necessidades especiais de saúde, as CRIANES (McPHERSON, 1998; WONG, 1999; VERNIER, 2007). Em se tratando de cuidados domiciliares, encontra-se a família como unidade de saúde, sendo esta, entendida como relacionamentos em que pessoas vivem juntas e estão comprometidas, formando uma unidade econômica e cuidando-se umas das outras (KENDALL, LINDEN, MURRAY, 1998). Além da família, a rede social é importante no cuidado as CRIANES. As redes sociais referem-se ao número e tipo de membros que fazem parte de suas relações sociais, sendo definidas como aquelas que compreendem não apenas a família nuclear ou extensa, mas aos vínculos interpessoais ampliados e as relações que são estabelecidas na comunidade (SLUZKI, 1997). Após a alta hospitalar de uma CRIANES perde-se o contato com a família e não se tem informações sobre seu acompanhamento nos serviços de saúde na comunidade em que está inserida (CUNHA, 2002). **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo descrever as redes de cuidados dos familiares cuidadores de uma CRIANES no contexto da comunidade. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com uma abordagem participativa. A produção de dados foi desenvolvida por meio do Método Criativo Sensível com o desenvolvimento da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade Mapa Falante com os familiares cuidadores de CRIANES durante uma visita domiciliar com as seguintes questões geradoras (QG) de debate: “Tendo como ponto de partida a sua casa, onde você leva seu filho para realizarem o seguimento de saúde? Quais são as pessoas e/ou instituições que ajudam?” A captação dos sujeitos da pesquisa ocorreu por meio de um sorteio aleatório do banco de dados da pesquisa *“Crianças egressas da terapia intensiva neonatal: caracterização das necessidades especiais de saúde e do acesso aos serviços de seguimento em saúde – Santa Maria – RS”* referente ao ano de 2003. Para a análise dos dados foram utilizadas ferramentas analíticas da Análise de Discurso francesa (ORLANDI, 2005). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob número de CAEE 0003.0.243.000-8. Os participantes da pesquisa foram os avós de João (CRIANES), Ana e Pedro (nomes fictícios) residentes em um bairro da periferia do município de Santa Maria - RS em uma casa de alvenaria, onde reside apenas o casal. A família tem renda de aproximadamente dois salários mínimos nacionais, que mantêm três pessoas e, ainda, auxilia no custeio das despesas da CRIANES. **Resultados e discussão:** A partir dos resultados da pesquisa encontrou-se que a rede cuidados das CRIANES é composta por uma rede institucional e uma rede familiar. Os familiares de crianças com necessidades especiais de saúde possuem uma vasta, porém fragmentada rede social, constituída por serviços de saúde e locais de apoio afetivo. Com as instituições que prestam atendimento de saúde à criança, percebe-se um forte vínculo, por serem os locais

* Relatora/ acadêmica do 8º semestre de enfermagem da UFSM. E-mail: babiandress@gmail.com

† Enfermeira doutora em enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFSM. E-mail: elianeve@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

que a família mais freqüente em seu cotidiano. De acordo com Wright & Leahey (2002), a natureza dos vínculos é determinante na funcionalidade da rede, significando que, quanto mais fortes são os vínculos, mais forte é a rede. No âmbito das instituições, as redes atuam no sentido de fornecer ajuda material e de serviços. Estas redes, criadas a partir da necessidade de acompanhamento clínico das CRIANES, são de extrema relevância por colaborarem nos momentos de crise (KLEFBECK, 2000). Em relação aos serviços de saúde que compõem a rede institucional da família, foi possível perceber que os locais que prestam atendimento de maior complexidade são acessados preferencialmente aos serviços de nível primário, evidenciando-se a falta de acompanhamento da CRIANES após a alta hospitalar na comunidade em que reside. A ausência de um sistema de referência e contra-referência dificultou a trajetória dos familiares, fazendo com que eles próprios tecessem sua rede em busca de atendimento. Estudos na área verificam a inexistência de um sistema eficiente de referência e contra-referência no SUS, causando um isolamento da assistência nas instituições de saúde (MADEIRA, 1996; ALMEIDA, 2006). Não se verificou integração entre os diferentes níveis de assistência, ferindo os princípios de integralidade e universalidade, preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este achado condiz com dados de um estudo realizado por Cunha (2002), onde se evidenciou a inexistência de acompanhamento e suporte domiciliar para CRIANES egressas do hospital. Em desacordo com o SUS, a unidade básica de saúde apresentou-se como o local de vínculo muito fraco com a família e o enfermeiro não apareceu nos relatos da cuidadora. A invisibilidade dos enfermeiros, tanto no ambiente hospitalar quanto na comunidade, pode estar relacionada à falta de vínculo desse profissional com a família. Entende-se que o enfermeiro não se faz presente no processo saúde-doença da criança e não visualiza a família como unidade de saúde da criança, assim, identifica-se que em concordância com a literatura, o atendimento às CRIANES está centrado no controle médico (VERNIER, 2006). A rede de apoio emocional fica restrita à casa de familiares próximos e aos encontros com outros cuidadores de CRIANES. Na constituição da rede familiar, identificou-se a avó como cuidadora principal da criança, prestando dedicação exclusiva ao neto. As vivências dessa cuidadora resumem-se em atender as necessidades especiais de saúde da criança. De acordo com Peters (1999) é muito comum a ampliação do núcleo familiar através dos avós, beneficiando mutuamente as relações familiares. A invisibilidade de locais de apoio emocional, de lazer e espiritualidade demonstrou a situação de exclusão social a que está exposta a CRIANES e sua família. **Conclusões e recomendações:** Os achados da pesquisa confirmaram que as CRIANES são um grupo emergente ainda invisível perante as políticas públicas, ficando marginalizados no SUS. Dessa forma, remete-se à necessidade de implementação das leis que garantem a assistência a essas crianças, incluindo-as no sistema de forma igualitária. Nesse sentido, as ações dos profissionais de enfermagem, dentre outros profissionais da área da saúde, devem auxiliar no sentido de reorganizar o sistema de saúde vigente, ampliando o cuidado de enfermagem a todos os níveis de assistência. Devido ao exposto recomenda-se, principalmente, uma mudança de pensar e agir dos profissionais da saúde. Cabe aos profissionais, especialmente enfermeiros, facilitar a formação de redes e o acesso a assistência em saúde das CRIANES. Com isso, espera-se que seja considerada, não apenas a sobrevivência dessas crianças, mas a promoção de sua saúde e a qualidade de vida.

Palavras-chave: saúde da criança, enfermagem pediátrica, cuidadores, acesso aos serviços de saúde, necessidades especiais.

Referências:

ALMEIDA, M. I. et al. **O ser mãe de criança com doença crônica:** realizando cuidados complexos. Rev. Esc. Anna Nery, v. 10 n. 1. Rio de Janeiro, abr. 2006.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS**. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em: novembro de 2008a.

_____, **Censo IBGE - 2001**. Disponível em: <www.ibge.gov.br > Acesso em novembro de 2008b.

CUNHA, S. R.; CABRAL, I. E. **As condições de vida da criança dependente de tecnologia**. Rev Soc Bras Enferm Pediatr. São Paulo, v. 2, n. 1, jul., p. 87-100, 2002.

MADEIRA, L. M.; EGRY, E. Y.; SANTOS, N. C. P. **Reinternação pediátrica**: conhecendo a magnitude do problema. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 49, n. 4, p. 531-548 out/dez 1996.

KENDALL, D.; LINDEN, R.; MURRAY, JC. **Sociology our times: the essencial**. Toronto: ITP Nelson; 1998.

KLEFBECK, J. **Terapia de red: un método de tratamiento en situaciones de crisis**. Revista Sistemas Familiares, 16 (1), 47-63; 2000.

McPHERSON, M. *et al*. **A new definition of children with special health care needs**. American Academy Pediatr., vol. 102, n. 1, p. 137-41, July, 1998.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 6. ed. São Paulo: Pontes, 2005. 100 p.

PETERS, J. K. **Mães que trabalham fora: segredos para conciliar a vida profissional e familiar**. São Paulo: Mandarim; 1999.

SLUZKI, C. A. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VERNIER, E. T. N. **Crianças egressas da terapia intensiva neonatal: caracterização das necessidades especiais de saúde e do acesso aos serviços de seguimento em saúde – Santa Maria – RS**. Projeto de pesquisa, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2007.

VERNIER, E. T. N.; CABRAL, I. E. **Caracterização de crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cuidadores. Santa Maria (RS). 2004-2005**: subsídios para intervenções de enfermagem. Rev Soc Bras Enferm Pediatr. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 37-45, 2006.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica – elementos essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 5ª edição. 1999. 1.130p.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Paralisia cerebral: o significado e as implicações na dinâmica familiar sob a
visão materna**

Tatiane Vegette Pinto*

Marta de Souza Pereira[†]

Joelma Ferreira de Oliveira Montanari[†]

Introdução: A quebra das expectativas e dos projetos da família ao saber do diagnóstico que seu filho tem paralisia cerebral é um momento de luto a ser superado, aceitar essa condição da criança com deficiência estabelece um confronto entre a criança esperada e a criança real, é um processo de adaptação familiar e social. A Paralisia Cerebral pode ser descrita como deficiências motoras neurológicas crônicas não progressivas com localização única ou múltipla no cérebro que ocorre durante o período pré-natal, peri-natal ou pós-natal. De acordo com o local onde a lesão ocorre diferentes partes do corpo são afetadas se apresentando de quatro formas: espástica, distônica, atáxica e mista. Os sinais e sintomas podem não ser aparentes no nascimento, tornando se aparentes a medida que o desenvolvimento da criança progride. A doença crônica em geral como no caso de paralisia cerebral, requer uma contínua adaptação e mudança de papéis por parte dos familiares, o papel de principal cuidador na família é realizado pela mãe que tem a responsabilidade de viabilizar o tratamento necessário para desenvolvimento desse filho, que requer tempo e dedicação constante e não diminui com o tempo, acarretando uma série de mudanças, na vida profissional, conjugal e pessoal, podendo alterar sua visão de futuro. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi compreender o significado e implicações de ter um filho com Paralisia Cerebral sob a visão materna. **Procedimentos metodológicos:** Optou-se por uma metodologia de caráter descritiva e exploratória e abordagem qualitativa. O trabalho foi realizado em um ambulatório de fisioterapia que presta atendimento na área de neurologia da Faculdade de Jaguariúna em convênio firmado com a Prefeitura da cidade de Jaguariúna interior do estado de São Paulo que atende a crianças, jovens, adultos e idosos com várias patologias. Dentre esses, 19 tem diagnóstico de Paralisia Cerebral. Foram entrevistadas seis mães que tem filhos com idade entre cinco a 20 anos e que levam os filhos até o ambulatório de fisioterapia, em tratamento agendado com data e horário. A escolha dos sujeitos foi realizada de forma aleatória e todos convidados aceitaram e se colocaram a disposição para colaborar com o trabalho. Após transcrição e leitura exaustiva das falas e análise do conteúdo nos possibilitou evidenciar sete categorias: Diagnóstico: desafio e despreparo, Vida do avesso: motivados a lutar, Reestruturação familiar, Resignificando a vida, Mãe e filho: relação de dependência, O futuro: Tenho que estar bem, Ser mãe especial de um filho especial. **Discussão:** No momento do diagnóstico há um desafio a ser superado pelos familiares que se depara com uma nova situação que muitas vezes não entende ou não tem tempo de assimilar o fato acontecido, por outro lado têm o despreparo do profissional, falta lhes estratégias e sensibilidade no momento da notícia; diante do impacto da deficiência do filho a mãe vê sua vida virando do avesso, os pais necessitam de força para continuar a viver e superar o luto inicial do diagnóstico, eles se sentem desafiados e saem em busca da resolução dos problemas, sentem-se motivados a lutar pelo crescimento e desenvolvimento de seus filhos. O processo de reestruturação dessa família depende da aceitação e de como entendem o diagnóstico, atribuindo a ele um significado para suas vidas e de seu filho, verificamos que fica mais fácil quando ocorre um apoio mútuo entre o casal, a participação do pai torna-se

* Mestre em Enfermagem pela UNICAMP e Docente da Faculdade de Jaguariúna-FAJ, Jaguariúna-SP. Endereço: R: Jorge Krug, 266. Bairro: Guanabara. Campinas-SP. E-mail: tatianevp@uol.com.br

[†] Graduandas do 8º semestre de enfermagem pela Faculdade de Jaguariúna-FAJ, Jaguariúna-SP



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

essencial no processo de (re)organização da família. Resignificando a vida a mãe aprende a olhar a vida de outra forma, as expectativas quanto ao filho esperado rompe ao diagnóstico de paralisia cerebral, essa vivência do sofrimento leva a uma reflexão sobre o lado difícil e doloroso, enquanto enfrenta o sofrimento valoriza ainda mais a sua vida. Mãe e filho relação de dependência, o pai como provedor da casa acaba não estando presente nos momentos importantes da vida do filho, com isso a mãe acaba assumindo para si toda a responsabilidade do cuidado, criando um vínculo de afeiçoamento, amizade e cumplicidade e esta mãe não se vê mais vivendo sem esse filho. E o futuro: Tenho que estar bem, a mãe não reconhece futuro para ela e sim só para o filho e sente na responsabilidade de estar bem temendo que algo possa acontecer a ela e não poder cuidar desse filho. Ser mãe especial de um filho especial, o amor é a capacidade do ser humano de se doar, viver pelo outro, o amor leva a aceitação e essas mães que trazem ao mundo uma criança deficiente consideram esses filhos especiais e recebem um novo papel, sentindo-se, portanto mães especiais. **Conclusão:** Nesse estudo podemos verificar que as famílias não ficam inertes ao diagnóstico de seu filho com Paralisia Cerebral, com ele vem à dor e sofrimento pela perda do filho idealizado, por ser caracterizada como irreversível esse filho requer cuidados e dedicação constante levando a família a uma contínua adaptação de seus papéis. Evidenciou-se a busca por força para enfrentar as adversidades e reconstruir o seu cotidiano, no relato das mães a primeira rede de apoio é considerada a família e o suporte dos maridos como o principal apoio para o enfrentamento e reestruturação familiar. O fato de que na maioria dos casos, são as mães que acompanham os filhos nas atividades fisioterapêuticas, permitiu conhecer através do nosso estudo que a mulher tem uma participação mais efetiva no tratamento da criança e revela o papel da mãe como principal cuidadora nessas famílias. Nesta pesquisa o que chamou a atenção foi o fato da mãe não reconhecer o futuro para si mesma, como toma para si toda a responsabilidade do cuidado com o filho ela sente necessidade de estar sempre disposta e tem medo de que algo lhe aconteça e não possa estar cuidando desse filho. Percebemos nos relatos que a mãe acolhe esse filho e cria laços muito fortes, uma relação de dependência mãe-filho, onde elas afirmam não saber mais viver sem eles. Concluimos que esse amor de mãe inexplicável faz com que elas dêem um novo sentido a suas vidas e a partir desse sentimento se sentem especiais como seus filhos, denominando-se mães especiais. Verificamos a necessidade de mais investigações nessa área que possam contribuir na compreensão do complexo processo da realidade da mãe cuidadora de um filho com Paralisia Cerebral.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Sistema de informação: monitoramento do cuidado em creche

Damaris G Maranhão*
Débora RS Clemente†
Fabiana SRCoimbra‡
Maura Jardim§

Introdução: A frequência das crianças em creches onde o cuidado esteja integrado às atividades pedagógicas e brincadeiras, pode favorecer o crescimento e desenvolvimento infantil. Por outro lado, várias pesquisas evidenciam que a frequência das crianças em creches aumenta o risco de infecções, maior em até duas a três vezes, com impacto na saúde individual e disseminação de doenças na comunidade (Fuchs et al, 1996; Barros et al, 1999; Cury, 1999; Vico, Laurenti, 2004; Santos, 2005; Nesti, Goldbaum, 2007). O risco está associado, entre outros fatores, às características das creches, e medidas de prevenção simples são efetivas para diminuir a transmissão de doenças. Entre estas, recomenda-se: lavagem apropriada das mãos; utilização de precauções padrão; rotina padronizada para troca e descarte de fraldas usadas, localização e limpeza da área de troca, limpeza e desinfecção de áreas contaminadas; uso de lenços descartáveis para assoar o nariz; funcionários e área exclusivos para a manipulação de alimentos; notificação das doenças infecciosas; treinamento de funcionários e orientação dos pais (Nesti Goldbaum, 2007). Com a finalidade de oferecer um cuidado de excelência uma empresa especializada em administrar creches mantidas por empresas privadas para os filhos dos trabalhadores, incluiu enfermeiras, nutricionista e médico pediatra em sua equipe de supervisão (Maranhão, Kerr, Checchinatto, 2008). Como exercício didático no processo de inserção e formação em serviço das enfermeiras recém contratadas para compor a equipe de cada unidade, foi proposto um estudo de morbidade. A morbidade referida é aquela cujos dados são obtidos a partir da percepção das pessoas que cuidam das crianças e que pode ou não estar confirmado pelo médico. Este tipo de morbidade é importante no controle de saúde das crianças usuárias de creches porque os professores e pais observam e registram alterações no estado de saúde das crianças mas por serem na maioria autolimitadas, nem todas são diagnosticadas e registrados pelos serviços de saúde (Barros, Vitoria, 1991). **Objetivo:** Descrever a morbidade referida de crianças menores de dois anos usuárias de creches. **Metodologia:** Estudo exploratório quantitativo epidemiológico descritivo transversal da morbidade referida de crianças menores de dois anos usuárias de três creches, no período de junho e julho de 2009. Os dados foram coletados a partir dos registros diário dos educadores e informações dos pais, com base em critérios prévios considerando um evento por mês por criança, exceto no caso de acidentes ou quando o tipo de agravo era diferente. **Campo de estudo:** Três creches, sendo duas mantidas por uma mesma empresa com uma unidade situada no município de São Paulo que atende 45 crianças filhos das trabalhadoras do setor produtivo, administrativo e gerencial que foi denominada creche Y e outra unidade situada em município da grande São Paulo que atende 30 crianças dos trabalhadores do setor de

* Enfermeira Doutora em Ciências pela UNIFESP, Consultora do CEDUC. Profa Titular da Faculdade de Enfermagem da UNISA.

† Enfermeira da creche Z /CEDUC. Graduada pela Faculdade de Enfermagem da UNISA. Pós graduanda em Enfermagem do Trabalho – Centro Universitário São Camilo.

‡ Enfermeira da creche Y / CEDUC. Graduada pela Faculdade de Enfermagem da UNISA. Pós graduanda em Gestão em Saúde e Controle de Infecção – UNILEARM.

§ Técnica de enfermagem da creche X. Graduada de Enfermagem da ITALO BRASILEIRA

Endereço do relator: Rua Bonifácio Asiolo, 144. Jardim Silveira. Parelheiros. São Paulo. CEP 04892040. E-mail: deborar.enf@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

distribuição, denominada creche X. A creche Z está localizada em outro município próximo a São Paulo e atende o mesmo perfil de trabalhadoras no mesmo ramo de produção da outra empresa e atende 140 crianças. As trabalhadoras usuárias das três creches têm 11 anos de estudo ou mais, renda e benefícios compatíveis com o cargo em empresa de grande porte. As crianças são atendidas em período integral, compatível com o trabalho materno. As crianças e mães em sua maioria são transportadas por meio de ônibus fretado pelas empresas durante cerca de 40 a 90 minutos. Parte das mães utiliza transporte individual (carro). A equipe das creches é constituída por educadores com formação superior e que participam de programas de formação em serviço que integra os aspectos pedagógicos e de cuidados. As mães contam com infra estrutura e são apoiadas no processo de aleitamento materno. **Aspectos éticos:** O estudo segue as normas de pesquisa com seres humanos de acordo com a lei 196/1996. **Resultados: Morbidade das crianças da creche Z** - Do total de 140 crianças que freqüentaram junho de 2009, 84 (60,0%) são menores de dois anos. Destas 49 (58,3%) adoeceram, sendo que 14 (28,5%) apresentaram mais de um agravo totalizando 68 agravos. Destes, 41 (60,2%) foram infecções respiratórias sendo 32 (78,1%) de vias superiores e 9 (21,9%) de vias inferiores. Os demais foram 12 (17,6%) gastrointestinais; 7 (10,2%) outros (alergia e anemia); 3 (4,4%) infecciosas (conjuntivite e doença mão-pé-boca); 3 (4,4%) dermatite; 2 (2,9%) acidentes. No mês de julho havia 143 crianças, 81 (56,6%) menores de dois anos e destas 36 (44,4%) adoeceram, sendo que 3 manifestaram mais de um agravo totalizando 38 agravos. Do total 21 (55,0%) foram respiratórios, sendo que 17 (80,9%) de vias superiores e 4 (19,0%) inferiores, incidência mais baixa que no mês anterior. Os demais foram 9 (24,0%) outros (anemia, alergias, febre isolada, hordéolo); 5 (13,0 %) infecciosas (conjuntivite, caxumba, doença-mão-pé-boca) e 3 (8,0%) de dermatites. **Morbidade das crianças usuárias da creche X.** Do total de 31 crianças que freqüentaram a creche X em junho de 2009, 21 (67,74%) apresentaram agravos a saúde, sendo que duas delas tiveram dois tipos de agravos no mês, totalizando 23 agravos no mês de junho. Considerando-se o total de agravos, 12 (52,2%) foram respiratórios; sendo 8 (66,6%) de vias superiores e 4 (33,4%) de vias áreas inferiores pneumonia, laringite. Os demais agravos foram 5 (21,8%) monilíase; duas com xerose de pele (8,7%), uma (4,3%) conjuntivite, uma anemia (4,3%), uma obstrução crônica do canal lacrimal (4,3%) e um (4,3%) acidente por queimadura com ferro de passar no ambiente doméstico. Este acidente evidencia a necessidade de trabalho educativo com os familiares visando a segurança da criança. **Morbidade das crianças usuárias da creche Y.** Do total de 43 crianças que freqüentaram junho de 2009, 28 (65,1%) manifestaram agravos a saúde, sendo que 9 (20,9%) tiveram mais de um tipo de agravo no mês, resultando 39 agravos no mês de junho. Considerando-se o numero de agravos 17 (43,5%) foram respiratórios sendo 16 (94,1%) de vias aéreas superiores e uma (5,9%) pneumonia. Os demais agravos foram 11 (28,2%) gastroenterocolite, o que significa um surto, sendo que uma das crianças desidratou, 6 (15,3%) conjuntivite, também configurando um surto, 2 (5,1%) anemia; uma (2,6%) roséola; uma (2,6%) infecção urinária e uma (2,6%) urticária. Ao compararmos o total de agravos ocorridos no mês de julho observa-se um aumento do percentual de total de agravos em relação ao mês anterior, por conta das infecções respiratórias, embora haja um decréscimo de conjuntivites e gastroenterocolites graças às ações de controle. Do total de 45 crianças que freqüentaram julho de 2009, 35 (77,8%) apresentaram agravos a saúde. Destas, 9 (20,9%) tiveram mais de um tipo de agravo no mês, resultando 44 agravos no mês. Do total de agravos 29 (65,9%) foram infecções respiratórias, sendo 25 (86,2%) de vias superiores e 4 (13,8%) de vias inferiores Os demais agravos foram 8 (18,1%) gastrointestinais e 4 (9,1%) conjuntivite que configuram um surto mas com decréscimo da curva epidêmica em relação ao mês anterior; 2 (4,6%) dermatite de fralda e uma (2,3%) alergia a medicamento. **Discussão:** Este trabalho possibilitou às enfermeiras se apropriarem dos conhecimentos básicos de vigilância



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

epidemiológica e aprimorar o sistema de informação para controle de saúde em cada unidade. O relatório final será apresentado aos profissionais da creche, pais e empresa visando o aprimoramento do processo de compartilhar cuidados infantis, seus riscos e como minimizá-los. Reitera-se a necessidade de avaliação e implementação dos protocolos e fluxogramas de condutas estabelecidos pela equipe de saúde, bem como o programa de educação continuada para os profissionais da creche e de educação para a saúde com os pais.

Conclusão: O desenho deste estudo não possibilita afirmar que as crianças adoecem mais na creche do que quando cuidadas em casa, mas, evidencia os problemas de saúde são freqüentes e que o ambiente da creche revela o que ocorre na comunidade. Reitera a importância de vigilância a saúde nas creches e programas de educação continuada para que os educadores infantis reconheçam os riscos e sinais de gravidade do estado de saúde da criança. Como estudo descritivo e exploratório requer aprofundamento para definição de diagramas de controle para monitorar as curvas epidêmicas ao longo do ano constituindo-se um indicador de alerta para a equipe de saúde.

Referências:

1. Barros F, Victora CG. Epidemiologia de Saúde Infantil, um manual para diagnósticos comunitários. UNICEF:Brasil, 1991.
2. Barros AJ, Ross DA, Fonseca WV, Williams LA, Moreira-Filho DC. Preventing acute respiratory infections and diarrhoea in child care centres. *Acta Paediatr* 1999;88:1113-8.
3. Cury MCFS. Evolução nutricional e morbidade em lactentes atendidos por creche diferenciada. Tese apresentada a Universidade Federal de São Paulo, 1999. 71p.
4. Fuchs SC, Maynard RC, Costa LF, Cardozo A, Schierholt R. Duration of day-care attendance and acute respiratory infection. *Cad Saúde Pública* 1996;12:291-6.
5. Maranhão DG, Kerr J, Checchinato D. Cuidado e educação de bebês: desafios da mesma competência. In. Cuidados no início da vida. Casa do Psicólogo, 2008.
6. Nesti MMM, Goldbaum M. As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. *J. Pediatr.* 2007; 83(4):
7. Santos JJS. Morbidade referida em crianças que freqüentam creches. Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem da Universidade Santo Amaro. São Paulo, 2005. 16 pag.
8. Vico ESR, Laurenti R. Mortalidade de crianças usuárias de creches do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1):38-44.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Os profissionais de saúde e suas concepções sobre a violência intrafamiliar
contra a criança e o adolescente***

Cristina Brandt Nunes[†]
Cynthia Andersen Sarti[‡]
Conceição Vieira da Silva Ohara[§]

Introdução: as questões relacionadas com a violência, em especial a intrafamiliar, constituem preocupação de alta relevância em todas as instâncias sociais e requerem a mobilização de redes de apoio interinstitucionais e intersetoriais, das quais o setor de saúde também deve participar. O ambiente doméstico e familiar tem sido o cenário predominante de expressão de atos violentos contra a criança e o adolescente. A violência que tem lugar nesse âmbito constitui um grau extremo de abuso nas relações familiares e não diz respeito a atos isolados, mas a relações violentas que ocorrem entre pessoas próximas e aparentadas. A criança e o adolescente sujeitos à violência intencional e repetida tendem a reproduzir essa vivência em suas relações sociais presentes e futuras. Tal fenômeno pode acompanhar a família de geração a geração, constituindo-se na intergeracionalidade da violência. Os profissionais de saúde não podem ficar alheios a essa problemática. Além disso, a possibilidade de tornar visível a situação de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente exige uma abordagem de cuidado que leve em conta os aspectos relacionais desse fenômeno e o contexto no qual se manifesta e que lhe dá significado. O fato de a violência ser reconhecida como um problema de saúde pública exige preparo tanto dos profissionais quanto das instituições de saúde para lidar com essa questão. **Objetivo:** compreender as concepções que os profissionais de saúde têm sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. **Metodologia:** abordagem qualitativa na modalidade estudo de caso. As técnicas de pesquisa utilizadas foram: a observação participante, a entrevista com um roteiro de questões e a consulta em documentos (prontuários e diários de campo). O estudo foi realizado com profissionais de saúde que estavam inseridos em quatro equipes de uma Unidade Básica de Saúde da Família, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sob o protocolo de número 1587/2003. **Resultados:** a convergência dos dados referentes às concepções sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, evidenciou que os profissionais de saúde pesquisados associam a violência à conjuntura sociopolítica e a aspectos culturais. Nessa concepção, que prioriza a dimensão coletiva, a violência é consequência de conflitos desencadeados por desemprego, salários baixos, falta de moradia, condições inadequadas de saúde e baixa escolaridade. Segundo essa visão, tal contexto favorece a desestruturação familiar. Essa percepção pode decorrer do fato de que na maior parte das famílias por eles atendidas predominam as condições de pobreza. Tal atribuição dos atos violentos apenas à pobreza e/ou ao perfil cultural dos que pertencem às camadas mais pobres pode, porém, ser uma forma de preconceito e discriminação para com esses segmentos sociais. Os entrevistados vêem a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente como fortemente ligada à omissão de cuidados familiares em que prevalecem o abandono e o

* Parte da tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFESP em 2007.
[†] Enfermeira Pediatra. Professora Adjunta. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS. Endereço: Rua Peixe Vivo, 458. Carandá Bosque II. CEP: 79032-170. Campo Grande/MS. E-mail: cbrandt@terra.com.br

[‡] Antropóloga. Professora Titular. Universidade Federal de São Paulo, Campus Guarulhos, SP.

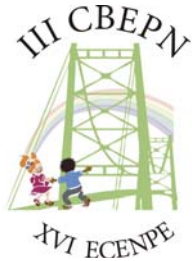
[§] Enfermeira Pediatra. Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

descaso para com as necessidades básicas, como alimentação, higiene e vacinação. Tendem a designar como negligente a família que presta de modo deficiente os cuidados básicos à saúde do filho. O fato de os pais não cumprirem alguns procedimentos básicos de prevenção de doenças previstos nas ações de saúde suscita certa irritação e desperta condutas punitivas em alguns profissionais. A fronteira entre o que pode ser entendido como negligência de cuidados dos pais com os filhos e o julgamento moral dos profissionais em relação à família com base num modelo de cuidado alheio ao mundo sócio-cultural dos familiares é sutil. Desse modo, como constatado, é o olhar do profissional que por vezes define o que é negligência. Verificou-se que o uso da punição física é defendido como medida educativa tanto pelas famílias quanto pelos profissionais de saúde. Consideram que a palmada, quando utilizada de forma leve, tem fins corretivos, mas vêem o espancamento como um tipo de violência, por seu caráter agressivo, que deixa marcas no corpo da criança ou adolescente. Esse fato torna mais complexa a elaboração e implementação de medidas de prevenção à violência física, uma vez que o recurso a essa forma de violência está implícito na própria maneira de educar os filhos. Entre os profissionais pesquisados, há os que defendem o uso da força física dos pais sobre os filhos em determinadas ocasiões. Para eles há diferença entre bater e espancar. Para alguns dos pesquisados a violência contra a criança e o adolescente é consequência de problemas pessoais que os pais enfrentaram ou enfrentam e que influenciam o modo como lidam com o filho. Há profissionais que entendem os atos violentos como parte de um ciclo intergeracional e decorrentes de experiências agressivas que os pais vivenciaram no passado em seu convívio familiar, naturalizando este comportamento ou repetindo-o inconscientemente. Eles consideram que determinadas situações são complexas de abordar e ficam perplexos frente ao ocorrido. **Considerações finais:** as atitudes dos profissionais de saúde frente à violência intrafamiliar estão relacionadas a suas concepções sobre a questão, o que nem sempre coincide com a concepção das famílias ou de outros setores ligados aos atendimentos às famílias, como é o caso do Conselho Tutelar. Esses descompassos mostram a necessidade de contextualizar o fenômeno da violência para entender o significado a ele atribuído pelos diversos atores envolvidos, para que se formule uma assistência adequada. Os profissionais de saúde frequentemente pensam a violência a partir de pré-concepções, não apenas quanto à condição social de pobreza das famílias assistidas, mas também quanto aos sujeitos sociais que são identificados preferencialmente como agressores, como é o caso dos homens. Isso leva a uma pré-disposição a associar a violência a determinados contextos e sujeitos, independente de uma avaliação do acontecimento em si. Há, ainda, a dificuldade de compreender a violência dentro de seu contexto, ou seja, a partir do ponto de vista de quem a vivencia, e de reconhecê-la como consequência de uma dinâmica relacional complexa. A possibilidade de tornar visível a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente exige dos profissionais de saúde um “novo olhar” para esta situação. É necessário pensar a violência num âmbito de relações, dentro de um contexto, e reconhecer que esse fenômeno não é uma doença do agressor e nem uma doença da vítima, mas sim a consequência de uma dinâmica relacional complexa, tornando-se um importante problema social que tem repercussões das quais decorrem agravos à saúde.

Palavras-chave: violência; assistência à saúde; enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Elaboração de um cd-rom para acadêmicos de enfermagem sobre o acolhimento
pai-mãe-bebê no alojamento conjunto**

Flavia de Oliveira Molina*
Marialda Moreira Christoffel[†]
Thamilla Lorn[‡]

O presente estudo foi motivado pela experiência enquanto aluna da disciplina do Programa Curricular Interdepartamental V, Cuidados de Enfermagem a Família Expectante, da Faculdade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), durante o estágio supervisionado no alojamento conjunto de uma maternidade do Rio de Janeiro. Pode-se observar que os acadêmicos de enfermagem ao assistir os pais durante a visita a puerpera e a seu filho recém-nascido, possuíam dificuldade em orientar e informar sobre de que maneira poderiam proceder para realizar o registro de nascimento, licença paternidade e maternidade, amamentação e consulta pós-parto, dentre outros. A comunicação em saúde tem se tornado uma ferramenta bastante útil nos programas de educação em saúde. Sua eficácia resulta da correta comunicação da mensagem, sua base científica e uso de canais adequados para atingir o público-alvo¹. O desenvolvimento das ações de saúde tem suas diretrizes expressas na Constituição Federal de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, Lei do Sistema Único de Saúde/SUS e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. O conhecimento dos Direitos a Saúde da Mulher e do Recém-nascido tem sido discutido nas aulas teóricas e teórico-práticas da disciplina. É de grande importância para formação intelectual dos graduandos de enfermagem, contribuir para o estabelecimento de uma sociedade que saiba refletir, discutir e preservar sobre os direitos da mulher e da criança fundamental para a vida. Neste sentido, a universidade deve representar a base deste processo de conscientização da cidadania propiciando o envolvimento com a temática Direitos da Mulher e do Recém-nascido no ciclo gravídico puerperal. Assim, através do Projeto de Extensão intitulado: Acolhimento mãe-pai-bebê: um direito da criança e da família nas instituições de saúde está sendo elaborado um material didático para alunos do ensino de graduação em enfermagem. O recurso didático está sendo confeccionado sob a forma de CD-ROM, intitulado "ACOLHIMENTO PAI-MÃE-BEBÊ NO ALOJAMENTO CONJUNTO", o qual aborda assuntos relacionando os temas direitos da mulher e do recém-nascido no ciclo gravídico puerperal. O material pode ser usado em caráter complementar por alunos e professores nas disciplinas curriculares, principalmente Saúde da Mulher e da Criança. Para a elaboração do CDROM está sendo utilizado o programa Power Point e Flash, o qual permite a utilização de textos, imagens, sons e vídeos. A escolha por um recurso multimídia coloca o aluno em contato com um recurso atualmente muito difundido pela sociedade, que abrange âmbito formativo, tanto em termos de conteúdo abordado, atividades envolvidas, como em termos de habilidades e competências desenvolvidas. Os cd-roms estão praticamente em todas as máquinas e são usados há muito tempo, o que lhes confere um caráter universal e popular. O presente estudo tem como objetivo elaborar um CD rom sobre o acolhimento pai-mãe-bebê como um direito do casal nos diferentes cenários das

¹Aluna de graduação em enfermagem. 6º. Período. Bolsista PIBEX/UFRJ do projeto intitulado: Acolhimento mãe-pai-bebê: um direito da criança e da família nas instituições de saúde. e-mail: flaviaufrj@yahoo.com.br

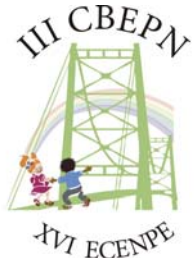
[†] Professora adjunta do DEMI/EEAN/UFRJ. Coordenadora. Projeto PIBEX/UFRJ. Acolhimento mãe-pai-bebê: um direito da criança e da família nas instituições de saúde. E-mail: marialdanit@gmail.com

[‡] Aluna de graduação em enfermagem. 6º período. Colaboradora do projeto intitulado: Acolhimento mãe-pai-bebê: um direito da criança e da família nas instituições de saúde. E-mail: thamilla_lohr@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

maternidades do Rio de Janeiro para subsidiar a educação dos alunos de graduação de enfermagem e às suas práticas educativas. O processo de elaboração desse CD sobre acolhimento pai-mãe-bebê teve por base esclarecer, para que acadêmicos de enfermagem reflitam e coloquem em prática o acolhimento no alojamento conjunto. Tal processo se faz por um CD interativo que aborda sobre o tema e exemplificam políticas, estratégias, leis que aplicam para tal processo, como licença maternidade, licença paternidade, lei do acompanhante, pré-natal e registro de nascimento. As etapas de elaboração do CD – rom ocorre primeiramente por meio de elaboração de textos que envolve: criação; adaptação e correção e a transposição. Na criação, são pesquisados os elementos chaves a partir de do Ministério da Saúde, Manuais sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher, e dos Diretos do Recém-nascido/Criança e a utilização do Medline, Lilacs, Scielo, Sociedade Brasileira de Pediatria -Internet, para a criação do texto. Para a adaptação, utilizamos um texto pronto e o trabalhamos para adaptá-lo à mídia digital proposta. Para a transposição, utilizamos um texto pronto e o aplicamos sem alteração na mídia a ser utilizada². O texto criado parte dos seguintes temas descritos: a licença à gestante, com a duração de cento e oitenta dias, prorrogável no caso de aleitamento materno, por no mínimo, mais 30 (trinta) dias, estendendo-se, no máximo, até 90 (noventa) dias, sem prejuízo do emprego e do salário³. Segundo Temporão⁴, *“vários estudos mostram que esse período da vida ele é fundamental na estruturação do futuro desse ser. Toda a estrutura emocional e mesmo biológica tem uma forte relação com o aleitamento ao seio materno de um lado, mas também com a prolongação do contato entre a mãe e o bebê nesse período tão crítico e tão difícil. Então os benefícios do ponto de vista da saúde pública são incontestáveis”*. A licença-paternidade possibilita o trabalhador ausentar-se do serviço, para auxiliar a mãe de seu filho, que não precisa ser necessariamente sua esposa, no período de puerpério (período que se segue ao parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher retornem à normalidade) e também registrar seu filho. Essa lei foi aprovada de cinco para quinze dias a duração, beneficiando inclusive o pai que adotar uma criança. De acordo com a proposição, a licença será concedida aos trabalhadores sem qualquer prejuízo de salário ou emprego⁵. A lei do acompanhante garante às gestantes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, rede própria ou conveniada. A Certidão de Nascimento, além de ser um documento de identificação, é a primeira garantia de cidadania e direitos a todos os brasileiros. A criança terá direito de ser atendida em todos os serviços públicos como, por exemplo, hospitais, postos de saúde, escolas etc. O Registro Civil de Nascimento é gratuito para todos os brasileiros. É de graça também a primeira certidão de nascimento. Essa gratuidade é garantida pela Lei nº 9.534/97. Acolhimento implica na recepção da pessoa na unidade de saúde responsabilizando-se por ela através da escuta de suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações e angústias, e garantindo atenção resolutiva. Na prática cotidiana dos serviços de saúde, essa ferramenta do cuidado se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os (as) usuários (as), portanto, não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária⁶. Desse modo, o acolhimento não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde⁷. Reforçar a importância do acolhimento pai-mãe-bebê contribuirá para o fortalecimento do vínculo e compromisso com a cidadania. No segundo momento é a utilização fotos digitais sobre os temas e a inserção de vídeos de curta duração. Essa estrutura será apresentada para análise de um profissional de informática e seguirá as seguintes fases de desenvolvimento: levantamento de dados, modelagem dos dados, desenvolvimento do software com a participação dos autores e dos profissionais de informática. Os tópicos citados anteriormente serão relacionados, primeiramente, em uma página de apresentação em forma de itens, sendo que cada um deles, quando acionados,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

conduzem a uma explicação detalhada (com textos e figuras ilustrativas), a fim de informar o aluno de graduação. O software inclui, também, mecanismos de busca, utilizando palavras-chave, agilizando o processo de consulta da base de dados. A realização deste software sobre a temática para alunos de graduação visa dar subsídios para sua educação, assim como para as práticas educativas realizadas por eles junto à clientela. No desenvolvimento do CD rom esta sendo utilizado um microcomputador com as seguintes características: Processador Athlon XP, modelo 1600+, de 1,4 Giga Hertz; 256MB de memória RAM, disco rígido de 30GB; leitor de DVD-ROM 16x, gravador de CD-ROM 16x; placa de vídeo com aceleração 3D; placa de captura de vídeo analógico; monitor de 17 ", placa de som, scanner de resolução 600dpi; câmera fotográfica digital de resolução 1024x768 pixels. Foram empregados também os seguintes aplicativos, em ambiente operacional Windows Vista. Desenvolvido em uma linguagem atual, o CD rom contribuirá para que o conhecimento existente seja realmente eficaz, objetivando uma sensível melhora nas práticas educativas. O CD-ROM será distribuído para alunos, professores e biblioteca a fim de alcançar o maior número de professores e alunos que possam acessá-lo.

Palavras-chave: acolhimento; enfermagem; material educativo; enfermagem neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Traçando redes de apoio: um novo olhar sob a paternidade na adolescência*

Pâmela Leites de Souza[†]
Sonia Maria Könzgen Meincke[‡]
Maria Emilia Nunes Bueno[§]
Marilu Correa Soares^{**}

Introdução: A Adolescência é uma das fases do desenvolvimento humano, caracterizada por mudanças físicas, mentais e sociais, sendo uma época de transição na busca da maturidade e construção da personalidade do indivíduo. Se agregarmos a este período o processo da paternidade, com todas as responsabilidades, modificações e funções inerentes, remete-se a uma reconstrução e reorganização da forma de vivenciar a adolescência (Meincke, 2007). Na busca por estudos na temática, evidencia-se que a paternidade na adolescência tem sido relegada a uma posição de menor destaque em relação ao da maternidade, razão pela qual, temos dificuldades de acesso e informações a respeito, conforme Meincke (2007). Segundo Levandowski (2001), existe uma carência teórica acerca do tema, pois a maioria dos estudos “têm levado em conta apenas a gestante/mãe adolescente, e ignorando aspectos como preocupações de pais adolescentes, impacto da gestação e da paternidade, interação com o bebê, dentre outros”. Baseando-se em dados das instituições que atendem a jovens mães, ressalta-se que para cada três mães adolescentes, existe um pai que é adolescente. Em função disso, calcula-se que aproximadamente 300 mil adolescentes tornam-se pais no Brasil a cada ano (Helena, 1995). Logo, a paternidade é considerada um processo em constante construção, que se dá através das interações estabelecidas entre os indivíduos e, particularmente, com aqueles com quem se possui um maior vínculo afetivo (Vasconcelos, 1998). Dessa forma, ao abordar a paternidade na adolescência, conforme Wright e Leahey (2002) é relevante discuti-la na vertente sistêmica, ou seja, enfocando a família e as demais redes de apoio como um sistema organizado. Cabe esclarecer que destaca-se a família em detrimento as demais redes de apoio, devido a crença de que o núcleo básico familiar não é apenas um local de moradia, mas é o porto seguro, no qual emergem os sentimentos, desejos e comportamentos mais íntimos (Lacerda, 2003). Isto é, onde se manifesta a essência da pessoa e dessa forma, surgem os valores da sociedade ao redor do ser humano. **Objetivos:** A fim de suprir esta lacuna teórica, estamos desenvolvendo a pesquisa Redes sociais de apoio à paternidade na adolescência (RAPAD) que objetiva identificar e conhecer as redes sociais de apoio que dão suporte ao pai adolescente que descobre e/ou vive essa experiência; identificar e avaliar os vínculos apoiadores deste adolescente; identificar as potencialidades e fragilidades na atenção à paternidade na

* Redes sociais de apoio à paternidade na adolescência (RAPAD) pesquisa com fomento do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) coordenada pela professora Sonia Maria Könzgen Meincke da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas – Rio Grande do Sul

[†] Acadêmica do 6º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL – Voluntária da pesquisa RAPAD. Email: pleitesdesouza@yahoo.com.br

[‡] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas - RS. Coordenadora da Pesquisa Multicêntrica: Redes de Apoio a Paternidade na Adolescência - RAPAD. Email: meincke@terra.com.br

[§] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS. Bolsista de Apoio Técnico CNPQ na Pesquisa RAPAD. Email: me_bueno@yahoo.com.br

^{**} Enfermeira. Doutora em Enfermagem em saúde Pública EERP-USP. Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Rio Grande do Sul, pesquisadora colaboradora da pesquisa RAPAD enfmari@uol.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

adolescência nos serviços de saúde e propor tecnologias para o cuidado em saúde à paternidade na adolescência. Além da ênfase na família enquanto um componente da rede de apoio à paternidade na adolescência inclui-se a busca pelas demais redes sociais, destacando-se as que envolvem ações de saúde. Propiciando assim, contribuição para mudanças e transformações da atenção ao pai adolescente a partir dos resultados obtidos. **Metodologia:** O estudo é multicêntrico realizado nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraíba envolvendo os hospitais universitários das respectivas universidades federais. É efetivado em dois subprojetos: um estudo quantitativo para conhecer o perfil da população de puérperas adolescentes, o qual também incluirá dados do pai adolescente e um estudo qualitativo para uma investigação mais aprofundada das redes de apoio à paternidade na adolescência. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas conforme parecer nº 007/2008. A coleta de dados teve início em dezembro de 2008 e o término previsto para dezembro de 2009. Os sujeitos do estudo quantitativo são todas as puérperas adolescentes que tiveram seus partos nos hospitais participantes e preencheram os critérios para a seleção dos sujeitos. As variáveis exploradas abordam: dados demográficos, sócio-econômicos; dados sobre a história ginecológica e obstétrica; dados sobre a gestação, pré-natal, o parto e o recém-nascido; bem como dados sobre o pai adolescente, tais como: dados demográficos, socioeconômicos, acompanhamento da gestação, frequência a serviços de saúde, acompanhamento ao parto, puerpério, expectativas – mesmo que na visão da mãe adolescente. O subprojeto qualitativo busca apreender a forma como o pai adolescente vivencia a paternidade nessa fase do desenvolvimento humano e sua relação com as redes de apoio, bem como indicar as ações integrais de atenção à saúde do adolescente na experiência da paternidade. Os sujeitos do estudo qualitativo são os pais adolescentes indicados pelas puérperas adolescentes no estudo quantitativo, que preenchem os critérios de seleção. Têm-se como instrumentos para coleta de dados a entrevista semi-estruturada: uma quando do nascimento do(a) filho(a) e outra com seis meses de vivência da paternidade, confecção do genograma e ecomapa. **Discussão e Resultados:** A presente pesquisa está em fase de coleta de dados. Os instrumentos quantitativos aplicados sofrerão dupla digitação por três digitadores independentes no software EPI-INFO e serão armazenados em banco de dados. Os dados sofrerão uma verificação de inconsistências durante a digitação, a fim de corrigi-los. Assim, os dados quantitativos serão analisados no software STATA. Em relação ao subprojeto qualitativo, a previsão de término de coleta dos dados é de seis meses após a última entrevista quantitativa com a mãe adolescente. Os resultados desta pesquisa serão relevantes, ao desvendar alternativas de como se processa o apoio à paternidade, a partir do saber empírico daqueles que a vivenciam na adolescência. Além disso, ajudarão a preencher a lacuna teórica sobre o tema, o que poderá contribuir para romper posturas constrangedoras e estagnadas por parte dos profissionais e serviços de saúde, que, muitas vezes, não conseguem abordar, de forma integral, humana e cidadã, o usuário e a família que estão envolvidos na vivência da paternidade/maternidade na adolescência. Com os resultados obtidos nesta pesquisa espera-se identificar e avaliar as redes sociais de apoio ao adolescente na vivência da paternidade, bem como, os vínculos familiares apoiadores e evidenciar a atenção prestada a esse ser humano nos serviços de saúde. **Considerações finais:** A pesquisa aspira a reconhecer os saberes e as práticas das redes de apoio à paternidade na adolescência, bem como propiciar a ampliação dos conhecimentos através da aplicação dos resultados na graduação e pós-graduação. Para que, a partir da participação dos pesquisadores em eventos, possamos socializar as informações adquiridas com a comunidade universitária, serviços de saúde e população. Os achados deste estudo configuram-se como base ao planejamento e desenvolvimento de ações que poderão integrar-se às Políticas Públicas de Saúde, a nível federal, estadual e municipal, qualificando os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

à população. Além de contribuir para a integralidade da atenção, apontando caminhos e propostas de mudanças e transformações ao cuidado e atenção à paternidade na adolescência.

Palavras-chave: adolescente, gravidez na adolescência, paternidade.

Referências:

1. MEINCKE, S.M.K. **A construção da paternidade na família do pai adolescente: contribuição para o cuidado de enfermagem**, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 275 p.
2. LEVANDOWSKI, D.C. **Paternidade na adolescência: uma breve revisão da literatura internacional**. *Estud. Psicol. (Natal)*, v. 6, n. 2, p. 195-209, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n2/7273.pdf>>. Acesso em: 04 junho 2004.
3. HELENA, L.A. **A paternidade antes da maioridade**. *O Globo*, Rio de Janeiro, 23 jul. 1995. Caderno Rio. p. 33.
4. VASCONCELOS, V.M.R de. **Desenvolvimento humano, psicologia e cultura**. In: Silveira, Paulo (org). **Exercício da paternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 41-45.
5. WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. [Tradução de Silvia M. Spada] 3. ed. São Paulo: Roca. 2002.
6. LACERDA, M.R.; OLINSKI, S.R. **A família e o enfermeiro no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade**. *Texto e Contexto*. Florianópolis: UFSC. Jul/set; 12(3): 307-13, 2003.
7. CORRÊA, A.C.P. **Paternidade na Adolescência: vivências e significados no olhar de homens que a experimentaram**. Ribeirão Preto, 2005.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Consulta de enfermagem ao binômio mãe e filho no período puerperal: perfil dos atendimentos

Débora de Miranda Barros*

Débora Guedelha Blasil*

Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla[†]

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[‡]

Introdução: Entende-se por puerpério o período pós-parto, no qual as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gestação e nascimento do bebê, retornam ao seu estado pré gestacional. Tem início uma a duas horas após a dequitação e término indeterminado, pois durante toda a amamentação a mulher continua sofrendo modificações, não retornando aos seus ciclos menstruais rotineiros. O puerpério é um período crítico tanto para a saúde física quanto mental da mulher, pois trata-se de um ritual de transição de papéis sociais, no qual vários sentimentos estarão se mesclando, tais como: euforia, medo, alívio e ansiedade. É o momento em que a autoconfiança da mulher está em crise influenciando diretamente o cuidado dispensado a criança. No município de Londrina – Paraná, o Protocolo de Atendimento à Gestante e Puérpera preconiza que a primeira consulta seja realizada pelo profissional enfermeiro, no puerpério imediato (1^o ao 10^o dia), para identificação de problemas e orientações quanto aos cuidados especiais nesse período, dando um enfoque maior na amamentação exclusiva e cuidados com o bebê. Da mesma forma, a primeira consulta do bebê também deve ser realizada precocemente, sendo assim, há um interesse de que se una as duas consultas em uma só, avaliando o binômio mãe-filho como um todo e dispondo as orientações necessárias. A unidade básica de saúde onde foi realizado o estudo conta com o apoio do serviço de Residência de Enfermagem em Saúde da Criança de uma universidade pública do município. A residente de enfermagem tem como funções dentro da unidade a realização de grupos de gestantes, orientando as mães para a chegada de seus bebês; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 18 meses, dando especial atenção aos considerados recém-nascidos de risco; acompanhamento do calendário vacinal das crianças e realização do retorno puerperal juntamente com a primeira consulta do bebê. **Objetivo:** Frente a experiência da atuação das residentes de Enfermagem em Saúde da Criança juntamente com os enfermeiros da Unidade Básica de Saúde o objetivo deste trabalho é descrever os problemas e condutas de enfermagem levantados na consulta das puérperas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e transversal. A pesquisa foi realizada numa Unidade Básica de Saúde do bairro Vivi Xavier da cidade de Londrina-Paraná, no período de maio de 2006 a maio de 2008. Os dados foram coletados a partir das informações anotadas no livro de registros e prontuários das consultas efetuadas pelas residentes de enfermagem, onde constavam as variáveis: número do prontuário, nome e idade da paciente, número e tipo de consulta (primeira consulta, retorno e visita domiciliar), problemas de enfermagem, condutas e encaminhamentos. Os dados foram

* Enfermeiras. Residentes em Enfermagem em Saúde da Criança. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná. E-mail: dedeusp@yahoo.com.br

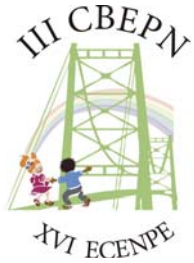
[†] Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto. Vice-Coordenadora da Residência em Enfermagem em Saúde da Criança. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná.

[‡] Enfermeira. Doutoranda. Professor Assistente. Coordenadora da Residência em Enfermagem em Saúde da Criança. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

posteriormente tabulados no programa Microsoft Office Excel, e então a amostra foi caracterizada quanto à idade e tipo/número de consultas realizadas. Os problemas de enfermagem com suas condutas e orientações foram dispostos nas seguintes categorias: “amamentação”, “saúde mental”, “parto”, “higiene/social” e “outros”, para facilitar a análise dos dados e observação dos resultados. Por fim, as informações foram quantificadas e descritas em porcentagem. **Resultados:** No período descrito foram atendidas 85 puérperas. A faixa etária variou de 15 a 41 anos, com uma média de idade de 24 anos, sendo que, 5 (9,6%) eram menores de 17 anos e 4 (7,7%) maiores de 35, idades consideradas de risco para gestação segundo Ministério da Saúde (2001). O total de atendimentos foi 96, sendo 85 primeiras consultas e 11 retornos. Os retornos eram marcados de acordo com a necessidade de cada puérpera, e observamos que o número máximo foi de 3 retornos para uma mesma mulher e o mínimo de 1. Houve um predomínio das consultas realizadas na UBS (91,7%) em relação às visitas domiciliares (8,3%), mostrando que as puérperas tem que se deslocar até o posto de saúde para serem atendidas, o que, nessa fase pós-parto, muitas vezes é difícil, especialmente se a mulher ainda está com dores e tem de levar o bebê recém nascido. A maioria dos problemas de enfermagem encontrados foram relacionados a amamentação, sendo os principais: fissura mamilar (25,9%) e risco para desmame precoce (15,3%). Outros problemas encontrados foram: ingurgitamento mamário, técnica incorreta, desmame precoce, risco de introdução precoce da alimentação complementar, aleitamento misto, artificial e predominante, produção de leite aumentada, risco de monilíase nas mamas e baixa produção láctea. Esses dados vêm confirmar as informações encontradas na literatura, as quais afirmam que as dúvidas mais frequentes nesta população são sobre amamentação, principalmente quando se trata de primigestas. Outros estudos, realizados com mulheres durante o puerpério imediato, mostram uma certa insatisfação das pacientes com o tratamento recebido na maternidade, especialmente com relação às orientações sobre amamentação. Muitas puérperas chegavam à unidade básica amamentando com técnica incorreta ou até mesmo já oferecendo outro tipo de leite ao bebê sem necessidade, o que poderia ser evitado caso tivesse uma boa orientação sobre o assunto já na maternidade. Somente 5,86% dos casos apresentaram problemas relacionados a saúde mental como: deficiência mental, estado emocional alterado e depressão com alucinações. Uma porcentagem que pode ser considerada pequena em relação ao número de mulheres atendidas no período, considerando que nessa fase a mulher se torna mais propensa a apresentar distúrbios como depressão pós-parto, “maternity blue”, etc. Problemas com o parto representaram 7% do total e foram caracterizados por: parto prematuro, deiscência de cesárea e episiorrafia e infecção de incisão cirúrgica de cesárea. Em relação à higiene e fatores sociais a maternidade na adolescência foi o problema mais encontrado, totalizando 4,7% dos casos. Nessa categoria também encontramos: mãe usuária de drogas (1,2%), higiene precária (2,3%) e maternidade após os 40 anos (1,2%). Na categoria “Outros” encontramos: infecção do trato urinário, uso indiscriminado de nistatina no bebê e dúvidas relacionadas à alimentação da puérpera. Dentre todos os dados analisados, 9 puérperas (10,6%) não continham nenhum registro de problemas de enfermagem, e 12 (14,1%) apresentavam a inscrição “sem particularidades”. Com relação às condutas tomadas, foi possível observar que a orientação quanto ao aleitamento materno exclusivo apareceu em 56% dos registros; em segundo lugar estão as orientações quanto a cuidados com as mamas (fissuras, ingurgitamento etc), representando 46,5%, e quanto a alimentação da puérpera (32,5%). Outras condutas registradas foram: planejamento familiar (5,8%), cuidados com o RN (10%), retirada de pontos de cesárea (2,3%) e orientações de higiene (2,3%). Ao final das consultas, 23% das mulheres foram encaminhadas ao ginecologista da unidade, 3,4% ao clínico geral, 2,3% ao serviço de psicologia, 1% ao fisioterapeuta e 1% ao Banco de Leite Humano para doação de leite. A partir disso podemos constatar que houve uma concordância entre os



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

problemas de enfermagem e as condutas/encaminhamentos registrados no livro, uma vez que as principais orientações oferecidas foram a respeito da amamentação e cuidados com as mamas, assim como os principais problemas de enfermagem identificados eram com o aleitamento materno. **Conclusão:** O puerpério é um período muito importante para a mulher e para o bebê. É nesse período que se estabelecem as primeiras relações da mãe com o filho, e é fundamental que se proporcione um apoio para que o binômio mãe-filho cresça de forma saudável e satisfatória, sem traumas ou dificuldades. Cabe a equipe de saúde, sobretudo ao enfermeiro, este suporte. O estabelecimento do vínculo e conquista da confiança da mulher, bem como a orientação precoce para tirar as dúvidas acerca do nascimento e do período puerperal, são de extrema importância e fazem toda a diferença no cuidado aos nossos pacientes, proporcionando uma diminuição do sofrimento e uma melhor qualidade de vida para nossas mulheres e crianças.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, puericultura, puerpério, cuidado à saúde da criança.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

A importância do papel da enfermagem nas unidades de coleta dos testes para o programa de triagem neonatal

Pâmela Silva George*
Luis Antônio Bastos Camacho[†]
Judy Botler[‡]

Introdução: Este estudo foi elaborado no projeto de iniciação científica que realizou na Fundação Oswaldo Cruz, com o intuito de analisar o papel da enfermagem atuante nas unidades de coleta do programa de triagem neonatal do estado do Rio de Janeiro, restringindo-se as etapas relacionadas à coleta do teste do pezinho e a busca ativa. Para o alcance dos objetivos basilares, esta pesquisa baseou-se em um projeto de doutorado *Avaliação de desempenho do Programa de Triagem Neonatal no Estado do Rio de Janeiro*, realizado por Judy Botler, sob orientação do Dr. Luiz Antônio Camacho. A Triagem neonatal é um termo que se refere aos testes realizados nos primeiros dias de vida de um recém-nato, os quais permitem fazer o diagnóstico e tratamento precoce de diversas doenças congênitas de natureza metabólica, endócrina, hematológica, infecciosa e multi-sistêmicas. Em relação às doenças metabólicas, podem ser detectadas a fenilcetonúria (PKU), galactosemia, homocistinúria, doença do Xarope do Bordo, deficiência da desidrogenase da acetil-CoA dos ácidos graxos de cadeia média (MCAD), entre outras. No caso das endocrinopatias, podem ser destacados hipotireoidismo congênito e hiperplasia adrenal. Particularmente, entre as doenças hematológicas, as crianças portadoras de doença falciforme podem obter grandes benefícios com a triagem neonatal. Entre as doenças infecciosas, de particular interesse, temos a toxoplasmose, sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a citomegalovirose. Popularmente conhecida como “Teste do Pezinho”, a coleta da triagem neonatal deve ocorrer entre o 3º e 7º dias de vida do recém-nato. Esse tempo mínimo se explica porque, para doenças metabólicas, há necessidade de exposição aos alimentos, para que se manifeste o acúmulo do metabólito em questão. O prazo máximo de 7 dias para a coleta se deve ao fato de que a maioria dessas doenças são assintomáticas e o início do tratamento deve ser feito o mais precocemente possível para que sejam evitadas possíveis sequelas. No que concerne ao hipotireoidismo congênito, por exemplo, o início do tratamento deve se dar até o 15º dia de vida, a fim de que se evite o dano neurológico (American Academy of Pediatrics, 2006). A coleta do teste do pezinho deve ser realizada por punção de calcanhar, já que esta região é de mais fácil acesso, bem vascularizada e quase indolor. A triagem neonatal surgiu no Brasil na década de 70 e se disseminou por diversos estados a partir de iniciativas individualizadas. Em 2001, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), com o objetivo de garantir o acesso ao teste para todos recém-natos, em território nacional, além de prever o tratamento para todos os casos detectados. O estado do Rio de Janeiro foi credenciado para a fase II do PNTN, que inclui a fenilcetonúria, o hipotireoidismo congênito e as hemoglobinopatias. Atualmente, existem dois Serviços de Referência em Triagem Neonatal credenciados pelo Ministério da Saúde – Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Os testes são colhidos em uma ampla rede de unidades de coleta, distribuídas por todos os municípios do

* Acadêmica de enfermagem do 9º período do curso de graduação e licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Bolsista de iniciação científica PIBIC/Fiocruz. Endereço R: Prof. Gabizo nº115/204. Tijuca. RJ. E-mail: rangal@ig.com.br

[†] Médico. Pesquisador Titular da Fundação Oswaldo Cruz.

[‡] Médica. Doutouranda da Fundação Oswaldo Cruz.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

estado, para serem enviados aos laboratórios de triagem neonatal de uma destas instituições, que também contam com infra-estrutura para o tratamento e acompanhamento dos casos detectados. Para que todas as crianças tenham acesso ao teste e que este seja colhido no momento adequado, há necessidade de ações educativas que envolvam a população em geral, dos profissionais de saúde que orientam o atendimento pré-natal, aqueles que trabalham em maternidades e que dão assistência no período pré-natal. São ações multiprofissionais, por natureza envolvendo diretamente enfermeiras e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, bioquímicos técnicos de laboratório e médicos. No contexto da atenção básica à saúde, no qual são realizadas muitas das etapas da triagem neonatal, a enfermagem tem papel de destaque na articulação dos componentes dos demais profissionais que atuam nas ações deste programa de saúde pública. O **objetivo** deste estudo é analisar o papel da enfermagem e dos demais profissionais envolvidos nas atividades da triagem neonatal, nas etapas que se referem à coleta do teste do pezinho e da busca ativa, nas unidades de coleta do PNTN do estado do Rio de Janeiro. A relevância persiste por ainda se observar coletas tardias, de má qualidade, além da demora no envio do material colhido aos laboratórios para análise e dos resultados, mesmo havendo diretrizes bem estabelecidas para os programas de triagem neonatal (SILVA et al., 2003). **Metodologia:** Foi selecionada uma amostra de conveniência com 65 unidades de coleta em cada uma das 8 regiões administrativas do Estado do Rio de Janeiro e das 5 principais Áreas Programáticas em Saúde, considerando o maior volume de coleta, e segundo um dos 5 tipos: Maternidade, Hospital Geral, Posto de Saúde, PSF e APAE. Cada uma destas unidades foi visitada e submetida a um questionário semi-estruturado, observação e análise documental. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica, que deram origem aos gráficos e tabelas que foram objeto da análise descritiva. A referida pesquisa seguiu a Resolução 196/96 do CNS, sendo aprovado por cinco comitês de ética em pesquisa, dentre eles, o CEP ENSP/Fiocruz. **Resultados:** a maioria das coletas é feita por técnicos de enfermagem (75,4%) e enfermeiros (43,1%). O mesmo se dá com a busca ativa – técnicos de enfermagem com 44,6% e enfermagem com 4,31%. A maioria dos coletadores (73,8%) recebe treinamento. Porém alguns profissionais ainda usam produtos como álcool iodado e povidine (30,8 %) na antisepsia do local da punção. Sessenta e sete por cento dos profissionais realizam a punção em local apropriado, ou seja, nas laterais do calcanhar. Somente 55,4 % das UC possuem manual para orientação da coleta e busca ativa. A existência de pia na sala de coleta para higiene dos profissionais (87,0%), não garante a sua higienização, pois apenas 67,7% dos profissionais lavam as mãos antes de realizar cada coleta. Cerca de 80,0% dos profissionais usam luvas descartáveis durante a coleta. Apenas 30,8% das UC possuem material de informação, em lugar visível, que oriente a coleta. A maioria dos profissionais sabe orientar sobre as doenças detectadas e os riscos que a criança corre (87,0%). O monitoramento acerca da avaliação dos profissionais é falha, apenas 21,5% foram avaliados nos últimos anos. **Conclusão:** As atividades de coleta de amostras de sangue para triagem neonatal envolvem forte participação de profissionais de enfermagem em razão do treinamento destes profissionais e da natureza das atividades. Os resultados apresentados mostram que a maior proporção de profissionais que realizam a coleta e a busca ativa é de enfermagem, distribuídos entre técnicos de enfermagem e Enfermeiros. Ainda observamos que a maioria dos profissionais envolvidos nessas etapas da TN recebeu o treinamento, mas paradoxalmente, não cumprem corretamente as técnicas de coleta descritas no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, que deveriam estar internalizadas nos profissionais, como por exemplo, usar álcool puro hidratado para fazer a antisepsia do local da punção, realizar a punção nas laterais do calcanhar, dentre outras. Desta maneira, podemos levantar algumas questões como: será que os profissionais estão mesmo realizando o treinamento? Será que o treinamento está sendo realizado em número satisfatório? Se estiverem, como será que está a qualidade do mesmo? Pois as



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

técnicas mais básicas não estão sendo realizadas. E ainda questiona-se a pouca avaliação do desempenho destes profissionais. É de extrema importância esse monitoramento, através destas avaliações, pois só assim, poderemos observar onde está a falha para tentar melhorar e com isso atingir as metas do PNTN. Vale ressaltar a partir do exposto que se faz necessário urgentemente, a capacitação específica para estes profissionais, com educação permanente por meio de cursos periódicos para atualização, sensibilização e reforço dos conhecimentos técnico-científicos do teste do pezinho no afã de garantir a melhoria na qualidade da assistência e investimentos em propagandas específicas, para sensibilizar e informar a população acerca da importância de se realizar, o exame no período ideal, melhorar a qualidade e/ou quantidade dos treinamentos disponibilizados pelo SRTN, realizar monitoramento do desempenho dos profissionais perante a coleta e a busca ativa, através de avaliações constantes. Assim, contribui-se, para a garantia da melhoria na qualidade da assistência prestada. Desta forma, poderemos garantir as metas do PNTN proporcionando uma vida saudável para as crianças que foram diagnosticadas pela triagem neonatal e iniciaram o tratamento específico precocemente. Além de desenvolver nos profissionais inseridos, o sentimento de missão cumprida, enaltecendo sua realização profissional.

Palavras-chave: enfermagem; triagem neonatal; assistência de qualidade.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

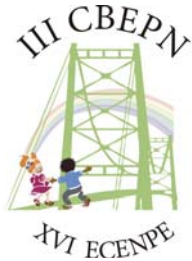
Cuidados na manutenção do PICC em neonatos: a percepção dos enfermeiros

Cristiane Godoy*
Lenir Cauduro†

Introdução: O nascimento é um evento importante e por vezes de estresse para a mãe e o neonato. As primeiras horas de vida do neonato às vezes são decisivas e marcadas por apresentarem características tanto fisiológicas quanto comportamentais. As condições do nascimento, o estresse materno e o tempo de trabalho de parto são fatores que influenciam no nascimento do neonato. O primeiro período, denominado de reatividade, é o período em que se estabelece o vínculo, é a fase do fortalecimento, em que a tríade mãe-bebê-pai é formada. Porém, nesta fase de fortalecimento, para os neonatos que precisam de internação, gera-se um estresse familiar, e muitas vezes nesta internação são necessários alguns cuidados, que em sua maioria geram dor e desconforto. A partir do desenvolvimento tecnológico, surgiu o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), uma técnica que possui as vantagens de fácil inserção e longa duração (que vai de semanas a um ano), sem complicações, sem causar estresse e dor aos neonatos, que são pacientes sensíveis. Os critérios que o enfermeiro utiliza para a indicação do cateter devem vir precedidos de um protocolo estipulado pela instituição que contempla desde o perfil do neonato até as condições de inserção, manutenção e retirada. Assim, tornou-se relevante conhecer como os enfermeiros neonatais estão atuando frente a procedimentos de alta complexidade, como a inserção do PICC, sendo esta uma das atribuições específicas do enfermeiro, o que atualmente tem beneficiado a população neonatal. É providencial a utilização do cateter central de inserção periférica não somente para neonatos que necessitam de terapias endovenosas superiores há sete dias, mas para neonatos pré-termos, pré e pós-operatório, que precisam ser internados em unidade de terapia intensiva. No entanto, existem situações de emergência em que o cateter não possibilita grandes infusões de volume e torna-se impróprio para infusão de hemoderivados, por exemplo. A inserção será definida após a escolha da veia que será utilizada e o material a ser utilizado; o manuseio dá-se de acordo com protocolo da instituição. A competência técnica e legal para o enfermeiro inserir e manipular o PICC encontra-se amparada pela Lei 7498/86 e seu Decreto 94406/87, no seu artigo oitavo inciso I, alíneas c, g, h, e inciso II, alíneas b, e, h, i, além das Resoluções: COFEN n^a 240/2000 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem), Cap.III, das responsabilidades, nos seus artigos 16, 17, 18, COFEN n^a 258/2001, e parecer técnico COREN-RJ n^a 09/2000, assim sendo normalizadas a inserção e a manipulação deste dispositivo pelo profissional enfermeiro. O enfermeiro deverá estar qualificado para inserir o cateter com aulas práticas, porém toda a equipe de enfermagem recebe orientações quanto ao manuseio. O enfermeiro deverá instituir um protocolo com rotinas para o uso e manutenção do cateter; este documento tem o objetivo de sistematizar o cuidado. As vias de inserção do cateter devem ter calibre de médio a grande porte; na grande maioria das vezes, o cateter é inserido nas veias basílica, axilar, cefálica ou mediana cubital. No entanto, estudos apontam que poderá ser usado em temporal, posterior auricular, grande safena, pequena safena, femoral, onde o lúmen do cateter, ou seja, a parte distal deve migrar para a veia cava

* Professora da disciplina Materno Infantil de Escola Técnica, Instituto Professor Huberto Rohden Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil.

† Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professora da disciplina de Internato do Centro Metodista de Educação do Sul (IPA), Rio Grande do Sul, Brasil. Barão do Gravataí 360. apt^o 501. CEP: 90050-330 Porto Alegre-RS. E-mail: lesc62@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

superior, onde o fluxo sanguíneo é maior, atingindo assim o órgão alvo. Em geral, o cateter é utilizado para administração de medicamentos, hidratação ou nutrição parenteral total (NPT), necessárias para neonatos que necessitam de um longo período de internação, sem expor o neonato a várias punções, sem precisar dissecar uma veia que acaba inutilizando-se no caso de pacientes em tratamento em longo prazo e preservando-se veias periféricas.

Objetivo: Conhecer como os enfermeiros estabelecem critérios de manutenção do PICC em neonatos internados em UTI Neonatal de um hospital-escola. **Metodologia:** É uma pesquisa de abordagem qualitativa em que foi utilizada a técnica de questionário semi-estruturado, com oito perguntas abertas. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2008. O contexto do estudo foi a UTI Neonatal de um hospital-escola na cidade de Porto Alegre, RS. A unidade é composta por 40 leitos, sendo considerada UTI nível três, de alta complexidade, onde é preconizado atendimento 100% SUS, assistindo neonatos com patologias clínicas e cirúrgicas. Os participantes foram cinco enfermeiros que estão envolvidos nos cuidados ao neonato e fazem uso do cateter central de inserção periférica (PICC). A abordagem inicial para a inclusão dos participantes no estudo ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética da Instituição em estudo sob o nº. 137/08. A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde estabelece vigências legais nas normas e diretrizes dos direitos humanos que estão inseridas no programa de pesquisa Resolução CNS 196/96.

Resultados: Os dados foram tratados pelo processo de Análise de Conteúdo, extraídos das respostas dos questionários, foram agrupados por semelhança e significados. Emergiram seis categorias, denominadas: Capacitação dos Enfermeiros, O Enfermeiro na Avaliação da Necessidade de Inserção do PICC, Inserção do PICC em Neonatos Pré-termo, Orientação para a Equipe de Enfermagem, Perda do Cateter e Atualização do Enfermeiro. **Conclusões:** No que se refere à qualificação e capacitação dos enfermeiros para a inserção do PICC, todas as participantes do estudo realizaram o curso de capacitação, e somente uma foi capacitada fora de Porto Alegre. Os cursos de capacitação ocorreram na própria instituição ou durante o curso de Especialização em Neonatologia, permitindo, assim, habilitação para o procedimento. Para as participantes, a qualificação e a capacitação fazem parte do processo de educação permanente, em que os objetivos da instituição e os objetivos dos profissionais, de alguma forma, estão ligados. Desse modo, os profissionais envolvidos sentem-se capazes de realizar o procedimento. Os critérios identificados como imprescindíveis para a inserção do cateter são fatores como a integridade da pele e as condições do neonato, as soluções infundidas, como NPT e antibióticos, terapia endovenosa e a osmolaridade das soluções, assim como o tempo de internação. O baixo peso e a prematuridade são critérios determinantes e unânimes para as enfermeiras na inserção do cateter. Na avaliação das enfermeiras, é através do exame físico detalhado que se identifica a necessidade de inserção do cateter para evitar excessivas punções e minimizar o estresse do neonato e de seus cuidadores. Embora a UTI em estudo assista a usuários cirúrgicos, somente uma das enfermeiras apontou a necessidade do PICC para os neonatos que irão realizar algum procedimento cirúrgico. As dificuldades relatadas foram: a fragilidade da rede venosa, os hematomas provocados por punções anteriores e a não-progressão do cateter, que está relacionada com a prematuridade, embora as participantes tenham afirmado não ter dificuldades no momento de inserção do cateter. Acredita-se que a facilidade que demonstram esteja relacionada ao tempo de experiência profissional. Porém, o sucesso da punção depende também da sensibilidade e da habilidade para o procedimento. Orientações para a equipe de enfermagem relatadas como importantes estão relacionadas ao teste de fluxo e refluxo, lavagem do cateter com soro fisiológico a cada seis horas, uso da seringa adequada, verificação da permeabilidade do cateter, observação das condições do curativo, assim como dos sinais flogísticos, e não infusão de hemoderivados. Observação dos sinais flogísticos e fixação adequada são cuidados importantes para a manutenção do cateter,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

evitando a perda precoce. A lavagem efetiva é um item importante para evitar a perda do cateter pelo técnico de enfermagem. A obstrução é a maior causa da retirada do cateter, uma vez que este critério é atribuído à infusão de medicações incompatíveis, além da lavagem intermitente inadequada. As tentativas de desobstrução devem ser criteriosas, pois poderá haver o risco de o cateter romper no interior do vaso. Para que o cateter seja retirado, é preciso constatar sua obstrução, o término do tratamento ou a suspeita de infecção, critérios citados e utilizados para essa conduta. A intensificação da educação permanente sobre o uso e manutenção do Cateter Central de Inserção Periférica no serviço de neonatologia por meio de grupos de discussões em horário de serviço, em que a equipe de enfermagem possa trocar experiências, e a participação em cursos, seminários e congressos que divulguem novas tendências são preocupações dos enfermeiros. As chefias de serviços envolvidas têm o papel de incentivar o enfermeiro que atua neste cenário a buscar atualização em relação ao cuidado do neonato que faz uso do PICC; revisar permanentemente e adaptar o protocolo institucional para o manejo do PICC sempre que necessário; trocar experiências com profissionais de outros serviços que utilizam o Cateter Central de Inserção Periférica.

Palavras chave: cateter central de inserção periférica, neonatologia, equipe de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Assistência ao recém-nascido no nascimento: a caminho da humanização*

Laura Fabiane de Oliveira Patrício[†]
Maria Aparecida Munhoz Gaíva[‡]
Priscilla Shirley Siniak dos Anjos[§]

Introdução: Durante muitos séculos o parto/nascimento ocorreu no contexto familiar, com o apoio e trocas de experiências de familiares e mulheres que já tinham vivenciado esse evento. As mulheres eram consideradas capazes de “parir”, sem a necessidade de uma atuação intervencionista das parteiras. A família participava ativamente deste momento e em algumas situações o pai era quem segurava o filho ao nascer. Porém, a partir do século XIX com os avanços da ciência, o parto e o nascimento assumiram novo papel, passando de evento familiar para um acontecimento hospitalar, onde a tomada de decisão sobre a parturição deixa de pertencer à mulher/família e passa a pertencer ao médico, implicando na adequação da família às rotinas impostas pela instituição. Buscando resgatar a mulher/família como protagonistas do evento parto/nascimento, o Ministério da Saúde vem propondo nas últimas décadas, políticas voltadas à humanização da assistência ao parto/nascimento, as quais objetivam a desmedicalização do corpo da mulher e do ato de parir, uma vez que o uso irracional das intervenções provoca mais danos que benefícios, sendo necessário a utilização de tecnologias apropriadas a cada situação. Humanizar o parto significa também direcionar nosso conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo as dificuldades que precisam ser superadas pelo binômio mãe-filho nesse processo. No âmbito da humanização do nascimento é necessário direcionar nosso olhar também ao recém-nascido e nos ajustes realizados por ele para a adaptação extra-uterina. O recém-nascido sofre para se ajustar ao meio extra-uterino e os profissionais de saúde enquanto facilitadores deste evento devem proporcionar condições de bem-estar para sua adaptação ao novo ambiente, reduzindo as manipulações e procedimentos muitas vezes desnecessários, e mantendo-o junto de sua mãe. **Objetivo:** Analisar a assistência prestada ao recém-nascido no momento do parto/nascimento em maternidades de Cuiabá, Mato Grosso (MT), tomando por referência as atuais políticas de humanização da atenção ao parto/nascimento. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que faz parte de um projeto maior denominado Mortalidade Materna e Neonatal e Qualidade da Atenção à Saúde em Mato Grosso, desenvolvido pelo grupo de pesquisa Projeto Argos, da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, e que tem como um dos seus objetivos analisar as condições de assistência ao recém-nascido no município de Cuiabá, MT. Para realização desta etapa da pesquisa elencamos como local de estudo quatro instituições que prestam assistência ao recém-nascido, sendo uma pública, duas privadas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e uma privada não conveniada ao SUS, por serem responsáveis pela maioria dos partos realizados no município. A coleta dos dados ocorreu através da observação sistemática, utilizando um roteiro norteador. O processo de observação foi efetivado na sala de parto e sala de recepção do recém-nascido, no período de abril a junho de 2009 nos diferentes turnos de trabalho; sendo aplicado o critério de exaustão dos dados. Os relatos das observações e a percepção da pesquisadora foram registrados em um

* Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

[†] Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

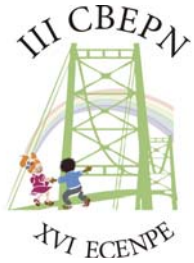
[‡] Enfermeira. Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

[§] Enfermeira. Mestranda pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Endereço: Rua Mauricio de Nassau, Casa 3, Morada dos Nobres. Cuiabá – MT. 78068-010. Endereço eletrônico: priscilladosanjos@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

diário de campo e posteriormente transcritos. Esta pesquisa cumpriu as normas éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), parecer nº. 627/CEP-HUJM/2009. Os dados foram analisados através da análise temática e emergiram quatro categorias que são: *o contato precoce mãe/filho/família; o estímulo ao aleitamento materno precoce; cuidados com o recém-nascido ao nascimento e as relações da equipe de saúde com mãe/filho/família.* **Resultados:** Os dados mostram que a assistência prestada ao recém-nascido no momento do nascimento está diretamente ligada à concepção dos profissionais em relação ao parto e às normas e rotinas estabelecidas por cada instituição de saúde. Nas instituições estudadas foi possível perceber que o contato mãe-filho-família aconteceu em situações pontuais, não priorizando a aproximação, toque e aconchego precoce entre mãe-filho, sendo que os procedimentos técnicos são o centro da assistência ao nascimento. Muitas foram as situações em que o contato não aconteceu, e nas circunstâncias onde o contato foi possível, este ocorreu visualmente e por um período menor que um minuto. As observações demonstraram que o estímulo à sucção precoce acontece em algumas situações a depender de quem assiste o bebê. Uma ferramenta que pode ser utilizada para o estabelecimento do vínculo mãe-filho é o aleitamento materno, que contribui para prevenção de doenças hemorrágicas maternas e a regressão uterina ao seu tamanho normal, dentre outras. Para o bebê, o aleitamento materno, para citar alguns benefícios, facilita a eliminação do mecônio após nascimento, protege o trato gastrointestinal contra infecções, além de estimular a formação do apego. O Ministério da Saúde destaca que o aleitamento materno deve ser uma das preocupações na atenção ao nascimento, e orienta que este deve ocorrer ainda na sala de parto, desde que mãe e filho tenham condições para tal. Na maioria das instituições estudadas, os procedimentos com o recém-nascido são realizados logo após o nascimento, como as medidas antropométricas; a instilação de nitrato de prata nos olhos que dificulta a visão do recém-nascido e conseqüentemente a visualização do rosto materno; a realização do banho logo após o nascimento, que prejudica o controle termorregulador do recém-nascido e, somente depois de seu término é que ocorre o contato mãe-filho, estabelecendo o vínculo afetivo. O Ministério da Saúde orienta que os cuidados com o recém-nato de baixo risco logo após o nascimento, se resumiriam em enxugar, aquecer, avaliar e entregá-lo para a mãe a fim de proporcionar um contato íntimo e precoce, olho no olho, pele a pele. No período imediato após o nascimento o recém-nascido sofre para se adaptar ao meio extra-uterino e os profissionais de saúde enquanto facilitadores deste evento devem proporcionar condições de bem-estar físico, como, por exemplo, desligar o ar condicionado antes do nascimento, para que sua chegada seja num ambiente aquecido e/ou minimize a perda de calor, além de reduzir o excesso de luminosidade e sonoridade ambiental, evitando manipulações desnecessárias. Afinal o bebê tem que começar uma nova etapa de adaptação e ajustar-se em um ambiente estranho, além de ficar afastado de sua mãe, ou melhor, da voz mais familiar que ele conhece. A maneira como a parturiente e o neonato são assistidos no momento do parto/nascimento depende diretamente do modelo organizacional do serviço, da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes à proposta de humanização e da capacidade e sensibilidade dos profissionais de saúde. **Conclusão:** Acreditamos que os profissionais de saúde, bem como as instituições que assistem a parturiente e o recém-nascido devem realizar suas ações em conformidade com as atuais políticas de humanização, para que medidas simples e fundamentais seja uma realidade. A humanização do nascimento deve estar embasada no conhecimento do profissional em executar os cuidados e na sua conscientização da importância do estímulo ao vínculo afetivo mãe-filho ainda na sala de parto. Devemos voltar nossas ações ao significado e relevância do nascimento na perspectiva do recém-nascido, o que implica na visualização deste ser frágil como um cidadão que está passando por um momento de importantes transformações para



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

seu crescimento e desenvolvimento adequado. Dessa forma, pode-se dizer que a humanização do nascimento, definida nas políticas governamentais, ainda não está presente na maioria das nossas salas de parto. O recém-nascido/família são vistos apenas como um paciente/cliente, ou seja, suas singularidades, expectativas e história de vida não são consideradas ou são deixadas para segundo plano, estando as normas e rotinas rígidas das instituições centradas nos procedimentos ao invés do sujeito. No contexto do nascimento é imprescindível que o recém-nascido/parturiente/família tenha seu verdadeiro papel resgatado, para que a subjetividade de cada pessoa seja considerada para a tomada de decisão e que intervenções realmente necessárias existam, a fim de transformar o nascimento, momento adaptativo para o recém-nascido, o menos traumatizante possível.

Palavras-chave: humanização da assistência, recém-nascido, nascimento.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Práticas cotidianas das mães com recém-nascido com a icterícia fisiológica

Jaqueline Carneiro Aguiar Cortez
Jane Nascimento Pereira
Luis Renato Sabino
Lucileide Oliveira Batista

A icterícia é uma das manifestações clínicas mais freqüentes nos recém-nascidos. Cerca de 98% dos RNs apresentam hiperbilirrubinemia indireta na 1^o semana de vida, sendo que 2/3 desenvolvem icterícia com valores superiores a 5 mg/dl. A icterícia neonatal é a coloração amarelada da pele e das mucosas e é definida como nível sérico de bilirrubina não conjugada ou indireta mais que 1 mg/dl ou como bilirrubina conjugada ou direta superior à 1,5 mg/dl, desde que esta represente mais que 10% do valor de bilirrubina total. Na maioria das vezes, a hiperbilirrubinemia decorre de um aumento na fração indireta, sendo a expressão clínica de um mecanismo de adaptação neonatal ao metabolismo da bilirrubina chamada de icterícia fisiológica. As formas de terapia que controlam a hiperbilirrubinemia indireta sérica no período neonatal mais utilizadas atualmente são a fototerapia e a exsanguineotransfusão. Essas formas de tratamento são utilizadas no âmbito hospitalar, mas foi observado pelos profissionais da saúde, que as mães utilizam, realizam, e também falam de práticas realizadas em casa para o tratamento da icterícia mais conhecida por elas como “amarelão”. Essas práticas são trazidas por diferentes grupos socioculturais e trazem para a unidade de assistência à saúde diferentes crenças e valores sobre o cuidado com a saúde. Estes fatores afetam significativamente o modo como a pessoa responde aos problemas de saúde ou à doença. Cultura é definida como o aprendizado de padrões de comportamento, crenças e valores que são característicos de um grupo particular de pessoas. Preservação da saúde, prevenção de doenças, causas das doenças, tratamento, enfrentamento, cuidados, a morte e a forma de morrer são partes componentes da saúde de toda cultura.” Cada pessoa tem um sistema de crenças e valor próprio que foi moldado, no mínimo, em parte por seu, ambiente cultural. Esse sistema de crença e valor é muito importante e orienta o pensamento, as decisões e as ações da pessoa. Ela proporciona a direção para interpretar e responder à doença e ao cuidado de saúde. Neste estudo será descrito as práticas (crendices e/ou simpatias) citadas pelas mães durante a entrevista, que realizam no seu dia-a-dia, como técnicas curativas que geralmente é passada de geração para geração chamada de cultura familiar e que pode ser atribuída como “medicina popular” ou “medicina tradicional.” Mesmo diante dos avanços alcançados pela medicina oficial, a medicina popular e as terapias alternativas conseguem obter credibilidade porque respondem, em muitos casos, as necessidades e expectativas da população. As práticas populares surgem como conseqüência da necessidade de se resolver os problemas diários e pelo fato de darem certo se transformam em convicções, em crenças que são repassadas de um indivíduo para o outro e de uma geração para a outra. Assim, consideramos crença como o conhecimento advindo do senso comum, repassado de geração a geração, adquirido de forma empírica e que faz parte da cultura das populações. O estudo objetivou conhecer as práticas cotidianas das mães nos cuidados do RN com icterícia fisiológica no domicílio e descrever as principais crendices e simpatias utilizadas. Trata-se de um estudo descritivo exploratório. Foi realizado em um hospital da rede privada da cidade de São Paulo localizado na região norte. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo sob o n^o 99/08 e os pesquisados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra foi constituída por 37 mães com idades entre 20 à 49 anos que estavam com seus filhos internados neste hospital na ala da Pediatria e da Maternidade. Como instrumento de coleta de dados utilizamos um questionário constituído de dez perguntas fechadas. Os



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

resultados mostraram que as diversas formas de simpatias têm seu modo peculiar de comportamento relativo ao cuidado, que geralmente é conhecido pelos integrantes da própria cultura no caso dessas mães, mas freqüentemente conhecido por profissionais da enfermagem com bagagem cultural diferente. Dentre os participantes deste estudo, foram constatadas opiniões diversas quanto ao uso destes recursos populares. Entretanto, muitos acreditam na eficácia e utiliza essas práticas para resolver seus problemas de saúde. Experiências empíricas, baseadas em resultados positivos ou negativos durante o uso destes recursos, respaldam a credibilidade e adoção destas práticas. Das 37 (100%) mães entrevistadas, tiveram seus filhos com icterícia num grau leve à moderado. Destas, 37,83% (14) tinha algum conhecimento empírico passado por algum familiar mas que não foi utilizado; 16,21% (06) não tinha nenhum conhecimento empírico e 45,94% (17) tinha conhecimento e utilizaram-se dele. Pelos dados levantados, 89,1% (33) utilizaram como método curativo o banho de sol; 29,7% (11) utilizaram e ofertaram para o bebê beber o chá de picão; 62,1% (23) realizaram o banho de picão; 2,7% (01) realizou o banho de sabugo de milho; 2,7% (01) realizou o banho de telha virgem; 16,2% (06) não utilizaram roupa amarela e 5,4% (02) realizaram outro tipo de simpatia. A fototerapia foi citada 56,75% (21) sendo este realizado no hospital. As mães responderam que na utilização destes métodos foram feitas associações. Banho de picão + banho de sol 21,62% (08); fototerapia + banho de sol 35,13% (13); fototerapia + picão 2,7% (01) e fototerapia + picão + banho de sol 10,81% (04). Em todas as associações foram citados o banho de sol ou a fototerapia, que consiste na exposição do recém nascido à luz. Observamos que 15 mães que responderam o questionário são profissionais da saúde, da área de enfermagem e nos deparamos com estes profissionais fazendo uso destas práticas populares. Mesmos estes profissionais conhecedores de conceitos técnicos científicos, 46,60% (07) acreditam na eficiência da prática popular e 53,33% (08) não acreditam. Considerando que as práticas populares sempre existiram e continuam sendo utilizadas na busca de soluções para problemas de saúde pelas famílias, é impossível não se considerar a importância destas nos cuidados preventivos e curativos em saúde. As práticas populares são meios utilizados pelas famílias para cuidar dos seus entes, que se transmitem de geração a geração, e têm um papel importante na manutenção da saúde da comunidade, estando as crianças mais expostas, pois as mães são mais fortemente influenciadas pelas avós, vizinhas, que repassam seus conhecimentos adquiridos no dia-a-dia. A adoção de terapias alternativas na assistência à saúde pode favorecer o alcance de melhores resultados no processo saúde doença. Assim, é claro que o profissional deve respeitar as crenças e práticas populares, mas também deve adotar condutas ativas e produtivas na comunidade com o objetivo de desmistificar alguns assuntos e promover a saúde da população. Portanto, ao invés de criticar, os profissionais de saúde devem conhecer melhor e aprender a lidar com tais práticas. Compreender o contexto cultural dos grupos com quem trabalha é essencial para que a enfermagem possa realizar seu trabalho de forma coerente e com ampla aceitação das pessoas.

Palavras-chave: crenças populares, cuidado com recém-nascido, icterícia fisiológica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**A atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal,
o real e o possível**

Liciane Langona Montanholi*
Miriam Aparecida Barbosa Merighi[†]
Maria Cristina Pinto de Jesus [‡]

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) constitui-se em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de recém-nascidos (RNs) em estado grave. As atividades de gerência da unidade e do cuidado são privativas ao enfermeiro. Ademais, o artigo 11 da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil assegura caber privativamente ao enfermeiro o cuidado direto de enfermagem aos pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Por meio de revisão da literatura constatamos que muitas são as atividades que competem ao enfermeiro na UTIN e a importância da atuação desse profissional. No entanto, em nossa prática profissional observamos uma dicotomia entre a teoria e a prática. Percebemos que, muitas vezes, esses profissionais apresentam-se distantes do cuidado direto ao RN em estado grave e sua família, centrando suas atividades nas questões administrativas. Assim, surgiram as seguintes inquietações: Que atividades estão sendo realizadas pelos enfermeiros na UTIN? Quais atividades estão sendo priorizadas? As condições de trabalho influenciam a priorização do cuidado direto ao RN? O que pensam os enfermeiros dessa unidade sobre sua atuação?

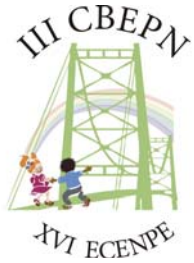
Objetivo: conhecer e compreender a vivência da enfermeira na UTIN. **Método:** Estudo qualitativo, tendo como referencial teórico-metodológico a Fenomenologia Social. Este referencial permitiu-nos desvelar o sentido de ser enfermeiro na UTIN, no contexto das relações sociais entre enfermeiros, recém-nascidos e seus pais. A partir do vivido das enfermeiras em seu cotidiano na UTIN, desvelamos o fenômeno: a atuação da enfermeira na UTIN. Participaram do estudo 12 enfermeiras que atuavam em UTIN de hospital público e privado. Foram realizadas entrevistas individuais com as seguintes questões norteadoras: Fale-me do seu dia-a-dia na UTIN. Como você realiza o cuidado direto ao RN? Há alguma outra atividade que gostaria de realizar? O número de participantes foi determinado no transcorrer das entrevistas, no momento em que percebemos que os discursos mostravam-se repetitivos, encerramos a coleta de dados. As enfermeiras assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética dos hospitais participantes e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com o processo nº713/08. Para a análise dos dados seguimos os seguintes passos: transcrição e leituras das entrevistas na íntegra; agrupamento dos aspectos afins do significado da ação social; categorização dos dados; interpretação dos dados de acordo com os pressupostos da Fenomenologia Social. Com base nas unidades de significado identificou-se as categorias que expressaram aspectos significativos da compreensão e da vivência das enfermeiras.

Resultados: As enfermeiras participantes da pesquisa trabalham nos três turnos (manhã,

* Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Enfermeira da UTI neonatal/pediátrica da Maternidade Santa Helena, São Bernardo do Campo. E-mail: liciane@usp.br

[†] Doutora em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: merighi@usp.br

[‡] Doutora em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG. E-mail: cristina.pinto@acessa.com Endereço para correspondência: licianelm@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

tarde e noite). O tempo de trabalho em UTIN variou entre 2 meses à 11 anos; quanto a formação, 5 enfermeiras fizeram especialização em Enfermagem Neonatal, 2 em Enfermagem Pediátrica e Neonatal, 2 em Enfermagem Pediátrica, 1 Enfermagem em UTI Adulto e Pediátrica, 1 em Saúde Coletiva e 1 em Enfermagem em Emergência. Uma das UTIs neonatais possui 6 leitos e a outra 4; ambos hospitais não tem a certificação de Hospital Amigo da Criança, nem implementam o Método Canguru sistematicamente, apesar de incentivarem o contato pele à pele entre pais e RN. Uma das UTIs oferece educação contínua aos profissionais, desde o ingresso no serviço, segue protocolos de cuidados e possui equipamento e materiais em quantidade e qualidade suficientes para atender as necessidades dos RNs; a outra oferece apenas capacitação quando os profissionais ingressam na unidade, não conta com protocolos de cuidado nem com equipamento em quantidade e qualidade suficientes para o cuidado. Utilizando os pressupostos da Fenomenologia Social foi possível compreender o contexto motivacional da enfermeira ao atuar na UTIN, ou seja, os motivos que determinam suas ações (motivos porque) de uma maneira específica e as finalidades de suas ações (motivos para). Com base nos pontos de convergências das entrevistas as unidades de significado foram identificadas e agrupadas em três categorias: Desenvolvendo Ações; Percebendo Suas Ações e Vivenciando Expectativas. Quanto aos motivos que determinam suas ações, os resultados mostram que a enfermeira gerencia a unidade, provendo recursos, materiais para o cuidado e organizando a unidade, gerencia a equipe de enfermagem e o cuidado por meio das escalas de trabalho e da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Referem que realizam cuidado direto ao RN, especialmente os cuidados de alta complexidade e cuidados aos RNs em estado grave e supervisionam o cuidado prestado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. Algumas enfermeiras relataram estar atentas às necessidades de cuidados aos pais dos RNs. As enfermeiras afirmaram sentirem-se valorizadas pela equipe de trabalho e recebem apoio da instituição (capacitação, equipamentos e materiais) para desenvolver seu trabalho. Nas relações interpessoais, trocam conhecimento e experiência profissional com a equipe. Outras enfermeiras mencionam fatores negativos, interferindo no cuidado ao RN e sua família, como a inadequada relação funcionário/RN, a deficiência de equipamentos e materiais, a sobrecarga de trabalho administrativo, a falta de cursos de aprimoramento para aperfeiçoar o cuidado direto ao RN, a presença de estímulo sonoro na unidade e a dificuldade do trabalho em equipe. Elas expressam satisfação com o trabalho realizado, especialmente quando acompanham a melhora do RN, a inserção da família nos cuidados e a alta hospitalar do RN. Por outro lado algumas enfermeiras referiram insatisfação com seu trabalho, pois, percebem-se desvalorizadas pela equipe de trabalho e pela falta de autonomia. Em relação às finalidades de suas ações (motivos para) as enfermeiras manifestaram expectativas relacionadas ao cuidado do RN e seus pais. Dentre elas, buscar mantê-lo estável, organizado, minimizar o sofrimento, a dor e as seqüelas e promover o vínculo afetivo entre eles e seus pais. Ademais, visualizam algumas mudanças que podem contribuir para melhoria do cuidado em UTIN como: a educação permanente na modalidade de cursos e eventos de atualização para equipe de enfermagem; a implantação de protocolos de cuidado; a humanização entre a equipe de trabalho e a diminuição do trabalho administrativo nas atividades desenvolvidas pela enfermeira. **Considerações Finais:** Por meio dos depoimentos das enfermeiras apreendemos o real vivenciado por elas como: sobrecarga de trabalho, falta de materiais e equipamentos, inadequada relação funcionários/RNs, falta de cursos de aprimoramento, supervisão dos cuidados prestados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem e o cuidado direto nos procedimentos de alta complexidade. Ademais, as enfermeiras expressam várias possibilidades para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem como, por exemplo, adequar o número de profissionais de enfermagem. Dessa forma, para o ideal da atuação do enfermeiro na UTIN observamos ser urgente sensibilizar os enfermeiros e os gestores hospitalares quanto a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

importância dos cuidados diretos aos RNs em estado grave serem prestados por enfermeiros. A padronização dos cuidados por meio de protocolos, somados à educação permanente e a qualificação para manejo dos recursos tecnológicos, são fatores que possibilitam aos profissionais prestar um cuidado de boa qualidade técnica. No entanto, é preciso que a equipe esteja sempre atenta às necessidades individuais de cada RN e de sua família. A humanização no cuidado ao RN e sua família requerem aprendizado por parte dos profissionais. Por outro lado, a humanização nas relações de trabalho também precisa ser construída e para isso, a equipe deve planejar o cuidado em conjunto, respeitando a atuação de cada profissional. Ademais, é preciso adequar a quantidade e a qualidade dos recursos humanos de enfermagem, o que possibilita que a enfermeira gerencie melhor o cuidado aos RNs e a seus pais. Porém, é preciso um trabalho contínuo para ressignificar as práticas de cuidados das enfermeiras. A prática da enfermagem baseada em evidências científicas, a capacidade de gerenciar e supervisionar o trabalho da equipe e de priorizar e o cuidado direto ao RN apontam a aptidão do enfermeiro em desempenhar um cuidado capaz de satisfazer as necessidades dos RNs e seus pais.

Palavras-chaves: recém-nascido; cuidado de enfermagem; unidade de terapia intensiva neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Encontros entre pais de bebês pré-termos como aspecto promotor da formação do apego

Gisele Perin Guimarães*
Marisa Monticelli[†]

O nascimento precoce de um filho é um evento adverso na vida de um casal e pode fragilizar ou mesmo retardar a formação do apego ou do vínculo entre pais e bebês. Os estudos têm mostrado que a prematuridade origina indecisões sobre o papel social a ser desempenhado, assim como sentimentos de ambivalência sobre as perspectivas de saúde atuais e futuras do nascituro, considerado frágil em termos orgânicos, desenvolvimentais e também sociais. A prática em enfermagem neonatal tem mostrado que o exercício da maternagem e da paternagem é um fenômeno extremamente complexo em face das características e contextos ambientais que englobam pais e bebês pré-termos durante a internação nas unidades neonatais. Ao mesmo tempo, é unânime a constatação das equipes de saúde que trabalham com esta clientela, de que obstáculos precisam ser transpostos para que os casais possam ultrapassar os desapontamentos e limitações provenientes da longa permanência neste ambiente hospitalar. Portanto, o desafio que se apresenta é o de auxiliar as famílias a fortalecerem-se para o enfrentamento deste período de crise, estimulando-as a encontrarem subsídios cognitivos e afetivos que as ajudem na aproximação afetiva com o bebê, ao invés do afastamento. Com base nestas premissas, desenvolvemos uma Pesquisa Convergente-assistencial, com o objetivo de identificar quais os aspectos promotores da formação do apego na opinião dos pais de recém-nascidos pré-termos. A pesquisa foi conduzida no serviço de neonatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina durante o ano de 2006, seguindo os princípios éticos da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética Profissional, além de ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o parecer nº 392/05. Teve a participação de três casais “prematurados” e de quatro neonatos pré-termos, uma vez que um dos casais teve gêmeos. A sustentação teórica foi subsidiada pela Teoria do Apego e por pressupostos da Teoria da Adaptação da Enfermeira Sister Callista Roy. A coleta de dados foi realizada através de um processo cuidativo em enfermagem, sistematizado em quatro fases assistenciais, que foram desenvolvidas durante todo o período de permanência dos recém-nascidos e seus pais na unidade neonatal. Como técnica principal de obtenção de dados foi utilizada a observação participante e, como técnica complementar, a entrevista focalizada. A análise foi realizada seguindo-se os quatro processos genéricos da Pesquisa Convergente-assistencial: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os resultados mais amplos envolveram cinco categorias temáticas: a primeira resultava de uma condição prévia, anterior ao nascimento propriamente dito, identificada pelo casal como sendo preliminar para a promoção do apego, que se relacionava à necessidade de que o casal fosse plenamente informado que a gestação poderia ser de risco e que o nascimento poderia ocorrer precocemente. A segunda categoria

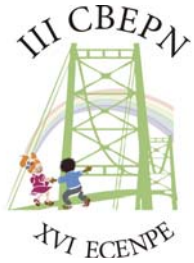
* Mestre em Enfermagem. Enfermeira Assistencial do Serviço de Neonatologia do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes de São José e da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Comitê de Mortalidade Neonatal de São José/SC. Membro do Grupo de Pesquisa de Educação em Enfermagem (EDEN). Recorte de Dissertação final de Mestrado, desenvolvida com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Av Osni João Vieira, 237 / 301, Campinas – São José/SC - CEP: 88101-270. E-mail: giseperin@hotmail.com

[†] Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Vice-líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

envolvia a atenção e o acolhimento da equipe neonatal, assim que a criança internasse na unidade neonatal. A terceira englobava a participação ativa do casal no cotidiano da unidade. A quarta relacionava-se com a oportunidade de reconhecer(em)-se no papel de mãe, de pai e de filho, e o quinto aspecto promotor do apego, na opinião desses casais, era a possibilidade de trocar experiências com outros pais que vivenciam situações similares. Nossa discussão neste texto refere-se a este último aspecto. Muitas vezes o casal acredita que a vivência do parto e nascimento prematuros é algo bem particular, ou seja, que só acomete à sua família. Esta percepção é construída a partir das sensações de medo e apreensão geradas pelo acontecimento inesperado e incerto que, por períodos variados, de certa forma, dilui os sonhos e transforma a realidade em um “fardo pesado” demais para se superar. Mas ao ingressarem na unidade neonatal, paulatinamente, começam a perceber que esta realidade também faz parte da vida de tantas outras famílias, e então, ao perceberem que possuem “parceiros”, o pai e a mãe prematuros parecem conquistar força renovada para lidar com a situação e, aos poucos, dialogando com esses pares, são levados a uma melhor aceitação e superação das frustrações, tornando o dia-a-dia mais ameno. Porém, apesar de estarem vivendo situações similares, percebemos que os casais levavam certo tempo até conseguir se sentirem à vontade para compartilhar sensações, significados ou experiências. Geralmente o contato partia do casal que estava há mais tempo com o filho internado na unidade neonatal, sendo que o diálogo, para a maioria, começava com palavras de conforto do tipo: “você vai ver como ele (o bebê) vai ficar bem”. No início, as palavras são poucas e a troca de olhares mais intensa. Com o passar dos dias, estando mais situados e se sentindo mais acolhidos, os pais começam a “alargar” o olhar, prestando mais atenção nas demais pessoas que circulam no ambiente e então, num determinado momento, se dão conta que ali há outros pais e outros recém-nascidos prematuros, de baixo peso, ou com sérios problemas clínicos. A partir daí, começa a acontecer uma progressiva aproximação, sendo que as atividades da lida diária com o bebê, intercaladas com a entrada e saída dos pais da unidade neonatal, dão o “tom” sobre o tempo de duração e a intensidade dos encontros entre eles. Percebemos que as interações mais íntimas ocorriam geralmente nos horários das mamadas; no momento em que estavam com o bebê em posição canguru; nas oficinas oferecidas pelo serviço voluntariado da instituição; no “hotelzinho”; na Central de Incentivo ao Aleitamento Materno, enquanto as puérperas ordenhavam; ou simplesmente nos corredores da maternidade. As trocas de experiências entre os pais configuram um grande aprendizado que muitas vezes é intermediado pela enfermeira que atribui maior significado a estas relações e na continuidade neste processo de crescimento coletivo. Estas relações se tornam mais do que uma troca de ensino e aprendizagem do cuidado; representam a possibilidade de proximidade com alguém mais sensível, que favoreça expressar mais facilmente seus sentimentos. Além de obter maior aprendizado através do exercício coletivo e da escuta sensível, os pais dos bebês pré-termo, muitas vezes, sentiam que a carência da rede familiar ficava amenizada, pelo fato de compartilharem bons e maus momentos, tendo quase sempre um “ombro amigo” para desabafarem suas angústias, medos e incertezas. Era comum também ver as mulheres incentivando umas às outras nos horários das mamadas, principalmente na madrugada, que muitas vezes, era vencida pelo cansaço físico das mesmas. Quando os casais ouviam os depoimentos de outros pais, percebíamos que havia expressão facial e corporal que era algo diferente de quando o mesmo conteúdo era dito por qualquer membro da equipe. Ao se sentirem mais estimulados, após a conversa com os pais “experientes”, os neófitos então aparentavam maior disposição para “testar” a posição, mesmo que ainda um pouco titubeantes. Era como se a palavra dos pares fosse mais forte e verdadeira; afinal, quem estava falando dos progressos eram pais que estavam na mesma situação e que já haviam percorrido um pedaço maior desta estrada que parecia não ter fim. As conclusões mostram que a promoção da aproximação entre estes pares pode ser usado



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

como um instrumento fundamental de apoio para a introdução e permanência dos pais e bebês prematuros na unidade neonatal. Somente com a viabilidade dos pais trocarem experiências, terem momentos de reflexão e de descontração, é que o processo de hospitalização se tornará mais ameno e mais propício para a (re) construção do apego.

Palavras-chave: enfermagem neonatal, prematuro, relações familiares.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

A dor do recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva e a utilização de medidas não-farmacológicas para seu alívio

Anna Karina de Matos Deslandes*
Cristiane Rodrigues da Rocha^{2†}
Daniele Marins[‡]

Os **objetivos** desse estudo foram: Identificar as manifestações de dor em neonatos internados em uma UTI neonatal durante a realização da punção venosa. Avaliar a eficácia no alívio da dor mediante a aplicação de sucção não-nutritiva aliada à oferta de glicose a 25%. Os estudos sobre dor em recém-nascidos têm evoluído desde a metade da década de 80 do século passado. Atualmente é plenamente aceito que tanto o RN a termo como o pré-termo apresentam todos os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos essenciais para a nocicepção, ou seja, para a recepção, transmissão e integração do estímulo doloroso (Anand,1989). Sendo assim, com o desenvolvimento do conhecimento da fisiologia da dor no RN, os pesquisadores têm percebido a importância do estudo da dor nessa população. A dor nos indivíduos que não podem expressá-la através de palavras torna-se um fenômeno a parte. Em especial nos recém-nascidos, que não verbalizam através da linguagem formal a dor que sentem. Encontram-se a disposição, atualmente, vários parâmetros fisiológicos e comportamentais, além de escalas multidimensionais para avaliação da presença e intensidade da dor no neonato. Dentre esses parâmetros fisiológicos, são considerados: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, tensão transcutânea de oxigênio e de dióxido de carbono e dosagens hormonais. Entre os principais parâmetros comportamentais utilizados estão: o choro, a atividade motora e a mímica facial de dor. A escala escolhida como base para este estudo foi: o Perfil de Dor do Prematuro (PIPP - *Premature Infant Pain Profile*). A PIPP é a escala mais indicada para ser aplicada em prematuros, pois leva em consideração as alterações próprias desse grupo de pacientes. O PIPP foi desenvolvido especialmente para avaliar a dor aguda de recém-nascidos prematuros e de termo e consta da avaliação do estado de alerta, variação da frequência cardíaca, saturação de oxigênio e três parâmetros de mímica facial: testa franzida, olhos espremidos e sulco nasolabial aprofundado. O PIPP reflete acuradamente diferenças entre estímulos dolorosos e não dolorosos, em toda faixa etária neonatal. Esta escala valoriza o prematuro e leva em conta que ele pode expressar menos dor, parecendo ser um instrumento útil, específico e sensível para a avaliação da dor no paciente neonatal. Apesar das dificuldades existentes para que haja compreensão por parte dos membros da equipe de saúde, a utilização dessa escala faz com que todas as manifestações sejam traduzidas para uma linguagem em que as expressões dos neonatos possam ser verdadeiramente entendidas, desta forma, minimizando o sofrimento desses recém nascidos durante a realização de estímulos dolorosos. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa experimental, com abordagem quantitativa

* Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD). Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal da Clínica Perinatal Laranjeiras/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro(UNIRIO).

† Professora Assistente do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Curso de Pós-graduação Strictu-Sensu da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Orientadora da Pesquisa.

‡ Enfermeira graduada pela Universidade Federal Fluminense(UFF). Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal da Clínica Perinatal Laranjeiras/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro(UNIRIO).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

desenvolvida dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal localizada no município do Rio de Janeiro. Estudo realizado entre maio e julho de 2009. A pesquisa experimental consiste em determinar um objeto de estudo, selecionar variáveis que seriam capazes de influenciá-lo, definir as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto. Trata-se de uma pesquisa em que o pesquisador é um agente ativo, e não um observador passivo. As pesquisas quantitativas são mais adequadas para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos estruturados (questionários). Devem ser representativas de um determinado universo de modo que seus dados possam ser generalizados e projetados para aquele universo. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são mais concretos e, conseqüentemente, menos passíveis de erros de interpretação. Em muitos casos geram índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo traçar um histórico da informação. Sendo assim, entendemos que o estudo em questão apresenta tais características mencionadas por apresentar coleta sistemática de informações visando possuir dados de uma mesma população que permita deste modo avaliar tal população através de amostras coletadas para posterior análise estatística. Foi feita uma escolha aleatória, onde metade dos neonatos que façam parte da amostra irão ingerir 1 ml de glicose a 25% juntamente com sucção não-nutritiva, quando submetidos a punção venosa. A outra metade será submetida ao procedimento sem nenhuma intervenção. Vale ressaltar que a punção venosa só foi realizada quando o neonato necessitou desta. Foram analisadas as variáveis relacionadas à: Caracterização do RN compreendendo a idade gestacional ao nascimento. Métodos de avaliação da dor, classificados como manifestações comportamentais e fisiológicas relacionadas à dor, através do uso de escala de avaliação da dor. As manifestações comportamentais relacionadas à dor incluem os registros de observação do estado de alerta, o franzir da testa, olhos espremidos e sulco nasolabial. As manifestações fisiológicas relacionadas à dor incluem os registros de aumento da frequência cardíaca e a queda da saturação de oxigênio. **Resultados:** Estudo realizado com 20 bebês internados que foram submetidos a punção venosa. Dez desses fizeram parte do grupo controle e a outra metade do grupo experimental. A variação entre as Idades Gestacionais das variáveis oscilou entre: menores que 36 semanas 90% deles e apenas 10% menores que 28 semanas. Foram observadas alterações em parâmetros fisiológicos que influenciam na respostas dos recém nascidos a dor. Para a avaliação, foi criado um instrumento de estudo baseado na escala de dor PIPP (Premature Infant Pain Profile). As terapias não farmacológicas utilizadas nesse estudo foram: sucção não nutritiva e oferta de glicose a 25%. A sucção não-nutritiva apresenta efeito sinérgico ao efeito analgésico da solução de glicose quando administrados de maneira combinada. **Conclusão:** Sabemos que o neonato quando esta com dor sinaliza para que nós profissionais através de alterações comportamentais e fisiológicas, como: choro, rigidez muscular, expressão facial, alterações no sono, na alimentação, na FC, FR, saturação. Esse processo de alívio e tratamento da dor é um constante desafio para nós da equipe de enfermagem, por envolver avaliação da presença, tipo, intensidade e localização e possíveis causas dessa dor. Nos neonatos ainda trabalhamos com uma dificuldade extra: a não verbalização do que se está sentindo. Porém, cabe a nós aliarmos nosso conhecimento a sensibilidade para que a dor desses pequenos seja cada vez melhor avaliada e minimizada. Queremos dessa maneira, oferecer uma assistência neonatal mais humanizada e livre de danos físicos e mentais para esses seres que necessitam não só de um cuidado especializado, mas também de respeito e compreensão por parte dos profissionais que os assistem. Esperamos, também, maior sensibilidade e atenção dos profissionais ao assistirem esse bebê, para que a dor deste seja cada dia melhor observada e que se criem maneiras para que essa dor seja de menor intensidade.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Hospitalização infantil e a gerência do cuidado: Uma concepção das crianças e dos enfermeiros de uma unidade pediátrica

Bárbara Pompeu Cristhovam*

Daniele Marins[†]

Marcia Isabel Gentil Diniz[‡]

A hospitalização caracteriza-se em uma experiência estressante que envolve profundas adaptações e várias mudanças acontecem em nosso dia-a-dia. Com a criança isso pode ter uma influência muito maior, principalmente porque ela ainda é extremamente dependente em suas atividades. Esta experiência de ser hospitalizada envolve muito mais do que apenas estar internado, envolve uma mudança radical na estrutura familiar da criança. Os medos relacionados à natureza física da doença superficializam-se neste período. As crianças em idade escolar podem estar menos preocupadas com a dor do que com a incapacidade, a recuperação incerta ou a possível morte. As crianças com a doença crônica mais provavelmente identificam os procedimentos invasivos como estressores enquanto as crianças que estão agudamente doentes mais provavelmente indicam os sintomas físicos. É neste momento que a equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro, considerando que este é o coordenador da assistência a ser implementada à criança e a família deve ter suas ações de cuidado direto e indireto organizadas. A enfermeira é um dos membros da equipe de saúde que mais tempo ficam com os clientes, cabendo a elas a ação de cuidar diretamente e indiretamente. Para que esse cuidado ocorra é necessário que ela utilize de elementos como, afetividade, toque, carinho, atenção e acima de tudo vontade de fazer com que a sua assistência atenda as necessidades próprias do ser que esta sendo cuidado. Gerir o cuidado em uma unidade pediátrica antes de tudo é fazer com que as atividades desenvolvidas dentro de seu setor atendam às necessidades de seu cliente. Gerenciar o cuidado é acima de tudo fazer com que todas as ações desenvolvidas dentro de sua unidade sejam realizadas de forma que a assistência oferecida seja cada vez mais de melhor qualidade. Esta pesquisa teve por objeto de estudo os saberes sobre cuidado e hospitalização na visão do enfermeiro e da criança. As questões que nortearam o estudo foram: (1) O que é para o enfermeiro gerenciar o cuidado a criança hospitalizada?; (2) o que as crianças pensam sobre a hospitalização? Para que estas questões fossem respondidas foram traçados os seguintes objetivos: Caracterizar os saberes do enfermeiro acerca da gerência do cuidado prestado à criança hospitalizada; Identificar os saberes da criança e seu imaginário acerca do cuidado de enfermagem e da hospitalização. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório com caráter descritivo. O estudo foi desenvolvido em dois hospitais públicos sendo um universitário, localizado no município de Niterói – RJ e o outro, um hospital geral localizado na cidade do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo foram oito enfermeiros e oito crianças na idade escolar. Para coleta de dados foram utilizados as técnicas de representação gráfica através de desenhos realizados pelas crianças, método criativo sensível, entrevista e observação simples. Os desenhos foram analisados considerando-se os estágios de

* Professora Adjunto IV da EEAAC-UFF. Doutoranda em Enfermagem na EEAN-UFRJ.

[†] Enfermeira especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e Clínica Perinatal de Laranjeiras. Professora Substituta do Departamento MEP-UFF-EEAAC na disciplina Saúde da Criança e do Adolescente I. Av Roberto Silveira 18 apto 901 Icarai Niterói Rio de Janeiro. E-mail: danimarins2002@yahoo.com.br

[‡] Professora Adjunto no departamento materno infantil e psiquiátrica na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Coordenadora da Dsciplina saude coletiva.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

desenvolvimento de Piaget para a faixa etária escolar. O desenho expressa o pensamento da criança sobre determinado fato ou ação. Entretanto, para podermos realizar a análise dos desenhos, foi necessário buscar na literatura como se desenvolve na criança a construção do pensamento, ou seja, como ela expressa o pensamento, já que o desenho neste estudo é entendido como a representação de um fato que está ocorrendo em sua vida em um determinado momento. Para preservar a integralidade dos discursos, as entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas, com autorização prévia dos sujeitos através do termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados coletados foram agrupados em duas categorias e quatro subcategorias de análise, a saber: a primeira categoria denominada **Gerência do Cuidado de Enfermagem: o que as enfermeiras sabem sobre isso?** caracterizou os saberes da enfermeira acerca da gerência do cuidado prestado as crianças hospitalizadas. Esses saberes deram origem a duas subcategorias *Os Saberes da Enfermeira sobre o Cuidado Direto* e *O Cuidado Direto a Criança Hospitalizada*. A segunda categoria de análise **Vivendo em um Mundo Novo** buscou identificar os saberes e o imaginário da criança acerca do cuidado e da hospitalização. Nesta categoria emergiram duas subcategorias que são: *O Que me Faz Sentir Triste Aqui é...* e *Será uma Fada ou uma Bruxa?* Foi possível constatar que a maior parte das enfermeiras envolvidas nesta pesquisa optou por trabalhar com pediatria. Este dado é um indicativo que favorece o processo de cuidar desses clientes e faz com que a assistência ofertada tenha sempre uma visão holística do ser cuidado. Em relação aos saberes delas sobre gerência do cuidado eles existem e foram evidenciados em grande parte de suas falas, entretanto, evidenciou-se uma dificuldade destas profissionais de correlacionar conceito e prática. As crianças demonstraram que para elas cuidar consiste simplesmente em comunicar-se, seja falando, contando uma história ou apenas estando ao seu lado. Os desenhos nos mostraram que estamos no caminho certo da arte do cuidar, mas muita coisa ainda precisa ser melhorada, principalmente em relação à identidade da enfermeira. Devemos assumir nossa função nos apropriar de nossas tarefas, mas acima de tudo devemos ser conhecidas e identificadas por nossos clientes como a pessoa a qual cuida deles. O cuidado deve ser a razão de existir de toda relação humana e pedra fundamental de nossa profissão. Por mais dolorosas que sejam as ações a serem realizadas elas devem sempre procurar ser mais humanizadas para que esse cuidado seja de melhor qualidade. Essa competência ao término deste estudo foi traduzida como a união de saberes e atitudes que a enfermeira utilizou para melhor cuidar da criança hospitalizada, adequando conhecimentos técnicos com instrumentos elementares do cuidado como; carinho, criatividade, comunicação entre outros. Este dado é um indicativo que favorece o processo de cuidar desses pequenos e faz com que a assistência ofertada tenha sempre uma visão holística do ser cuidado. O imaginário desses pequenos através de seus desenhos nos mostrou que estamos no caminho certo da arte do cuidar, mas muita coisa ainda precisa ser melhorada, principalmente em relação à identidade da enfermeira. Devemos assumir nossa função nos apropriar de nossas tarefas, mas acima de tudo devemos ser conhecidas e identificadas por nossos clientes como a pessoa a qual cuida deles. Encerramos este estudo com os objetivos alcançados e sugerindo que mais trabalhos que retratem a relação enfermeira criança hospitalizada sejam desenvolvidos. Este trabalho teve aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense em Novembro de 2006 e respeitou todos os aspectos éticos e legais estabelecidos pela resolução 196/96. Foram distribuídos consentimentos livre esclarecidos aos enfermeiros participantes da pesquisa e aos responsáveis das crianças envolvidas no estudo.

Palavras-chave: gerência do cuidado de enfermagem, criança hospitalizada, imaginário infantil.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Diabetes mellitus: elaboração de material educativo para pacientes e cuidadores da clínica pediátrica do HU-USP

Alice Hatsue Futai dos Santos*
Fátima Aparecida dos Santos*
Andrea de Oliveira Rodrigues*
Karin Emilia Rogenski†

Introdução: Diabetes Mellitus (DM) é a doença endócrina mais comum, acometendo 1 a 3% da população mundial, ou seja, aproximadamente 100 milhões de pessoas, sendo 1/4 dos casos do tipo insulino dependente e os outros 3/4 do tipo não insulino dependente. É caracterizada por uma deficiência total ou parcial do hormônio insulina, resultante em adaptação metabólica ou alteração fisiológica em quase todas as áreas do organismo. Existem diversos tipos distintos de Diabetes Mellitus, que podem diferenciar-se na etiologia, evolução clínica e tratamentos. As principais classificações de Diabetes são: tipo 1 (insulino dependente); tipo 2 (não insulino dependente); síndrome de diabetes gestacional e aquelas associadas a outras condições. O Diabetes Mellitus em crianças e adolescentes ocorre quando a produção de insulina está sendo comprometida, chegando-se ao ponto da exaustão completa das células betapancreáticas (as células das ilhotas de Langerhans). Em geral, esses pacientes são jovens (crianças ou adolescentes) e não obesos quando os sintomas aparecem pela primeira vez. Existe uma predisposição hereditária, com uma incidência dez vezes maior em parentes de primeiro grau de um caso original, bem como fortes associações com antígenos de histocompatibilidade particulares. No Brasil há cerca de cinco milhões de diabéticos, sendo que destes, 300 mil são menores de 15 anos de idade podendo aumentar em 50% até 2025. Nos últimos anos percebemos um aumento do número de crianças e adolescentes internadas acometidas pelo Diabetes Mellitus tipo 1 muitas vezes com diagnóstico de coma acidótico, onde é feito aproximadamente 30% dos casos, pois os níveis glicêmicos estão muito elevados. Outro fator relevante são as complicações que podem se manifestar a curto prazo, tais como, as complicações agudas: cetoacidose diabética, hipoglicemia, hiperglicemia, lipodistrofia insulínica, lipo hipertrofia, em geral acometendo mais DM tipo 1; e a longo prazo, as complicações crônicas, tais como, doenças macrovasculares, microvasculares, neuropatia e coma hiperosmolar não cetótico que em geral é manifestada em pacientes portadores de DM tipo 2. Preocupados com esta questão, observamos durante os últimos anos as dificuldades apresentadas pelos pacientes internados e seus acompanhantes na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), em assimilar as orientações fornecidas pela enfermeira, em relação à patologia, identificação de sinais e sintomas; aplicação de insulina e o seguimento posterior a sua alta. Todo este processo educativo já é realizado na Clínica Pediátrica, porém através de orientações verbais feitas pelas enfermeiras sobre patologia e suas implicações, bem como treinamento prático do procedimento de aplicação de insulina, controle da glicemia e glicocetonúria. Entretanto, sentimos a necessidade de elaborar material educativo, em forma de cartilha, para complementar essas orientações que são fornecidas aos pacientes e seus cuidadores, a fim de obter a alta precoce e maior adesão dos envolvidos. **Objetivo:** Elaborar material educativo sobre Diabetes Mellitus tipo 1, para cuidadores e pacientes da Clínica

* Técnico de enfermagem da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

† Enfermeira da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Mestre em Enfermagem pela EEUSP. Especialista em Administração Hospitalar e Pós Graduada em Estomatoterapia. Av. Profº Lineu Prestes, 2565 Butantã Fone: 3091.9278. E-mail: kaemilia@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Pediátrica do Hospital Universitário da USP. **Metodologia:** Estudo quantiquantitativo, descritivo e exploratório de aspecto transversal. Foi realizado levantamento junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) para verificar o número de pacientes internados na Clínica Pediátrica portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 ou com Cetoacidose Diabética, no período de junho de 2004 a junho de 2009. Não foram consideradas as reinternações destes pacientes por descompensações da doença. Em virtude destas informações, neste período obtivemos o total de 24 crianças; sendo nove com idade de 29 dias a cinco anos; quatro crianças entre seis a dez anos e dez crianças entre 11 a 14 anos, com média de internação em torno de 20 dias. Neste período a equipe multiprofissional atua preparando a família para o cuidado com a criança em domicílio, fornecendo subsídios para o binômio à medida que haja compreensão das informações. Diante disso, visamos à criação de desenhos e atividades lúdicas que favoreçam uma melhor interatividade do binômio paciente/cuidador. **Resultado:** Este estudo propôs recursos lúdicos para ressaltar a importância da utilização de material pedagógico como instrumento facilitador de aprendizagem para crianças na faixa etária de 5 anos a 14 anos, 11 meses e 29 dias. Abordamos a Diabetes Mellitus tipo 1 devido o índice de internações de crianças acometidas pela doença, frente à dificuldade dos profissionais de enfermagem na orientação dos mesmos e seus cuidadores. O material educativo elaborado teve a finalidade de orientar tanto as crianças quanto os cuidadores, de maneira mais descontraída e lúdica, proporcionando assim, maior envolvimento e atenção ao binômio durante as orientações, é composto por informações (parte teórica) e desenhos para que a criança possa colorir em outro momento. O manual apresenta a história de um personagem, portador do diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 1, que relata de forma interativa como surgiram os sintomas, informando sobre como ele lida com a doença. Apresenta sua família, e em seguida interage com o leitor abrindo espaço para ele descrever a sua. Descreve os principais sintomas antes do diagnóstico, baseado nos sinais mais comuns da doença, onde o leitor poderá refletir sobre o que sentiu. Conta como foi atendido no hospital, o diagnóstico, sua aceitação, a importância da atuação da enfermeira e da equipe multiprofissional como educadores de saúde para que ele aprenda a lidar com a doença. Contém informação como técnica de aplicação de insulina, locais de aplicação, armazenamento e transporte de insulina, informações sobre alimentação, exercícios físicos e um controle da glicemia diariamente. Foram propostas também, algumas atividades como: caça-palavras, cruzadinha, caminho-certo, jogo dos 5 erros, siga os pontos, para que a criança possa interagir de forma divertida. **Conclusão:** A elaboração do manual educativo para crianças portadoras da Diabetes Mellitus tipo 1 e seus cuidadores, é um importante recurso pedagógico a ser utilizado pelos profissionais de enfermagem da Clínica Pediátrica do HU-USP. Favorece o processo educacional pela transformação do abstrato na construção do espaço imaginário infantil em todas as faixas etárias, possibilitando a criança participar desse processo também como sujeito da história de uma forma descontraída, bem como propiciar interações sócio-educativas para com a criança e seu cuidador, onde este também terá um material de apoio, caso surja dúvidas posteriormente à alta hospitalar. Portanto, esperamos com este material proporcionar que os momentos de orientação se tornem mais atraentes e descontraídos, facilitando a absorção das informações, com a finalidade em diminuir o tempo de internação e retorno às atividades cotidianas desta família.

Palavras-chave: diabetes mellitus, pediatria, tratamento.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Avaliação e manejo da dor na criança: interpretação da equipe de enfermagem

Débora Guedelha Blasi*

Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla[†]

Rosângela Ap^a Pimenta Ferrari[‡]

A dor é um dos sintomas mais comuns encontrados em diversas patologias. É uma sensação subjetiva que não depende somente da doença, mas está intimamente relacionada a fatores sensoriais, afetivos, emocionais, comportamentais, cognitivos, sócio-culturais, fisiológicos e com as experiências dolorosas anteriores do indivíduo. Sendo assim, é importante que a equipe de enfermagem leve em conta todos estes fatores quando vai avaliar e controlar a dor em um paciente. Na criança não é diferente. Também para ela devemos considerar o contexto em que a dor acontece e que ela é muito mais do que uma simples sensação. Porém, o paciente pediátrico conta com alguns fatores agravantes tais como: dificuldade de expressão do quadro doloroso; maior vulnerabilidade e ansiedade frente a situações novas ou que lhe representem perigo, como a internação hospitalar; conhecimentos equivocados da equipe a respeito da dor na criança. A questão da dor em pediatria ainda pode ser considerada um desafio para a equipe de enfermagem, pois para que ela seja avaliada dependemos de escalas adequadas às diferentes faixas etárias e um treinamento especial dos profissionais que irão aplicá-las, para que possam entender os sinais demonstrados pela criança e reconhecer que a mesma está com dor. Em nossa prática diária, temos observado que o manejo da dor em pediatria tem deixado a desejar em muitos quesitos, o que nos inquieta e preocupa. Será que nossos profissionais têm garantido um cuidado apropriado a criança com dor? **Objetivo Geral:** Analisar o processo de avaliação e manejo da dor realizado em um setor de internação pediátrica de um hospital universitário. **Objetivos Específicos:** Verificar se a avaliação da dor como 5º sinal vital tem sido realizada no setor; averiguar de que forma a dor tem sido avaliada; conhecer a opinião da equipe de enfermagem acerca da avaliação da dor na criança e quais as principais dificuldades encontradas no momento da avaliação; verificar quais intervenções têm sido realizadas pela equipe para o controle da dor. **Metodologia:** Pesquisa de abordagem qualitativa, realizada no setor de pediatria de um hospital universitário da cidade de Londrina, estado do Paraná. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL pelo parecer nº 215/08. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista semi-estruturada aplicada aos integrantes da equipe de enfermagem do setor, mediante autorização e consentimento prévio dos mesmos, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram primeiramente gravadas e então transcritas, para que posteriormente as gravações pudessem ser apagadas garantindo sigilo da identidade dos participantes. Foram realizadas questões acerca da avaliação e manejo da dor na criança realizada no setor, sendo entrevistados 32 profissionais entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, de um total de 36, considerando que alguns encontravam-se de férias ou licença médica. As respostas adquiridas foram posteriormente

* Enfermeira. Residente de Enfermagem, do 2º ano, da área de Saúde da Criança, do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina – PR. Reside a Av. do Café, nº 170, Bloco C, Apto 23, CEP: 86038-000, Londrina – PR. E-mail: deby_mini@hotmail.com

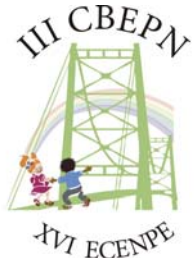
† Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto da Área de Saúde da Criança e Vice-Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – PR.

‡ Enfermeira, Mestre. Docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente, Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina – Paraná.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

lidas e analisadas, e então foram elaborados os resultados e conclusões. **Resultados:** Em 2007, quando a dor foi implantada como 5º sinal vital na instituição, foram ministrados cursos sobre a avaliação da dor em todos os turnos, para que todos os funcionários participassem fora do horário de trabalho. O tema “Dor na criança e no recém-nascido” foi abordado separadamente para aqueles profissionais que trabalhavam especificamente com esta faixa etária. As escalas preconizadas pela instituição para avaliação da dor são a escala de Claro e a de NIPS (Neonatal Infant Pain Score). Porém, mesmo com esses esforços, apenas pouco mais da metade dos profissionais entrevistados (57%) disse ter participado de algum curso sobre a avaliação e manejo da dor na criança, apesar de 100% dos participantes afirmarem realizar essa avaliação como 5º sinal vital. Quanto à forma como essa avaliação é feita, a maioria refere utilizar a escala de Claro (57%). Destes, porém, 25% utilizam-na de forma incorreta, explicando para a criança de maneira errada ou simplesmente observando qual face da escala se parece mais com a face da criança no momento, não deixando que a própria criança diga como está se sentindo. Assim sendo, apenas 43% do total de entrevistados refere utilizar a escala de Claro de forma correta. Dos entrevistados, 35% diz não utilizar escala nenhuma, avaliando a dor apenas conversando com a criança ou com o acompanhante, e observando o choro, a agitação, a gemência e a face, porém sem se basear em nenhum parâmetro. A escala de NIPS é muito pouco utilizada, visto que apenas 28% afirmam fazer uso dela. Ao final, foi possível constatar que somente 21% utilizam ambas as escalas de forma correta. Quando perguntados se acham importante a avaliação da dor na criança, 100% responderam que sim, alegando motivos diversos como: “ninguém é obrigado a sentir dor”; “após uma avaliação correta, podemos fazer uma analgesia correta”; “uma criança sem dor fica mais estável e acelera a alta” e “através da avaliação podemos verificar até que ponto é verdade que a criança esta com dor”. Quanto à opinião da equipe sobre a avaliação da dor no setor de forma geral, a maioria acha que ainda precisa melhorar muito. Dentre os principais problemas citados estão a pouca sensibilização da equipe, pois nem todos os profissionais realizam a avaliação como 5º sinal vital, ou a realizam de forma incorreta; falta de registro da avaliação na prescrição de enfermagem, entre outros. Apenas 21% dos entrevistados acham que a avaliação da dor tem sido realizada de forma correta no setor e não enxergam nenhum problema quanto a isso. Já quando perguntados sobre métodos não farmacológicos, os mais citados foram: compressas quentes ou frias, massagens, distração, brinquedos. Porém, todos os entrevistados disseram sempre ter o fármaco como primeira opção. Uma pequena parcela dos participantes (21%) citou o placebo como método não farmacológico de controle da dor. A partir destes resultados foi possível perceber que, na unidade em questão, houve pouco interesse da equipe de enfermagem em participar dos cursos ministrados na instituição a respeito do tema. Mesmo considerando que a avaliação da dor na criança é um ponto importante no cuidado, somente metade dos entrevistados procurou aprofundar seus conhecimentos participando dos cursos. As escalas para avaliação da dor também não são utilizadas com frequência, sendo que há uma maior aceitação para o uso da escala de Claro do que a de NIPS. A maioria dos funcionários nega a utilização da escala de NIPS, porém afirma utilizar os mesmos parâmetros descritos para identificar se o bebê tem dor ou não, sem utilizar a pontuação sugerida. Já a escala de Claro parece ter uma aceitação maior e uma utilização mais correta. Apenas uma pequena parcela da equipe descreveu equivocadamente o modo de uso desta escala. Podemos perceber que há uma grande diversidade de formas de avaliação; uns utilizam escalas, outros utilizam seus próprios conceitos, alguns usam corretamente, outros não. Esta variabilidade acaba por gerar dados pouco fidedignos, pois cada profissional avalia a dor à sua maneira, de acordo com seus próprios parâmetros. É necessário que haja um padrão de avaliação e que todos utilizem o mesmo padrão da mesma maneira, só assim poderemos gerar dados mais fidedignos. O uso incorreto das escalas também acaba por gerar uma avaliação incorreta, muitas vezes trazendo



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

prejuízos para o paciente, como analgesia ineficaz ou subestimação da dor da criança. Por outro lado, grande parte dos entrevistados considera que a avaliação da dor realizada pela equipe do setor, de forma geral, tem deixado a desejar. Argumentam que muitos ainda não a realizam de forma correta, ou ainda não estão sensibilizados quanto à importância do assunto, o que mostra que o grupo tem percebido que há pontos a serem melhorados. Quanto aos métodos não farmacológicos para o controle da dor, os resultados apontam a escassa utilização dos mesmos e nunca como primeira opção. Foram citados: uso de compressas, realização de massagens e entretenimento. Outro ponto importante é que alguns profissionais ainda consideram o placebo como um método não farmacológico eficaz para o controle da dor, e utilizam esse método quando acham que a criança está mentindo sobre sua dor. A partir desse dado podemos também perceber que estes profissionais consideram a sua própria opinião mais importante do que a opinião da criança, não considerando o que o paciente disse sobre sua dor e oferecendo um “falso remédio”, muitas vezes prolongando o sofrimento do paciente. **Conclusão:** Por fim, podemos concluir que ainda temos muito para evoluir no processo de manejo da dor na criança. É direito de toda pessoa viver sem dor, e cabe a nós assegurarmos esse direito. Uma boa avaliação é essencial para conseguirmos um bom controle, pois sem avaliar não há como intervir. Desta forma estaremos oferecendo um cuidado com mais qualidade e tornando a internação de nossas crianças um pouco mais leve, livre da dor.

Palavras-chave: dor, avaliação da dor, enfermagem pediátrica, criança hospitalizada, cuidado da criança.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Brincando com as frutas: conversando sobre a alimentação durante a hospitalização infantil

Ana Izabel Jatobá de Souza*
Isabela Zeni Coelho†
Gabriela Ricken Warmling‡
Thaise Honorato‡

Introdução: a alimentação saudável é uma das grandes preocupações dos pais e profissionais da saúde, em especial no período infanto-juvenil. Sabe-se que é a partir dela que os sistemas orgânicos se desenvolvem possibilitando condições para o crescimento e desenvolvimento adequados de uma criança. A alimentação torna-se elemento essencial principalmente em crianças que atravessam alguma forma de adoecimento, com destaque para aquelas que tem necessidade de hospitalização, pois estas encontram-se mais debilitadas e susceptíveis a uma piora no estado clínico se as necessidades nutricionais não forem atendidas. Portanto, a hospitalização infantil pode ser um espaço para a promoção da saúde e o desenvolvimento de hábitos saudáveis no que se refere a alimentação. Preocupados com isso, este trabalho tem por **objetivo** relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na abordagem do tema alimentação saudável durante a hospitalização infantil a partir do uso do brinquedo terapêutico. Brincar é importante para a criança, assim a brincadeira terapêutica, como uma atividade estruturada e orientada por profissionais, deve ser reconhecida e incorporada de forma sistemática na assistência de enfermagem, no intuito de promover o bem estar emocional e físico da criança, que por sua vez vivencia uma situação atípica para sua idade. Neste sentido, o brinquedo terapêutico, é disponibilizado a criança como uma forma de aliviar a ansiedade gerada por estas experiências atípicas. Estas vivências costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que uma simples recreação para minimizar a ansiedade e o medo associados ao desconhecido e ao ambiente totalmente diferente do que estava acostumado. Devemos utilizar o lúdico sempre que ela apresentar dificuldade para compreender ou lidar com alguma dessas experiências. **Metodologia:** o trabalho faz parte de uma proposta de educação em saúde no ambiente hospitalar relacionada às atividades teórico-práticas do estágio de pediatria do curso de graduação em enfermagem, preconizando nestas o uso do brinquedo terapêutico. O trabalho foi desenvolvido junto a quatro crianças hospitalizadas na Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, no período de dezesseis de outubro a seis de novembro de dois mil e oito. As crianças participantes tinham entre três anos e sete meses e seis anos. Para realização da atividade, utilizando o brinquedo terapêutico, procedemos da seguinte forma: foi organizado um jogo de cartas colorido e ilustrado, tendo como tema central frutas e as suas respectivas descrições. As etapas do jogo incluíam num primeiro momento a leitura das dicas pelo familiar que estava acompanhando a criança durante a hospitalização, instante este em que a criança recebia as informações necessárias para adivinhar a fruta demonstrando a figura correspondente que estava sobre a mesa; e num segundo momento teria que degustá-las para poderem adivinhar de qual fruta se tratava. A proposta da dinâmica era a sensibilização das crianças e seus familiares para a importância das frutas como parte de uma alimentação

* Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

† Acadêmica da sétima fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Rua Bocaiúva, nº 2033. Bairro Centro CEP: 88015-530 Florianópolis, SC. Telefone: (48)99035618. E-mail: isabelazeni@hotmail.com

‡ Acadêmicas da sétima fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

saudável, chamando a atenção do familiar para o seu papel fundamental no estabelecimento deste hábito, bem como favorecer a ambientação da criança na internação hospitalar fortalecendo o vínculo das crianças e seus familiares com os acadêmicos e profissionais da unidade. **Resultados:** percebemos o envolvimento e a participação das crianças e seus familiares durante a realização das atividades, bem como as descobertas feitas pelas crianças quanto ao sabor das frutas degustadas. A inclusão do familiar na brincadeira nos possibilitou reconhecê-los como unidades ativas e participativas na atenção intra-hospitalar. E evidenciou como esta interação facilita a relação entre os envolvidos, além de estabelecer um cuidado de enfermagem mais efetivo e eficaz que reduz a ansiedade e o medo. Todas as crianças aceitaram as frutas oferecidas durante a brincadeira e afirmaram terem gostado do sabor das mesmas, mesmo tendo as rejeitado em casa em momentos anteriores. Algumas pediram aos pais que voltassem a oferecê-las quando retornassem para casa. Algumas crianças não puderam compartilhar do desenvolvimento da nossa atividade de educação em saúde em função do quadro clínico que as impossibilitavam de se alimentarem com frutas (dieta restrita). Constatamos o quanto à rejeição da criança por determinado alimento está condicionada, muitas vezes, a falta de investimento familiar na aceitação dos mesmos, bem como ao imaginário infantil que rejeita alimentos sem mesmo experimentá-los. Tornar divertido o tema proposto, e ao mesmo tempo, convidá-las para uma nova forma de prestar atenção a si mesma, como seres individuais, que precisam de energia através dos alimentos para correr, brincar e aprender, foi fundamental para a aplicação do brinquedo terapêutico. Igualmente constatamos a importância do brinquedo terapêutico na prática do cuidado de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica, como ferramenta importante no processo de educação em saúde durante a vivência do processo de hospitalização. **Conclusões:** a partir do desenvolvimento da dinâmica do brinquedo terapêutico concluímos que a aceitação de determinados alimentos está muito relacionado a hábitos e práticas adquiridas no meio familiar, bem como a forma como os mesmos são apresentados às crianças. Além disso, constatamos a importância do profissional de enfermagem e do familiar como atores fundamentais na construção de hábitos saudáveis, em especial durante a hospitalização infanto-juvenil. O aprender brincando e praticando proporciona ao imaginário da criança e, também de nós adultos, novas possibilidades de tornar o dia-a-dia no ambiente hospitalar mais agradável/cooperativo e menos tenso, estressante e árduo para os participantes deste cenário. Cabe ressaltar, que os pais são responsáveis pela educação alimentar de forma concisa quando se refere ao que é bom ou ruim. A incorporação de novos alimentos e suas diferentes texturas, cores, sabores, só pode ser bem efetiva com o trabalho gradual feito dia-a-dia no cotidiano familiar de uma criança. Neste momento, a experiência sensorial e gustativa estão em desenvolvimento, o que torna interessante a busca por novos conhecimentos. O ambiente tranquilo e sem grandes distrações é garantia de boa recepção ao que é oferecido à mesa. O tempo dedicado a cada refeição e seus intervalos são tão determinantes no apetite saudável dos pequenos, que, dependendo do horário, comer torna-se bom ou ruim. A forma de preparo de alimentos, simples e com temperos suaves, adequados a capacidade gástrica infantil e até mesmo o estabelecimento do hábito de mastigar bem, é função dos pais/responsáveis e digna de atenção. Como podemos perceber, a família tem papel determinante na aprendizagem do ciclo saudável de se alimentar todos os dias.

Palavras-chaves: criança; cuidado em enfermagem; alimentação saudável; brinquedo terapêutico.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Caracterização das egressas do Curso de Especialização em Enfermagem
Pediátrica: estudo exploratório (2002-2007)**

Jakcilane Rosendo de Gois*
Isabel Cristina dos Santos Oliveira†

Introdução: Nos anos 50, com a predominância do modelo curativo e com as especializações médicas, a prestação de cuidados à criança concentra-se nos hospitais. Neste contexto, as enfermeiras consideravam importante adquirir conhecimentos científicos sobre o desenvolvimento infantil para melhor assistir às crianças hospitalizadas. Porém, somente na década de 70, foram criados cursos voltados para a especialização em enfermagem pediátrica no Brasil. No Rio de Janeiro, a criação e a implementação dos cursos de especialização em enfermagem pediátrica e neonatal nas escolas de enfermagem públicas no período de 1986 a 1999 demarcam a institucionalização da especialidade Enfermagem Pediátrica no Estado. Esse estudo faz parte da dissertação de mestrado intitulada “Modelo de Assistência à Criança em Unidades de Internação Pediátrica: Perspectiva da Enfermeira Pediatra” e está inserido no Projeto Integrado de Pesquisa/CNPq “Modelos Assistenciais à Criança Hospitalizada: Implicações para a Enfermagem Pediátrica”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira. Neste estudo, questiona-se as características das enfermeiras que buscaram o Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica (CEEP) no período de 2002 a 2007. **Objeto de estudo:** o perfil das egressas do CEEP de uma escola de enfermagem pública do Município do Rio de Janeiro no período de 2002 a 2007. **Objetivos:** verificar o número de egressas do CEEP no período estudado; descrever as características das egressas do CEEP no período em questão. Acredito que o estudo possa contribuir para que as enfermeiras reflitam acerca da assistência que prestam à criança e da importância de adquirir conhecimentos científicos na área especializada de atuação. O estudo contribuirá para o ensino, principalmente para os cursos de especialização em enfermagem pediátrica, uma vez que traz o perfil das enfermeiras que se interessam por essa especialidade – enfermagem pediátrica, podendo reorientar o planejamento dos conteúdos e das atividades a serem desenvolvidos nos cursos, direcionando o foco para as necessidades das alunas. Espera-se que para a pesquisa, o estudo sirva como subsídio para outras pesquisas do Grupo de Pesquisa - Saúde da Criança - Cenário Hospitalar e do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, de natureza quantitativa. Foi realizado o levantamento dos documentos referentes ao corpo discente das últimas cinco turmas do curso de especialização existentes no acervo do Departamento de Enfermagem Materno Infantil de uma escola de enfermagem pública do Município do Rio de Janeiro. Como procedimento metodológico utilizou-se um formulário que consta de dois itens. O primeiro item contém os dados das egressas relacionados ao nome completo, telefones e endereços eletrônico e residencial. Cabe ressaltar que estas informações fazem parte do acervo da autora e não serão divulgadas. O segundo item refere-se aos dados de caracterização das enfermeiras que concluíram o referido CEEP, contendo idade, sexo, curso de graduação e/ou

* Enfermeira Pediatra. Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Membro do Grupo de Pesquisa - Saúde da Criança/Cenário Hospitalar e do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança. Endereço: Av. Presidente Vargas, 187 apto 503, 25 de Agosto – Duque de Caxias – RJ – CEP: 25070-330. E-mail: jakcilane@yahoo.com.br

† Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Orientadora. Líder do Grupo de Pesquisa - Saúde da Criança / Cenário Hospitalar. Pesquisadora/CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

pós-graduação, instituição, ano de conclusão do(s) curso(s), cargo, unidade e instituição de atuação. Para consultar o cadastro do CEEP, foi solicitada autorização por escrito da chefia do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil com ciência da Diretora do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC). A coleta dos dados foi realizada nos meses de janeiro e março de 2009. Com a finalidade de obter os dados atualizados de endereço, telefone e unidade/setor de atuação, foi enviado um e-mail solicitando estas informações. Ainda, foi realizado contato via telefone com aquelas que não consta nos documentos do CEEP o endereço eletrônico e com as que não responderam ao e-mail enviado. Cabe destacar que, em observância a Resolução nº 196/1996, a coleta dos dados foi desenvolvida após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis da UFRJ, em 16 de dezembro de 2008. Para análise dos dados, optou-se pela análise documental. Este método de análise complementa informações obtidas por outras técnicas e desvela aspectos novos de um tema ou problema. Resultados: Evidenciou-se que 108 enfermeiras se inscreveram no CEEP no período de 2002 a 2007, no entanto, apenas 57 concluíram o curso. A média de concluintes foi de 59% dos inscritos no curso. Constatou-se que dos 57 concluintes do referido CEEP, houve predomínio de enfermeiras, sendo apenas 1 do sexo masculino. A idade das alunas que ingressaram no curso no período em questão variava entre 21 a 49 anos. No que se refere ao tempo de formadas, verificou-se que 51% das alunas quando ingressaram no curso haviam concluído o curso de graduação há menos de 3 anos, 16% tinham tempo de formadas entre 3 a 6 anos, 5% entre 6 e 9 anos e 28% das alunas tinham 9 anos ou mais como enfermeiras. Verificou-se que das 57 alunas do CEEP, 67% fizeram o curso de graduação em instituições públicas e 33% eram oriundas de faculdades privadas. Quanto à titulação dessas enfermeiras, constatou-se que apenas 9 já possuíam outra especialização, 2 em oncologia, 2 em enfermagem médico-cirúrgica, 1 em neonatologia, 1 em obstetrícia social, 1 em cardiologia, 1 em nefrologia e 1 possuía especialização em saúde pública e em enfermagem do trabalho. Dentre as 57 alunas, 1 já havia concluído o curso de mestrado há 3 anos. Em relação à área de atuação profissional das egressas do CEEP, verificou-se que 25 enfermeiras atuavam na pediatria, sendo 2 com cargo de chefia, 4 trabalham na área de saúde coletiva, 3 na neonatologia e 7 informaram somente a instituição que trabalhava, não informando o setor. Vale ressaltar que 16 não forneceram informações acerca da atuação profissional e 2 são professoras. Destaca-se a predominância de enfermeiras que trabalhavam em instituições públicas, das 39 egressas que informaram atuar na assistência, 26 estavam em instituições públicas, sendo 19 em hospitais, 4 em unidades básicas de saúde e 3 em maternidades, 10 trabalhavam no serviço privado e 3 em instituições da rede pública e privada. **Conclusão:** Com base na análise dos documentos, verificou-se que as enfermeiras formadas pelo CEEP atuavam, especialmente, em unidades pediátricas hospitalares e em instituições da rede pública de saúde. As inscritas que concluíram o CEEP constituíram-se predominantemente por enfermeiras com menos de 3 anos de formadas, com destaque para as recém-formadas.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, especialização.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Perfil das enfermeiras/alunas do Curso de Especialização em Enfermagem
pediátrica de uma Escola de Enfermagem Pública do Rio de Janeiro (1996-
2008)**

Fernanda Martins Castro*

Michelle Ribeiro Nicolau[†]

Isabel Cristina dos Santos Oliveira[‡]

Introdução: Nos anos 50, com a predominância do modelo curativo e com as especificações médicas, a prestação de cuidados à criança concentra-se nos hospitais. Neste contexto, as enfermeiras consideravam importante adquirir conhecimento científicos sobre o desenvolvimento infantil para melhor assistir as crianças hospitalizadas. Na década de 1970, inicia-se a criação dos cursos de especialização em Enfermagem Pediátrica para atender a demanda e a necessidade de capacitação das enfermeiras. Em 1972, foi criado o primeiro curso de especialização em pediatria e puericultura na Escola Paulista de Enfermagem (atual Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo) com a finalidade de complementar a assistência materno-infantil e seguia os padrões estabelecidos pela Escola de Puericultura da Faculdade de Medicina da Universidade de Paris. O Conselho Federal de Enfermagem estabelece que a especialização em Enfermagem Pediátrica qualifica o enfermeiro como especialista na assistência integral à criança, desde o nascimento até a adolescência, centrada na família e comunidade. Esse estudo faz parte do trabalho de conclusão de curso intitulado “Modelos Assistenciais à Criança Hospitalizada: Visão das Enfermeiras Pediatras” e está inserido no Projeto Integrado de Pesquisa/CNPq “Modelos Assistenciais à Criança Hospitalizada: Implicações para a Enfermagem Pediátrica” coordenado pela Profa Dra Isabel Cristina dos Santos Oliveira e tem como objeto o perfil das enfermeiras/alunas do curso de especialização em enfermagem pediátrica de uma escola de enfermagem pública do Município do Rio de Janeiro no período de 1996 a 2008. **Objetivos:** verificar o número total de enfermeiras/alunas inscritas e concluintes do curso de especialização em enfermagem pediátrica e caracterizar as enfermeiras/alunas do curso de especialização em enfermagem pediátrica no período em estudo. O estudo contribuirá para que as enfermeiras reflitam acerca da assistência prestada à criança e da importância de adquirir conhecimentos científicos na área especializada de atuação. O estudo também contribuirá para o ensino, principalmente, para os cursos de especialização em enfermagem pediátrica, uma vez que traz o perfil das enfermeiras que se interessam por essa especialidade-enfermagem pediátrica, podendo reorientar o planejamento dos conteúdos e das atividades desenvolvidas nos cursos, direcionando o foco para as necessidades das enfermeiras/alunas. Espera-se que para a pesquisa, o estudo oferecerá subsídios para outras pesquisas do Grupo de Pesquisa-Saúde da Criança/ Cenário Hospitalar e do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem Materno Infantil (DEMI) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do

* Aluna do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Bolsista de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq. End: Rua Latino Coelho, 117 Penha – Rio de Janeiro fernanda_mcastro@yahoo.com.br

[†] Aluna do 5º período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

[‡] Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN/UFRJ. Líder do Grupo de Pesquisa – Saúde da Criança/ Cenário Hospitalar. Orientadora. Pesquisadora/CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Rio de Janeiro(UFRJ). **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório de natureza quantitativa. O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Esse método tem a intenção de garantir resultados exatos, evitando assim erros de análise e interpretação. As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativa, acerca de determinado fato. Foi feita uma consulta aos cadastros e aos relatórios dos cursos de especialização em enfermagem pediátrica correspondente ao período de 1996 a 2008 existentes no acervo do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) de uma escola de enfermagem pública do município do Rio de Janeiro. Para consulta aos documentos, foi solicitada autorização por escrito da chefia do DEMI com ciência do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC). Foi elaborado um formulário contendo os seguintes itens: nome/código; endereço completo; idade; sexo; ano e conclusão do curso de graduação/instituição; outros cursos de especialização/instituição; cargo; unidade e instituição de atuação. A coleta de dados foi realizada nos dias 10 (dez) de fevereiro, 17 (dezesete) e 26 (vinte e seis) de março, nos horários de 10 às 12h e de 13 às 15h. Cabe ressaltar que o nome e o endereço fazem parte do acervo das autoras e não serão divulgados. Para a análise dos dados, optou-se pela análise documental, que se constitui numa técnica valiosa que complementa as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. Resultados: Com base na análise dos dados verificou-se que dos 214 inscritos nos últimos 10 Cursos de Especialização em Enfermagem Pediátrica, apenas 99 concluíram o curso. Desse total, 97% das egressas são do sexo feminino e 69% residem no município do Rio de Janeiro. Verificou-se também que a faixa etária predominante das egressas é de 31 a 40 anos, somando 46% da população, e 27% de 41 a 50 anos. No que se refere ao tempo de formado, verificou-se que 43% concluíram o curso de graduação entre os anos de 1998 a 2008 e 11% entre os anos de 1976 a 1986. Desses 99 concluintes, 59% concluíram o curso de graduação em enfermagem em instituições públicas e 36% em instituições particulares. Vale destacar que 15% cursaram um outro curso de especialização, dentre eles: enfermagem do trabalho, enfermagem em saúde da mulher, administração hospitalar, saúde pública, enfermagem obstétrica, enfermagem em cardiologia, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem oncológica, enfermagem neonatal, enfermagem em clínica cirúrgica e nefrologia. Vale destacar que uma egressa já concluiu o curso de mestrado no ano de 2000. Em relação à área de atuação profissional atual das egressas, nota-se que 42% atuam em instituições públicas de saúde, sendo que 14% em unidade de tratamento intensivo pediátrico e neonatal e 11% em unidade de internação pediátrica. No que se refere ao cargo das egressas nas instituições de atuação, observa-se que 79% atuam como enfermeiras assistenciais e 8% como enfermeiras supervisoras. Vale ressaltar que em 2000, ano de início do 12º Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica (CEEP), dos 8 inscritos nenhum concluiu o curso. **Conclusões:** Com base na análise final dos documentos, concluiu-se que há a predominância do sexo feminino e da faixa etária de 31 a 40 anos. Constatou-se também que a metade das egressas freqüentaram uma escola de enfermagem pública e que concluíram o curso de graduação entre os anos de 1998 e 2008. Verificou-se que há uma predominância de egressas que atuam em unidade de tratamento intensivo pediátrico e neonatal e que atuam como enfermeiras assistenciais. Vale destacar que o número de desistentes no período de 1996 a 2008 foi de 115 alunos (as).

Palavra-chave: enfermagem pediátrica, especialidade.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Manejo da dor da criança hospitalizada: visão da família

Larissa Domingas Grispan e Silva*
Mauren Teresa Grubisch Mendes Tacla[†]

Durante a infância muitas crianças são submetidas a procedimentos cirúrgicos. Toda cirurgia implica em lesões de tecidos, manipulação de estruturas e órgãos, sendo a dor uma consequência natural desse processo, que pode, porém, ser minimizada. O período pós-operatório (PO), tão comum numa unidade pediátrica, pode ser vivenciado pela criança de forma menos traumática, se os profissionais responsáveis pelo seu cuidado estiverem sensibilizados para a importância da avaliação e alívio da dor e conhecerem estratégias adequadas para o seu tratamento. A dor prejudica a recuperação do paciente. Quando não tratada, traz graves consequências como o atraso do processo de cura dos tecidos e a recuperação do paciente; causa ansiedade, depressão e irritabilidade; pode trazer problemas relativos à alimentação e ao sono; torna a criança medrosa; altera a estabilidade respiratória, cardiovascular e metabólica; produz alterações hidroeletrólíticas, bioquímicas e estruturais no sistema nervoso central; aumenta o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade; além de afetar futuras experiências de dor no indivíduo. Por outro lado, o alívio da dor pós-operatória promove: diminuição das complicações pulmonares, preservação da função miocárdica, mobilização precoce, menor incidência de tromboembolismo, atenuação da resposta ao estresse, conforto para o paciente, redução do tempo de internação e a consequente redução de custos. A importância do manejo da dor aguda vem sendo valorizada à medida que os benefícios aos pacientes são alcançados. O enfermeiro exerce um papel importante no manejo da dor, fornecendo informações e orientando o paciente e a família com intuito de aliviar o estresse e o medo pelo desconhecido. Lamentavelmente, muitas crianças ainda não recebem tratamento adequado para o alívio da dor no período pós-operatório, mesmo em situações em que a analgesia poderia ser feita com relativa facilidade e com ampla margem de segurança, não havendo, portanto, razões para o não tratamento dos quadros algícos neste período. O manejo adequado da dor deve ser uma prioridade no planejamento terapêutico de pacientes pediátricos, sendo que a dor tratada de maneira preventiva ou o mais precocemente possível é de mais fácil manipulação do que aquela já estabelecida ou intensa. A participação dos pais na avaliação e tratamento da dor pós-operatória das crianças também é de extrema importância. A família deve envolver-se no processo de avaliação da dor fornecendo informações como mudanças de comportamento e estado emocional do paciente. Os pais em geral conhecem o comportamento usual de seus filhos frente à dor e podem identificar comportamentos específicos de cada criança e devem ser orientados e incentivados a participar ativamente na identificação e na avaliação da resposta de seus filhos às intervenções. Considerando os efeitos deletérios da dor pós-operatória na criança e seu direito a receber alívio, entendemos a necessidade de estudar aspectos que merecem ser melhor conhecidos a respeito desse tema. Tendo em vista que a percepção não só da criança, mas também da família, são instrumentos valiosos que refletem como a equipe trabalha com o manejo da dor pediátrica, este estudo tem o objetivo de investigar a percepção da família quanto ao manejo da dor pós-operatória por parte da

* Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina - PR e pós-graduanda em Enfermagem com Ênfase em Pediatria Faculdades Pequeno Príncipe Curitiba - PR. Rua Mossoró, nº 600 Apto. 11 Bl. 1 CEP: 86020-290 Londrina - PR. E-mail: lali_grispan@hotmail.com

[†] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto e Vice-coordenadora da Residência em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

equipe de enfermagem e seu envolvimento neste processo. Os dados obtidos poderão contribuir para a implementação de estratégias de aprimoramento desse cuidado. O estudo, de abordagem qualitativa, teve como campo de pesquisa uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário de nível terciário, de natureza pública, localizado em Londrina - PR. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. Os sujeitos da pesquisa foram 10 membros das famílias que acompanhavam as crianças internadas que foram submetidas a cirurgias de médio e grande porte há, no mínimo, dois dias. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2007 e foram realizadas desde o 2º PO até o 5º PO, considerando-se como pós-operatório imediato (POI) o período de 24 horas contadas a partir do horário de término da cirurgia e as 24 horas seguintes como 1º PO e, sucessivamente, a cada 24 horas, 2º PO, 3º PO, 4º PO e 5º PO. Os dados foram obtidos com a utilização de entrevista semi-estruturada, gravada, com a devida autorização do entrevistado, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas gravadas foram transcritas e após repetidas leituras, para apreensão das falas dos sujeitos, os dados foram detalhadamente analisados e organizados em categorias. A categorização dos dados nos levou à formulação de dois núcleos temáticos: caracterização do manejo da dor pós-operatória e estratégias adotadas para o alívio da dor pós-operatória. Todos os entrevistados classificaram como boa ou ótima a atuação da equipe de enfermagem no alívio da dor pós-operatória de seus filhos. A terapia farmacológica foi mencionada por todos os sujeitos como principal método para o alívio da dor e o uso de medicamentos foi citado inúmeras vezes. Quando os sujeitos foram questionados a respeito das oportunidades vivenciadas por eles para contribuir no alívio da dor pós-operatória de seus filhos a grande maioria das respostas indicou o uso de estratégias não-farmacológicas. A administração de medicamentos é a base para o alívio efetivo da dor, mas em virtude da dor ser mais que meramente uma experiência sensorial, outros métodos de alívio são parte importante do cuidado ao paciente pediátrico e os métodos não-farmacológicos devem fazer parte do tratamento para o alívio da dor. Os pais devem receber mais orientações quanto ao uso de estratégias não-farmacológicas no manejo da dor pós-operatória de seus filhos hospitalizados, fato este não mencionado pelos entrevistados. As medidas adotadas pelos pais entrevistados visando o alívio da dor de seus filhos fazem parte do senso comum e são aprendidas no convívio familiar e social, não tendo sido indicadas ou sugeridas pela equipe de enfermagem durante a hospitalização. As terapêuticas utilizadas para o alívio da dor não podem mais ficar restritas ao uso de fármacos, principalmente, tratando-se de crianças. Elas precisam tanto da medicação, quando necessária, quanto de brincadeiras, distração e, principalmente, da atenção da equipe de saúde. A maioria dos acompanhantes utilizou a distração como forma de aliviar a dor pós-operatória de seus filhos. O uso de brinquedos, citado pela maioria dos entrevistados, foi considerado por eles uma maneira eficiente para aliviar a dor no período pós-operatório. A presença dos pais junto à criança durante o período de internação também foi citada como fator benéfico para o alívio da dor pós-operatória. Atitudes como acalmar, alegrar e encorajar, além de conversar e explicar à criança o que está acontecendo com ela também foram citadas pelos entrevistados como oportunidades vivenciadas por eles para contribuir no alívio da dor pós-operatória de seus filhos. Portanto, os enfermeiros que trabalham em unidades pediátricas devem examinar e refletir sobre o modo como envolvem os pais no cuidado à criança com dor e aplicar estratégias para que esse envolvimento se dê de forma ativa, pois os pais não querem ser apenas expectadores, mas, atuar de forma efetiva no manejo da dor de seu filho. Agindo assim os enfermeiros melhorariam a qualidade da hospitalização para a criança e seus pais. Evidencia-se então que a equipe deve se mostrar disposta e ter empatia para que o manejo da dor pós-operatória seja feito de maneira adequada, principalmente nesta faixa etária. O tratamento



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

farmacológico, embora de fundamental importância, é supervalorizado pelos profissionais e conseqüentemente, pela família, fato comprovado pelas falas obtidas durante a pesquisa. A medicalização limita a ação do profissional e principalmente da família que, muitas vezes, não é incluída no tratamento. As técnicas não-farmacológicas utilizadas pelos acompanhantes e relatadas nas entrevistas se mostram extremamente úteis, mas eles as utilizam de forma empírica, sem o incentivo dos profissionais. Este fato faz com que os pais não se sintam incluídos no manejo da dor de seus filhos. É necessário que os pais e acompanhantes sejam orientados e motivados pela equipe de enfermagem a participar ativamente no manejo da dor de seus filhos após a cirurgia.

Palavras-chave: dor, criança, enfermagem pediátrica, família.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**Análise da prática de identificação da dor no recém-nascido prematuro na
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital da Bahia**

Ludymila Cerqueira Brandão*
Luciano Marques dos Santos†
Monick Pinton Pereira*
Neuza Santos de Jesus‡

A complexidade do atendimento ao neonato prematuro, em decorrência da tecnologia de ponta utilizada na unidade neonatal tem potencializado o aparecimento de processos dolorosos, haja vista as intervenções e os dispositivos de apoio à vida aí utilizados. Destarte, paralelamente a esse benefício, há predomínio das iatrogenias decorrentes das normas e rotinas institucionais que contribuem para o desarranjo da homeostasia do organismo destes recém-nascidos. Dentre elas destacamos o ambiente com luminosidade e temperatura artificial, o barulho sonoro incômodo e estressante, sem levar em consideração a grande quantidade de manipulações sofridas por estes pacientes e que em sua maioria são agressivas e dolorosas. Assim, nas últimas décadas as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais vêm passando por profundas mudanças tanto do ponto de vista tecnológico quanto da inserção de aspectos da prática baseada em evidências, sendo incorporado na prática clínica, dos trabalhadores da saúde, os fundamentos da humanização do cuidado. É notório que a sobrevivência do recém-nascido prematuro em unidades neonatais está associada ao estresse e à dor, pois são extremamente invadidos devido ao número excessivo de procedimentos dolorosos aos quais são submetidos diariamente. Dentre esses procedimentos destacam-se as punções venosas, as sondagens orogástricas e vesicais, as glicemias capilares, a realização de curativos, a aspiração de vias aéreas superiores e de tubo orotraqueal, a entubação endotraqueal, entre outros. Este estudo teve como objetivo geral analisar os critérios adotados pela equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de uma cidade do interior da Bahia para identificação da dor no Recém-Nascido Prematuro e como objetivo específicos analisar os procedimentos utilizados na prática dos profissionais de saúde que mais provocam dor no prematuro e identificar os parâmetros fisiológicos e comportamentais utilizados pela equipe multiprofissional para detectar o processo doloroso. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório e quantitativo sendo a amostra composta por 24 profissionais, assim distribuídos: cinco enfermeiras, dois médicos pediatras e neonatologistas, quatorze auxiliares e técnicos de enfermagem e três fisioterapeutas membros da equipe multiprofissional atuante na unidade estudada. Este estudo foi aprovado pelo Comitê Ética da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador, Bahia sob o parecer nº 0577-2008. Os dados foram coletados através de um questionário por uma série ordenada de perguntas, na qual foram analisados posteriormente através de frequências simples e apresentados em forma de tabelas. Os resultados apontaram para os seguintes aspectos: todos os profissionais participantes da pesquisa, acreditavam que o recém-nascido

* Graduandas do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia; Membros do Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).

† Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do GEMUC.

‡ Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia; Membro do Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC). Praça Senhor do Bonfim, nº 09, Cruzeiro. CEP: 44017-160. Tel: (75) 91480505. E-mail: neuza2574@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

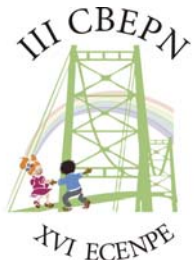
prematureo seria capaz de sentir a dor; 83,3% reconheciam a dor como o quinto sinal vital a ser avaliado no serviço; 58,4% não conheciam a existência de escalas para avaliação da dor no recém-nascido; dentre os que conheciam 41,2% destacaram a NFCS; 63% não utilizam a escala em sua prática clínica sendo que, dos que utilizavam 14,8% registraram a PIPP. Em relação aos procedimentos realizados e que provocam dor no prematuro os profissionais da equipe multiprofissional destacaram a aspiração das vias aéreas superiores e tubo orotraqueal, enquanto, a equipe de nível técnico registrou a glicemia capilar e punção venosa. A taquicardia, a taquipnéia, e desaturação de oxigênio foram os sinais fisiológicos utilizados para identificação da dor, enquanto o choro, movimento dos membros e olhos espremidos foram os sinais comportamentais mais destacados. Em relação às intervenções não farmacológicas utilizadas houve semelhança com relação ao acalantar o recém-nascido, utilização da solução glicosada via oral, a sucção não nutritiva e o aninhamento do bebê pelas duas equipes. Neste sentido, é importante que os profissionais entendam todas as etapas da fisiopatologia, o tipo, as características da dor além das manifestações clínicas do neonato e tomando-as como parâmetros para a avaliação clínica e prosseguir com a conduta adequada para amenizar e ou excluir as estimulações geradoras de processos dolorosos neste recém-nascido. Os resultados obtidos respondem aos objetivos propostos pela pesquisa e através dos mesmos percebemos que a equipe de enfermagem, identifica a dor no recém-nascido prematuro de maneira não sistematizada e fragmentada. Entretanto, não existe nenhum tipo de impresso ou escala para auxiliá-las na identificação mais precisa do processo doloroso. Nesse trabalho e como vimos nos resultados de pesquisas clínicas, as escalas funcionam como um ponto chave tanto para a identificação do processo doloroso, bem como para a adequação do tratamento. Com relação às condutas adotadas pela equipe de enfermagem, percebemos que os mesmos frente ao RN com algia são bastante eficientes e humanos e desenvolve seus trabalhos sempre tentando auxiliar o que foi vista na teoria. Porém, com relação aos métodos utilizados observamos que elas conhecem os métodos alternativos, e a importância e sabem identificar qual o melhor método deveria ser utilizado para melhorar a qualidade de vida do recém-nascido minimizando assim as sensações dolorosas. Sugerimos a elaboração e implementação de protocolos assistenciais, nesta unidade, bem como a inclusão da avaliação do processo doloroso como sinal vital de suma importância, a ser avaliado no conjunto da aferição dos outros dados vitais, por meio de instrumentos do cuidado, tais como as escalas neonatais, com vistas à padronização da identificação e como guia clínico para o tratamento efetivo e imediato do mesmo. Por outro lado, faz-se mister a inclusão da dor como sinal de adaptação inadequada do recém-nascido prematuro ao espaço da unidade neonatal, bem a mudança de filosofia institucional, com vistas à valorização do tratamento deste sinal como um indicador de qualidade da atenção dispensada ao recém-nascido. Entretanto, em virtude do fato de as escalas não fazerem parte do contexto de sua prática clínica diária, como ferramenta do cuidado para a avaliação da dor no neonato prematuro, estas intervenções podem estar se configurando em iatrogenias, potencialmente capazes de provocar danos ao recém-nascido, infringindo os princípios da segurança do paciente. A equipe de enfermagem deverá levar em consideração os aspectos inerentes ao processo doloroso, bem como considera-lo como um indicador potencial de alterações na sobrevida orgânica do recém-nascido prematuro, tendo em vista as suas repercussões nos sinais vitais e comportamento do mesmo. Desta maneira, este estudo poderá subsidiar a equipe de enfermagem na organização de seu processo de trabalho, com o intuito e proporcionar uma passagem tranqüila do neonato prematuro pela unidade neonatal, com vistas à importância do cuidado de excelência, de qualidade e humanizado. Faz-se mister, a discussão do processo de trabalho desta equipe, pois urge a elaboração de um protocolo multiprofissional que possa vir a fortalecer esta prática clínica, com vista a oferecer ao neonato prematuro um cuidado pautado na segurança do paciente, na qualidade, na excelência e na humanização. Percebe-se



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

que há pouco conhecimento a respeito do tipo de avaliação a ser realizada para detecção da dor no recém-nascido prematuro internado nessas unidades, bem como, utilizam maneira não-sistematizada, as medidas não farmacológicas para alívio ou exclusão da mesma.

Palavras-chave: enfermagem, recém-nascido prematuro, dor.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

SESSÃO PÔSTER



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

01 - A segurança na administração de medicamentos no neonato

Viviane Aparecida Braga*
Samira Rodrigues Santos[†]
Wederson Leandro Marin
Carina Rocha Silva

Introdução: O preparo e a administração de medicamentos são práticas realizadas no cotidiano pela equipe de enfermagem. Para que haja segurança aos recém-nascidos (RNs) na utilização dos medicamentos, faz-se necessário que os profissionais envolvidos no cuidado, tenham embasamento teórico para que possam identificar o processo de não conformidade. Como erros de medicação podemos citar: administração incorreta (droga, dose, via de administração, diluição, paciente), erro na interpretação da prescrição e erro na prescrição. A questão do erro pode ser abordada de duas formas distintas: a abordagem pessoal e a sistêmica. A abordagem pessoal traz uma tradicionalidade, caracterizada por focalizar os erros na pessoa diretamente envolvida na operação, compreendendo que os erros são originados de processos mentais aberrantes, como esquecimento, desatenção, falta de motivação, descuido, negligência, imprudência e cansaço, dados marcantes no paradigma atual concebido no sistema de utilização dos medicamentos. Para os favoráveis à abordagem pessoal, os métodos utilizados para a prevenção do erro são direcionados à variabilidade indesejável do comportamento humano, incluindo medidas disciplinares, treinamento pontual, censura ou humilhação. Nesta abordagem os erros são tratados como assuntos morais, assumindo que coisas ruins ocorrem com pessoas ruins. A abordagem sistêmica é a proposta para um novo paradigma de enfrentamento ao erro. Seus defensores acreditam que, para desafiar a condição do homem de ser falível, a solução é a modificação dos sistemas de trabalho. Nesta abordagem os erros são considerados como conseqüências, ao invés de causas, não sendo atribuídos à perversidade da natureza humana, incluindo a recorrência de erros ocasionados por armadilhas no local de trabalho ou nos processos organizacionais. A literatura voltada para o estudo dos erros na área da saúde tem crescido nos últimos anos, porém ainda há uma grande diversidade nos conceitos, o que muitas vezes, impossibilita uma homogeneização das informações coletadas e, conseqüentemente, suas comparações. Com o objetivo de minimizar esse problema, tem-se sugerido uma uniformização para os termos mais comuns, conforme descrevemos a seguir: Erro medicamentoso: qualquer erro que ocorra, desde a prescrição até a administração da droga ao paciente. Erro de prescrição: escolha incorreta da droga, erro de cálculo na dose, via de administração, concentração, velocidade de infusão ou prescrições ilegíveis. Erro de preparação: diluição incorreta, reconstituição inapropriada, mistura de drogas que são fisicamente e quimicamente incompatíveis, medicamento fora do prazo de validade. Erro de administração: procedimento ou técnica inapropriada de administração de medicamento, incluindo: via errada; via correta, porém em local errado (ex.: deveria ser administrado no olho esquerdo e foi administrado no olho direito); erro na velocidade de administração; intervalo diferente do prescrito; omissão (não administração do medicamento prescrito) e doses extras. Incluem-se, também, neste

* Acadêmica de Enfermagem - 8º Semestre – Unianhanguera (Centro Universitário de Santo André – Anhanguera Educacional). Rua: Planalto do Acantilados, 57 Bairro: Parque Santa Madalena Cidade: São Paulo – SP- CEP: 03981110

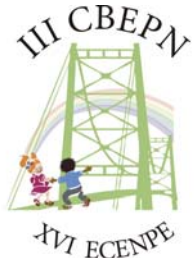
Telefone: (011) 2703-5750 Celular: (011) 8193-7942. E-mail: vivianebraga30@gmail.com

[†] Acadêmica de Enfermagem – 8ª Semestre - UNINOVE (Universidade Nove de Julho). Rua: Francisco Gomes, 197 Bairro: Mandaquí Cidade: São Paulo – SP - CEP: 02417060. Telefone: (011) 2977-1591 Celular: (011) 7042-5208. E-mail: Samira_rodri@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

grupo, erros por semelhança na aparência e/ou nome do medicamento. Evento adverso da droga: injúria causada pelo uso de uma droga, podendo variar desde uma simples manifestação cutânea até a morte. Pode ser de dois tipos: os causados por erros e os inerentes à droga. Os causados por erros são chamados evitáveis, e os inerentes ao próprio medicamento, portanto não evitáveis, são chamados de reações adversas. A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), identificou cinco processos do sistema de medicação, quais são: seleção e obtenção do medicamento, prescrição, preparo e dispensação, administração de medicamentos e monitoramento do paciente em relação aos efeitos do medicamento, no entanto, o número e o tipo de processos podem variar de um hospital para o outro. O profissional deve conhecer o seu papel na corrente de ações necessárias à medicação de um paciente, para que desenvolva seu papel com segurança, consciência, responsabilidade e eficiência. O fato de a enfermagem atuar no último dos processos, que é o de preparo e administração dos medicamentos, ou seja, na ponta final do sistema de medicação, faz com que muitos erros cometidos não detectados no início ou no meio do sistema lhe sejam atribuídos. Esse fato também aumenta a responsabilidade da equipe de enfermagem, pois ela é a última oportunidade de interceptar e evitar um erro ocorrido nos processos iniciais, transformando-se em uma das últimas barreiras de prevenção. **Objetivo:** Identificar e analisar publicações em periódicos de maior circulação nacional nas áreas de Enfermagem, que abordem temas ligado à administração de medicamentos, especificamente erros. Revisar os principais erros cometidos pela equipe de enfermagem no momento da administração de medicamentos aos RNs. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica utilizando banco de dados Medline entre 2002 e 2008 selecionando-se artigos com informações atuais e relevantes a temática. **Resultados:** De acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa, os principais tipos de erros cometidos pela equipe de enfermagem foram: administração incorreta (35%), erro na interpretação da prescrição (26%), erro na prescrição (16%). Mediante a gravidade das consequências atribuídas aos Erros de medicação, é importante ressaltar que um erro não é realizado conscientemente pela simples ação de querer, pois o ato de agir é previamente analisado, refletido e normalmente realizado com a intenção de acerto. Diante da ocorrência de um erro, a atitude do profissional pode fazer a diferença, pois os benefícios ou complicações do erro vão depender das condutas tomadas por todos os envolvidos. **Conclusão:** Com os dados obtidos podemos concluir que mesmo em profissionais conscientes, erros são acompanhantes inevitáveis da condição humana. A prevenção de erros deve basear-se na busca de causas reais, que geralmente incluem erros no sistema de organização e implementação do serviço. Erros devem ser aceitos como evidência de falha no sistema, e encarados como oportunidade de revisão do processo e aprimoramento da assistência prestada ao paciente. A prevenção de erros deve basear-se na busca de causas reais, que geralmente incluem erros no sistema de organização e implementação do serviço. Mesmo um sistema teoricamente correto não elimina totalmente a ocorrência de erros, uma vez que o componente humano é muito variável em relação às suas habilidades e hábitos de trabalho. Deve-se tratar o erro na administração de medicamentos como parte integrante de um sistema, criando-se mecanismos de investigação ampla que permitam o conhecimento da real dimensão do problema, e formas eficazes de abordá-lo. É importante, também, estimular a mudança da cultura de formação nas universidades para que o erro seja encarado com maturidade, dando condições para que o profissional envolvido reporte seus próprios erros. É necessário que toda equipe profissional esteja consciente da necessidade de se implementar essas mudanças. O velho estilo de combate aos erros, com aumento de vigilância e identificação dos indivíduos fora de linha, deve ser rejeitado e entendido como contraproducente. Além de induzirem a novos erros, por aumento do estresse no ambiente de trabalho, encorajam a desonestidade técnica e intelectual, artifícios usados para imputar a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

outros a responsabilidade dos erros, ou a tentativa de escondê-los, mesmo que isso leve a sérios prejuízos.

Palavras-chaves: administração de medicamentos, segurança, neonato, enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

02 - Utilização do gerenciamento de risco para avaliar risco de queda durante internação pediátrica

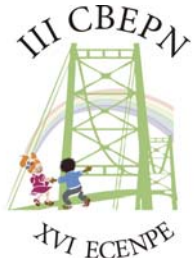
Rosa Inês Etchichury Rolim*

Introdução: A criança hospitalizada devido a sua fragilidade, vulnerabilidade e condições peculiares de crescimento e desenvolvimento têm necessidade de atenção especial dos profissionais de saúde para que ela não sofra qualquer intercorrências, nem violação de seus direitos fundamentais. As quedas de crianças no ambiente hospitalar são intercorrências comum no contexto de segurança. Um estudo em hospital nos Estados Unidos identificou que 82% das crianças que tiveram quedas estavam acompanhadas dos pais. As quedas têm relação com insegurança e apreensão dos pais dentro ambiente hospitalar, além das circunstâncias propiciadas pelos trabalhadores no cotidiano da sua prática. No entanto, identificam-se escassos estudos que abordem o assunto e problematizem as inúmeras interfaces relacionadas com a segurança e proteção da criança hospitalizada, permitindo discutir para a qualidade do cuidado ao cliente pediátrico. Sendo o evento queda, relacionado como um dos mais comuns dos eventos adversos ocorridos durante a hospitalização é necessária uma avaliação sistemática e um plano de ação para reduzir ou evitar este evento.

A ocorrência de eventos adversos durante o cuidado da criança pode colocar em risco a vida da mesma, por isso as instituições de saúde buscam incessantemente a qualidade e excelência no cuidar. A prevenção de eventos adversos é o principal desafio dos profissionais durante a assistência. A identificação de riscos passa a ser objeto de especial atenção dos profissionais que estabelecem políticas de prevenção e aprimoramento das rotinas minimizando ou extinguindo a insegurança no cotidiano da assistência. O enfermeiro de forma empírica sempre realizou o gerenciamento de fatores potenciais de risco e eventos adversos, porém atualmente com a utilização do gerenciamento de risco é evidenciada a participação do enfermeiro, pois além de identificar e notificar o risco ele toma medidas preventivas, corrige o risco para minimizá-lo ou eliminá-lo e ainda acompanha o desenvolvimento das ações implementadas para melhoria contínua. É de responsabilidade do enfermeiro perceber a probabilidade dos fatores potenciais de risco e intervir para que o evento queda não ocorra.

Quando ocorre o processo de revisão dos fatos e análise crítica da situação, estabelece-se um momento de reflexão e avaliação do tratamento aplicado. Neste instante reavaliam-se as ações e pode-se realizar o redirecionamento da tomada de decisão com objetivo de minimizar ou eliminar a frequência e gravidade do mesmo. A utilização do gerenciamento de risco como ferramenta permite que de forma sistemática sejam detectados e avaliados os riscos aos quais os pacientes pediátricos estão expostos durante a internação e que através do planejamento de ações o evento adverso queda seja diminuído ou suprimido. **Objetivos:** Avaliar através da ferramenta gerenciamento de risco, o risco de queda que os pacientes pediátricos estão expostos. Elaborar plano de cuidados de acordo com os riscos avaliados a fim de minimizar ou eliminar a queda dos pacientes pediátricos durante a internação hospitalar. **Métodos:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência, que a partir de referenciais teóricos, voltou-se para o cotidiano de enfermeiros comprometidos na assistência pediátrica. O estudo foi realizado no centro de tratamento intensivo pediátrico e unidade de internação pediátrica onde foi utilizado de forma sistemática o gerenciamento de risco no momento da admissão da criança avaliando e detectando precocemente o risco de

* Enfermeira. Especialista em Neonatologia, Endereço: Travessa Azevedo, 185/ 401A Floresta POA/RS, Rosa. E-mail: rolima@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

queda que está exposto, levando em consideração a sua idade, uso de medicações relacionadas com o risco de queda e estado clínico do paciente estão expostos. A elaboração do plano de cuidados diários (prescrição de enfermagem), pós avaliação dos riscos preconizando a orientação da equipe assistencial, orientação dos pais e/ ou familiares e adequação do meio corrigem os riscos reduzindo ou eliminando o evento queda. Uma nova avaliação é realizada a cada quarenta e oito horas detectando novos riscos e/ou excluindo riscos anteriores. Toda avaliação é registrada em evolução possibilitando o conhecimento por toda equipe assistencial dos riscos e dos cuidados para evitar a queda da criança. Quando por ventura acontece o evento queda este é avaliado por uma equipe multidisciplinar, através da utilização do instrumento de análise da causa raiz, o permite uma avaliação imparcial do evento possibilitando um redirecionamento e até mesmo exclusões de ações que facilitaram ou levaram ao acontecimento do evento queda. **Resultados:** A utilização do gerenciamento de risco pra avaliar o risco de queda do paciente pediátrico integra as informações necessárias para a assistência recebida e transmitida entre os diferentes profissionais, constituindo uma importante rede de segurança para a criança hospitalizada, uma vez que garantem a continuidade e evitam falhas que poderiam resultar em eventos adversos. A avaliação sistemática e contínua do risco de queda possibilita a ampliação do conhecimento, da discussão e adoção de boas práticas assistenciais ou gerenciais através da utilização efetiva de instrumentos e ferramentas que possibilitam a melhoria do cuidado prestado e garantam a segurança do paciente pediátrico durante a internação reduzindo ou eliminando o evento queda. Manter práticas seguras e processos internos para garantir a segurança do paciente é primordial e possui inegável valor na realização da atividade hospitalar, o enfermeiro tem papel principal nesta ação, pois através da avaliação sistemática aponta e analisa os riscos possibilitando a correta compreensão aprendendo com esse processo e implantando ações preventivas na segurança da criança hospitalizada. O estudo evidenciou que a utilização do gerenciamento de risco avaliando de forma sistemática os riscos aos qual a criança hospitalizada está exposta, o planejamento diário dos cuidados, orientação diária dos pais, equipe assistencial da importância de manter um ambiente seguro para a criança e a discussão e/ou correção de ações implantadas através da análise da causa raiz, quando ocorre o evento queda, reduziram na prática os números de quedas no centro de tratamento intensivo e na unidade de internação pediátrica.

Palavras-chave: queda, gerenciamento de risco, avaliação.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

03 - Contagem de microorganismos aeróbicos mesófilos totais em amostras de brinquedos manipulados por crianças usuárias de creche

Fabiana Rosa Correa
Damaris Gomes Maranhão

Introdução: A creche no Brasil, desde a Constituição de 1988, é um serviço responsável pelo cuidado e educação de crianças menores de cinco anos de idade. A especificidade desse serviço desafia-nos a repensar como organizar um ambiente que propicie interações e brincadeiras que favoreçam o desenvolvimento da identidade, autonomia e socialização das crianças e, ao mesmo tempo, seja seguro, no sentido de prevenir acidentes e a disseminação de doenças prevalentes. A instituição de precauções padronizadas para o cuidado da criança e do ambiente pode diminuir esses riscos. Um dos problemas mais complexos de solucionar é a manipulação coletiva de brinquedos que são levados constantemente à boca por várias crianças. Embora haja controvérsias, pesquisadores tem alertado para o perigo de infecções cruzadas envolvendo brinquedos nos serviços de saúde, sobretudo no ambiente hospitalar, destacando a importância da limpeza e desinfecção dos mesmos. **Objetivos:** Detectar e quantificar microrganismos aeróbios mesófilos em brinquedos coletivos manipulados por crianças na creche. **Metodologia:** O campo de estudo foi um Centro de Educação Infantil mantido por entidade social em parceria com a Secretaria de Educação do Município de São Paulo, localizado na subprefeitura de Capela do Socorro, área de abrangência da Universidade Santo Amaro. A pesquisa foi iniciada pela observação das crianças brincando em diferentes dias e grupos etários, para identificação do tipo de brinquedo existente na creche, preferência das crianças de acordo com a faixa etária e como manipulam e trocam entre si os brinquedos. Esses dados foram coletados tanto por meio de entrevista com a auxiliar de enfermagem e diretora como pela observação direta registrada em fotografias e vídeo. Após a observação coletou-se amostras de três tipos de brinquedos em três grupos etários diferentes, por meio de swabs embebidos em solução fisiológica, a seguir inseridos e transportados em tubos de ensaio contendo caldo TSB, que foi o mesmo utilizado como meio de cultura para o crescimento microbiano que aconteceu sob condições de estufa bacteriológica a 37 °C por 48 horas. A quantificação dos microrganismos foi feita por método de turvação (Tabela de Mac Farland) no laboratório de Microbiologia da Universidade de Santo Amaro. **Resultados:** Os resultados indicam que os brinquedos apresentaram contagem microbiana significativa de aeróbios mesófilos, inclusive naqueles que foram lavados e desinfetados pela auxiliar de enfermagem. Apenas um brinquedo não apresentou crescimento microbiano. Esse resultado é compatível com a frequência e método de higienização dos brinquedos observada que não segue as recomendações na literatura especializada em creche. Na revisão de literatura não foram encontrados referenciais que apresentassem padrões aceitáveis da quantidade de microrganismos mesófilos aeróbios em superfície ou utensílios para a associação da sua quantidade com o risco de infecção, porém foram encontradas referências que apresentam o mesmo método utilizado neste estudo, no entanto, realizado em alimentos ou cosméticos. O Grupo Mercado Comum aprovou Parâmetros de Controle Microbiológico para Produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes e disponibilizou os limites propostos, estabelecidos em função da área de aplicação e faixa etária, sendo o limite máximo de aceitação para contagem de microrganismos mesófilos aeróbios totais de 5×10^2 UFC/g, para produtos de uso infantil, produtos para área dos olhos, produtos que entram em contato com mucosas e 5×10^3 UFC/g para os demais produtos susceptíveis à contaminação microbiológica. A metodologia utilizada em nossa pesquisa para a coleta do material foi igual à usada por Silva, Neusely et al(19), onde relata no



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Livro: Manual de métodos de análise microbiológica de alimentos, uma técnica do esfregaço de superfície, na qual é feita aplicação em peixes inteiros, carcaças e cortes de bovinos, suínos e aves, superfícies de equipamentos, mesas, utensílios e embalagens; e os resultados desta pesquisadora foram expressos em NMP ou UFC por cm² de amostra. De modo geral, considerou-se que 1ml da suspensão equivale a 2cm² da superfície, porém essa relação pode ser alterada a critério do analista, dependendo do tipo de amostra e objetivo da amostragem. No presente estudo, essa relação de 1ml de suspensão equivalendo a 2 cm² de superfície foi adotada. Conclusões: Conclui-se que há um grande número de microrganismos nos diferentes tipos de brinquedos manipulados nos diferentes grupos etários, antes e após a higiene dos mesmos. Há falhas na frequência e processo de higiene dos brinquedos, o que implica na necessidade de revisão desse procedimento que deverá ser validado com nova pesquisa.

Referências:

- MARANHÃO, Damaris Gomes; VICO, Eneida Sanches Ramos. Higiene e precauções padrões em creche- contribuindo para um ambiente saudável. In: Santos, Lana Ermelinda da Silva. Creche e Pré-escola: uma abordagem de saúde. São Paulo: Artes Médicas, p.131-147, 2004.
- FREITAS, Ana Paula Carrasco Borges et al. Brinquedos em uma brinquedoteca: um perigo real? Vol. 39, n.4,p.291-294. Franca/SP: 2007.
- FLEMING, Kathleen. Toys-friend or foe? A study of Infection risk in a paediatric intensive care unit. Paediatric Nursing. Vol 18, No 4, may 2006.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**04 - A equipe de enfermagem diante das reações adversas medicamentosas na
unidade pediátrica**

Tathiana Silva de Souza Martins*
Luciana Rodrigues Silva[†]
Zenith Rosa Silvino[‡]

Na história da profissão, os enfermeiros têm se destacado no atendimento multiprofissional em serviços de saúde, fato que tem acarretado maior exposição, no que concerne à atuação assistencial, nos casos em que haja dano ao paciente. Na área da saúde, todos os processos assistenciais são passíveis de eventos adversos. Estudos recentes têm demonstrado que, dentre os eventos adversos, os relacionados ao processo de medicação são os mais frequentes, destacando-se como um problema de saúde pública nos Estados Unidos. O conhecimento do enfermeiro e dos demais profissionais de enfermagem, sobre os aspectos ético-legais que envolvem os desvios da qualidade na prestação da assistência, particularmente no processo de medicação, e suas implicações, é de suma importância, tanto como forma de conscientização, quanto para garantir maior segurança na assistência e assegurar os direitos do paciente. Assim, as reações adversas a medicamentos (RAMs) constituem um problema importante na prática do profissional da área da saúde. Segundo o Who (2002) uma RAM é definida como reação nociva e não-intencional, que ocorre em doses normalmente usadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapia da doença ou para a modificação de funções fisiológicas. Sabe-se que essas reações são causas significativas de hospitalização, de aumento do tempo de permanência hospitalar e, até mesmo, de óbito. Além disso, elas afetam negativamente a qualidade de vida do paciente, influenciam na perda de confiança do paciente para com a equipe de enfermagem, aumentam custos, podendo também atrasar os tratamentos, uma vez que pode assemelhar-se a enfermidades. A rotina da medicação ocupa posição estratégica na precipitação de interações e reações adversas. Ironicamente, a maioria da literatura relativa ao assunto é direcionada aos médicos e farmacêuticos, cujo foco principal de discussão é o medicamento, pouco ou raramente discorrendo sobre o processo da administração do medicamento e a importância da equipe de enfermagem. Reações adversas, tradicionalmente, foram separadas entre aquelas que se apresentam como efeito farmacológico aumentado, também chamadas reações tipo A - aumentada - a partir de uma proposta mnemônica ou dose relacionadas, e aquelas que resultam de um efeito aberrante, também chamadas reações tipo B - bizarras - não relacionadas à dose. Reações tipo A tendem a ocorrer com maior frequência e estão relacionadas à dose. São previsíveis e menos graves. Podem ser tratadas simplesmente com a redução da dose do medicamento. Tendem a ocorrer entre indivíduos que apresentem uma destas três características: 1) os indivíduos podem ter recebido dose maior que a que lhes é apropriada; 2) podem ter recebido quantidade convencional do medicamento, mas metabolizá-lo ou excretá-lo de forma mais lenta que o usual, apresentando níveis

* Mestre em Enfermagem Assistencial/ Universidade Federal Fluminense (UFF). Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cidadania e Gerência na Enfermagem (NECIGEN).

[†] Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC)/ UFF. Integrante do NECIGEN. Endereço: R. Castorina Faria Lima, 418 Fds – apt. 102 – Ilha do Governador – RJ – CEP: 21931-574
E-mail: lulurodrigues@gmail.com

[‡] Doutora em Enfermagem. Professora Titular de Administração em Enfermagem da EEAAC da UFF. Coordenadora do NECIGEN.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

quantitativos muito elevados; 3) podem apresentar níveis normais do medicamento, porém, por alguma razão, são demasiadamente sensíveis a ele. Em contraste, reações tipo B tendem a ser incomuns, não relacionadas à dose, imprevisíveis e potencialmente mais graves. Quando ocorrem, freqüentemente é necessária a suspensão do medicamento. Elas podem ser conseqüentes do que é conhecido como reações de hipersensibilidade ou reações imunológicas. Também podem constituir reações idiossincráticas ao medicamento ou ser conseqüente de algum outro mecanismo. Alguns critérios são úteis para minimizar a dificuldade de reconhecer as RAMs e diferenciá-las dos mecanismos fisiológicos e patológicos de diferentes doenças. Deve-se proceder da seguinte maneira: a) certificar-se de que o paciente utilizou o medicamento prescrito e na dose recomendada; b) questionar se a RAM suspeita ocorreu após a administração do medicamento; c) determinar se o intervalo de tempo entre o início do tratamento com o medicamento e o início do evento é plausível; d) avaliar o que ocorreu com a suspeita RAM após a descontinuidade do uso do medicamento e, se reiniciado, monitorar a ocorrência de quaisquer eventos adversos; e) analisar as causas alternativas que poderiam explicar a reação; f) verificar, na literatura e na experiência profissional, a existência de reações prévias descritas sobre essa reação. As crianças biotransformam os fármacos de maneira diferente dos adultos. Entre essas diferenças, destacam-se: o gradiente do metabolismo das crianças geralmente é reduzido; especialmente em bebês a barreira sanguínea hematoencefálica é mais permeável; os rins e o fígado estão desenvolvendo os processos de síntese e depuração, resultando em baixa eliminação de medicamentos. Desta forma este estudo traz como objetivos: Identificar os principais medicamentos utilizados na unidade pediátrica de um Hospital Universitário (HU) e Desvelar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação às reações adversas medicamentosas das principais drogas usadas na unidade pediátrica do HU. Essa pesquisa justifica-se por contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada frente às possíveis reações adversas medicamentosas apresentadas pela clientela pediátrica. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória descritiva com tratamento quantitativo dos dados. O cenário da pesquisa foi a Enfermaria de Pediatria de um HU no Município de Niterói. Os dados foram coletados nas fichas de Plano Terapêutico Multidisciplinar das crianças e adolescentes hospitalizadas e através da entrevista semi-estruturada com todos os membros da equipe de enfermagem, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa teve as bases éticas e legais atendendo as determinações da Resolução 196/96 do CNS. Os principais grupos de medicamentos identificados foram: Antimicrobianos, Antifúngicos, Imunoterápicos, Diuréticos, Antiácidos, Analgésicos, Imunossuppressores e Anti-hipertensivos. No que diz respeito à equipe de enfermagem, a mesma desconhecia as RAMs possíveis oriundas das drogas utilizadas na clientela pediátrica e como agir diante de tal fato. Diante do exposto, acredita-se que é preciso que a equipe de enfermagem modifique imediatamente sua postura diante de toda terapia medicamentosa, em especial as RAMs. No entanto, sabe-se que a mudança de comportamento é um processo lento e que exige constante investimento para sua obtenção, sendo necessário promover continuidade no processo de mudança. A conscientização e o aprendizado por parte da equipe de enfermagem envolvida na execução da terapia medicamentosa devem ser conquistados de forma gradativa e, para que isso aconteça, é importante realizar atividades que analisem e promovam melhorias no sistema de medicação, sendo que as estratégias de educação sobre a importância do tema devem preceder, em determinadas situações, às intervenções de melhoria a fim de motivar a equipe para o alcance de melhores resultados.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, administração de terapia medicamentosa e cuidados de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

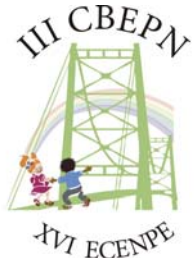
05 - Cuidados de Enfermagem nas intervenções farmacológicas para o alívio da dor do recém-nascido

Aspásia Basile Gesteira Souza*
Valmira de Sena Lopes[†]

Introdução: A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceitua dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável. Até a década de 1980, prevalecia o paradigma de que o recém-nascido (RN) não era capaz de sentir dor; milhares de neonatos foram submetidos a procedimentos sem qualquer tipo de analgesia ou anestesia. Diversas intervenções não-farmacológicas podem ser implementadas para prevenção e alívio da dor leve à moderada. Episódios de dor severa devem ser tratados com medicação. O enfermeiro é responsável pelo planejamento e aprazamento da terapia medicamentosa. Por isso, torna-se necessário conhecer os aspectos que envolvem os cuidados de enfermagem a serem observados pela equipe na ministração de drogas antiálgicas ao RN. **Objetivos:** realizar levantamento bibliográfico sobre os métodos farmacológicos para controle e alívio da dor no recém-nascido; subsidiar intervenções de Enfermagem na administração de fármacos utilizados para o controle e alívio da dor no neonato. **Metodologia:** Para alcançar aos objetivos desse estudo, utilizou-se a pesquisa bibliográfica, em fonte secundária, como método, seguindo-se as seguintes etapas: consulta a base de dados LILACS (Literatura Latinoamericana e do Caribe de informação em Ciências da saúde), acessado pela BIREME (Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), à procura de artigos publicados em periódicos nacionais, entre 2004 e 2009, que abordassem ao tema; encontrados vinte e cinco textos, sendo selecionados onze; consulta ao catálogo de biblioteca em livros de neonatologia, quatro capítulos foram escolhidos; fichamento e relatório final abordando aspectos referentes às convergências e divergências, entre os textos levantados. **Resultados:** Segundo Guinsburg (2009), Marter e Pryor (2005) as drogas utilizadas com maior frequência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são: paracetamol, dipirona, ibuprofeno, morfina, fentanil, midazolam, EMLA e lidocaína, merecendo cuidados de enfermagem específicos, como descrito a seguir: a) Paracetamol: seguro para uso no período neonatal, indicado no tratamento de dor com intensidade leve e moderada, é útil como coadjuvante na analgesia pós-operatória, pois não interfere na agregação plaquetária nem induz à irritação gástrica, com intervalo de seis horas não devendo exceder cinco doses ao dia. Contra-indicado em portadores de G6PD e hepatopatias. Não administrar com barbitúricos, hidantoína, rifampicina. Absorção oral é diminuída pela metoclopramida. Potencializa toxicidade de salicilatos. Observar rash cutâneo, náuseas, vômitos, sedação, febre, sangramentos se ministrado com anticoagulantes orais, neutropenia se uso concomitante com AZT. Antídoto acetil cisteína. b) Dipirona: não recomendado para uso neonatal. Porém, a grande experiência com seu uso no país demonstra sua segurança e eficácia analgésica e antitérmica, sem aumento de efeitos colaterais comprovados; pode ser administrada por via oral ou venosa; indicado no tratamento de dor com intensidade leve e moderada, também é útil como coadjuvante na analgesia pós-operatória. Evitar uso em neonatos com peso menor de 5 kg. Observar sangramentos (gingiva, urina, fezes, pele), plaquetopenia, rash, náuseas, vômitos, diarreia. Identificar sinais da síndrome Stevens Johnson: eritema bolhoso em pele e

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem Pediátrica. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatológica, Faculdade Santa Marcelina - SP Email: aspasia.souza@fasm.edu.br

[†] Enfermeira. Plantonista na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, OSS Santa Marcelina Itaim Paulista, pós-graduanda em Enfermagem Neonatológica, Faculdade Santa Marcelina – SP. Email: oselina_sena@ig.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

mucosas, febre. Diminui efeito de barbitúricos e ciclosporina. c) Ibuprofeno: analgésico, antitérmico e antiinflamatório, com efeito após 60 minutos da administração e duração entre 6 e 8 horas. Apresentação via oral (comprimidos, solução em gotas, suspensão, cápsulas e comprimidos revestidos). Intervalo de 6 a 8 horas. Observar náuseas, vômitos, constipação ou diarreia, rash. Avaliar débito urinário, presença de sangramento digestório, insuficiência renal aguda, edema, Síndrome de ativação de macrófagos: CIVD. Pode reduzir o efeito dos natriuréticos. d) Morfina: potente analgésico e sedativo, de baixo custo. O início de ação varia de 3 a 5 minutos; administrar até a cada quatro horas por via venosa ou subcutânea ou continuamente. Observar efeitos colaterais próprios dos opioides: depressão respiratória, íleo paralítico (auscultar ruídos hidro-aéreos), náuseas, vômitos, retenção urinária (presença de distensão vesical), convulsões; piora crise asmática/broncoespasmo e disfunção respiratória. Contra-indicado em hipertensão intracraniana e hipovolemia, pois causa vasodilatação. Pode levar à dependência. Antídoto: naloxona. e) Citrato de Fentanil: muito usado em neonatologia devido à sua capacidade de prover rápida analgesia com estabilidade hemodinâmica. Apresenta início de ação mais rápido e duração mais curta (menos de duas horas) comparando-se com a morfina. Pode ser ministrado com intervalo a cada 2 ou 4 horas ou continuamente. A desvantagem da infusão contínua é o aparecimento rápido do efeito de tolerância, sendo necessárias doses crescentes do fármaco para se obter o efeito analgésico desejado. Efeitos colaterais, contra indicações e antídoto semelhantes aos da Morfina. f) Midazolam: benzodiazepínico com boa atividade sedativa hipnótica, que apresenta potência duas a quatro vezes maior do que o Diazepam; tem rápido início de ação. Em recém-nascidos gravemente enfermos a meia-vida de eliminação pode estar muito prolongada (6 a 12 horas). Pode ainda causar depressão respiratória e hipotensão arterial, potencializadas pelo uso concomitante de opióides, além de levar à dependência física se usado de forma contínua, por mais de 48 horas. É recomendado para uso em RN a termo. Contra-indicado nos casos de glaucoma, choque, depressão do SNC. Observar depressão respiratória e hipotensão arterial. Evitar administração concomitante com opioides, pois potencializa depressão respiratória. Administrar lentamente, devido ao risco de convulsões. Observar sinais de hipofluxo sanguíneo cerebral, com alterações neurológicas, especialmente em RN pré-termo (RNPT): hipertonia, hipotonia, tremores e atividade epileptiforme. Contra-indicado infusão contínua ou prolongada em RNPT, com efeitos graves como morte, leucomalácia e hemorragia periventricular. Antídoto: flumazenil. g) EMLA (mistura eutética de anestésicos locais - lidocaína e prilocaína): produz anestesia em pele intacta, é seguro no recém-nascido quando aplicado isoladamente em um único procedimento (circuncisão, punções arterial, venosas e lombar). Como desvantagens, podem-se citar a latência de cerca de 60 minutos para efeito e vasoconstrição que dificulta a punção venosa; risco de metaemoglobinemia se uso extenso e indiscriminado. h) Lidocaína: anestésico local indicado para punção lombar, inserção de cateter central, drenagem torácica e, eventualmente, na punção arterial. O início da ação é quase imediato e a duração do efeito, de 30 a 60 minutos após a infiltração. Deve-se sempre respeitar a dose máxima de 5 mg/kg. Uso restrito em neonatos. Observar presença de angiodema, hiperemia, erupção na pele. Podem ocasionar bradicardia, arritmia. Alguns analgésicos têm efeito sedativo, porém alguns sedativos não possuem efeito analgésico podendo até intensificar a dor. Assim, sedação e analgesia devem ser concomitantes. As analgésicos podem desencadear fenômenos adversos como tolerância, abstinência, dependência, vício ou adicção. (OLIVEIRA, 2005). **Considerações finais:** Este trabalho teve como objetivo propiciar à equipe de enfermagem subsídios para medicar o RN em uso de analgésicos, sedativos e anestésicos de forma segura, proporcionando tratamento adequado àquela clientela. Ressalta-se a importância da aplicabilidade das escalas para mensuração da dor, avaliando assim a eficácia da terapêutica utilizada. É de responsabilidade dos profissionais da saúde envolvidos no cuidado ao RN, garantir acesso ao alívio rápido e



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

completo da dor e do estresse de forma mais eficiente e segura possível. Atentar para que o receio dos efeitos colaterais e risco de dependência aos analgésicos e aos sedativos potentes não seja usado como justificativa para negligenciar a dor do neonato. É necessário a implementação de protocolos de sedoanalgesia, para proporcionar otimização no tratamento da dor, em seus diferentes graus utilizando a droga mais adequada. Faz parte do processo de humanização da assistência, valorizar, qualificar, quantificar e tratar a dor. O enfermeiro ao estabelecer avaliação rotineira da dor, apraziar o intervalo adequado para ministração das drogas, observar possíveis interações medicamentosas e treinar a equipe para detectar efeitos colaterais, propicia intervenções eficazes à dor do neonato, tornando o cuidado de enfermagem realmente humanizado.

Palavras-chave: dor, analgésicos, recém nascido, efeitos de drogas, enfermagem neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**06 - A violência na óptica dos adolescentes de ensino médio do Município de
Alfenas –MG: aspectos escolares**

Vivian Pereira de Paulo*
Lana Ermelinda da Silva dos Santos[†]

Há várias indagações ao se deparar com a justaposição escola/violência, principalmente ao se enfrentar seus efeitos concretos: a turbulência e a apatia nas relações interpessoais, a indisciplina cotidiana, os confrontos velados, as ameaças de diferentes tipos, os muros, as grades, a exclusão, o preconceito, a atuação muitas vezes de ex-alunos com formação de gangues, influência do tráfico de drogas, etc. O quadro é claro e preocupante uma vez que a escola é uma Instituição socializadora, pedagógica e educacional, cujo objetivo é a formação de cidadãos e futuros profissionais. A violência, atualmente, ultrapassa o nível de preocupação de seguridade social e torná-se, de acordo com Organização Mundial de Saúde, um problema de Saúde Pública. Não só os estudos da vitimização, mas também dos motivos que a levam, são relevantes para se desvendar o elo de causa e efeito e se proponha ações que combatam a gênese do problema. Profissionais da área de saúde cada vez mais próximos a Instituição escolar e familiar têm a responsabilidade de criar o vínculo e rede de suporte para prevenção, tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes que cotidianamente sofrem ou praticam atos de violência e garantir, portanto, a segurança e desenvolvimento saudável desses jovens. Este estudo teve como objetivos conhecer a existência de violência escolar, suas formas, fatores determinantes e relacionados a sua prática, suas repercussões na formação do jovem, bem como as ações preventivas da Instituição familiar e escolar para o enfrentamento do problema. A pesquisa constituiu-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal realizado em seis escolas públicas e duas particulares do Município de Alfenas-MG, no período de agosto de 2008 a março de 2009, com uma amostra de 381 estudantes do ensino médio regular, de 15 a 19 anos, independente da prática de violência, considerando apenas sua visão sobre o problema. Estes compostos de 169 do sexo masculino e 212 feminino, distribuídos nas 99 salas de aula das escolas participantes, entre os turnos diurno e noturno. Após a assinatura do termo de consentimento pelos adolescentes e seus responsáveis legais, foi aplicado um questionário contendo 13 questões semi-estruturadas e 22 estruturadas. Os dados foram dispostos em tabelas de contingência de dupla entrada e submetidos aos testes Qui Quadrado e Exato de Fisher considerando p-valor <0,05 para determinação de dependência entre as variáveis. Também utilizou-se dos métodos de estatística descritiva para a análise de frequência. O estudo permitiu constatar a existência de violência escolar não havendo distinção considerável entre escola pública ou privada e turnos em níveis gerais de violência. Esta é manifestada entre alunos (82,4%), seguida pela violência entre alunos e professores (75,3%). A violência verbal é prevalente entre todos os pares sociais, porém a física é característica entre alunos. Na escola pública há predominância da violência física entre estudantes, enquanto que na privada as violências físicas e verbais, são

* Estudante – 8º Período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG. Integrante Bolsista do Programa de Educação Tutorial PET/SESU/MEC Enfermagem. Endereço R: Alfredo Thiers Vieira, 115 A – Centro – Alfenas/ MG. CEP: 37130-000. E-mail: viviataga@yahoo.com.br

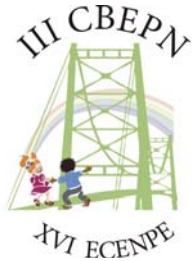
[†] Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – EEUSP/RP. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG, responsável pela Disciplina Saúde da Criança e do Adolescente. Tutora do Programa de Educação Tutorial – Grupo PET/SESU/MEC Enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

iguais, correspondendo há 61,11%, e maiores dentre todos os outros tipos. A violência verbal é o tipo característico no conflito entre professores e alunos, porém a escola pública (22,02%) e entrevistados do sexo feminino (24,63%) relatam haver violência física considerável entre este par ($p < 0,05$). As formas de violência encontradas no ambiente escolar em predomínio de ocorrência são, respectivamente, verbal, psicológica, física e violência contra o patrimônio, ou depredação. A violência psicológica relatada em 60,10%, somente no questionamento de violência escolar em âmbitos gerais, sem especificidade de atores para esta ação, demonstra a violência institucional simbólica e silenciosa enrustida em regras e comportamentos administrativos e educacionais que não se remete a uma classe específica de atores, mas faz parte de um conjunto global de ações. Dentre os fatores determinantes desta violência encontram-se os problemas de ordem social os quais aparecem os conflitos de relacionamento em 54,7%, a discriminação em 21,95% manifestada por meio do preconceito racial, sexual e social, com manifestação de um tipo característico de violência escolar, o bullying, compreendendo todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas, sem motivação evidente, provocadas por um ou mais estudantes contra outro, numa relação desigual de poder; por fim, a dificuldade de comunicação ou falta de diálogo em 19,21%, evidenciada principalmente entre alunos e professores por distorcerem informações trocadas, não abrindo espaço para discussão de assuntos relevantes ao ensino-aprendizagem ou estabelecimento de relação interpessoal considerável; outro seria, os problemas externos à escola evidenciados por conflitos familiares (17,7%) e má educação (16,37%), além de problemas pessoais de cunho afetivo (21,25%) e emocional (15,67%). O conjunto de problemas relacionados não são apenas fatores causais de atos violentos como também repercutem diretamente no aproveitamento do aluno na escola, evidenciando o baixo rendimento do aluno em 91,30% , baixa frequência escolar em 81,90% e alto grau de desatenção do estudante em 70,90% dos relatos, o que prejudica, dessa maneira, a formação educacional e desenvolvimento do jovem, tornando-o vulnerável a marginalização. A atuação contra as manifestações de violência necessita da formação do elo entre Instituição escolar e familiar, unidades formadoras presentes continuamente na vida da criança e do adolescente. A prática da humanização escolar, presente em 42,50% dos relatos, aliada as atividades de repressão (42,00%) são as ferramentas de equilíbrio para a ação escolar no combate a violência, o que previne, não só, as ações de violência praticadas por alunos, mas também a própria violência institucional. Em contraponto, a instituição familiar tem a responsabilidade de promover o cuidado e humanização prioritariamente (79,30%), para o crescimento e desenvolvimento saudável do jovem e de suas relações interpessoais. Conclui-se que na visão dos estudantes a existência de violência é um fato que tem suas origens em conflitos de relacionamento, sociais e de afetividade, que prejudicam a socialização e o desenvolvimento pessoal do adolescente, e trazem repercussões diretas em sua formação educacional. A violência deve ser encarada por toda comunidade intra e extra escolar. No seu combate deve salientar mudanças em coletividade contra a destrutividade enunciada pela violência, visível nas depredações e danos causados às pessoas que pertencem ao ambiente escolar, construindo assim redes de relações sociais densas e programas, que busquem o desenvolvimento de um ambiente solidário, humanista e cooperativo; crie relacionamentos positivos e duradouros entre alunos, professores e funcionários; se preocupe com um tempo extra escolar a ser assumido pela Instituição de ensino e a ser programado junto a comunidade e família, e por fim tente satisfazer ao jovem. Edificando um lugar prazeroso para a construção da cidadania.

Palavras-chave: violência escolar, adolescente, desenvolvimento.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

07 - Segurança e proteção da criança e família na unidade de tratamento intensivo pediátrico

Thiago Silva*
William Wegner†

A segurança da criança hospitalizada é uma temática que vem sendo incluída na atenção à saúde da criança, adolescente e família pela necessidade de se repensar as práticas de cuidado em saúde, as quais apresentam uma predisposição a eventos adversos. Para Marck e Cassiani (2005), segurança do paciente se dá através de iniciativas que buscam evitar, prevenir e reduzir resultados adversos ocorridos a partir do cuidado à saúde. A segurança é algo que deveria estar incorporada às ações e estratégias de gestão dos serviços de saúde. A segurança é considerada um princípio fundamental no cuidado ao paciente e é um componente crítico do gerenciamento da qualidade. A hospitalização da criança e família representa um evento de exposição a vulnerabilidades que contradizem o discurso de humanização da assistência que está inserido na maioria das instituições hospitalares, principalmente quando o usuário do serviço é frágil, dependente e sensível. Visualizam-se na prática cotidiana, diversas situações que caracterizam e disseminam as relações de poder entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços, entre elas destacam-se nesta pesquisa as iatrogenias decorrentes da atenção em saúde. A Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP) está voltada ao atendimento de pacientes graves com alto risco de mortalidade, na qual qualquer iatrogenia passa a ser não somente indesejável, mas extremamente prejudicial à vida da criança, podendo gerar diversos danos ao seu tratamento, diagnóstico, saúde e doença. Para Madalosso (2000), a iatrogenia não é uma raridade no cotidiano na área da saúde, é uma situação freqüente no processo de cuidar. Ao analisarmos a área da enfermagem, por estar mais próxima do paciente, percebemos que os profissionais da enfermagem mesmo planejando suas ações dentro de rotinas e critérios exatos, podem ocasionar o inesperado: um evento adverso. As iatrogenias demasiadamente não são identificadas ou notificadas, porque dentro dos serviços de saúde elas são mascaradas, assim impossibilitando aos usuários entenderem como são lesados. A partir desta problematização, emergem as questões de pesquisa que orientaram o estudo: o familiar/cuidador identifica momentos em que a atenção em saúde representa risco e/ou intercorrências ao filho/criança na UTIP? Quais as principais intercorrências identificadas pela familiar/cuidador no cotidiano de uma UTIP? A relevância do estudo para a enfermagem está vinculada à garantia da qualidade e segurança no cuidado à criança hospitalizada. Acredita-se na importância da proteção integral da criança e família durante a hospitalização e a segurança desta parcela deve ser garantida mediante o conhecimento dos eventos adversos e estabelecimento de mecanismos de proteção nos cenários de cuidado. O objetivo geral deste estudo foi identificar os eventos adversos percebidos pelo familiar/cuidador no contexto da UTIP. A partir desse, os objetivos específicos deste foram: conhecer se a família/Cuidador identifica eventos adversos nas práticas de atenção em saúde em uma UTIP; discutir as intercorrências identificadas pela família/Cuidador frente à segurança da criança hospitalizada e propor mecanismos de proteção e segurança à criança e família na UTIP. Trata-se de um estudo com

* Enfermeiro. Centro Universitário Metodista IPA. Responsável Técnico pela Escola Sociedade Metodista Amparo a Infância (SOMAI).

† Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem – PPGENF/UFRGS. Professor Titular do Centro Universitário Metodista IPA. Supervisor Geral da Área da Saúde da Criança, Adolescente e Família no Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista IPA. Email: wiliam.wegner@metodistadosul.edu.br Endereço para Correspondência: Rua Jacinto Gomes, 635 / 202 – Bairro Santana – Porto Alegre/RS – CEP 90040-270.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, o qual foi desenvolvido na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA) na UTIP do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). O Hospital da Criança Santo Antonio é uma instituição de referência em atendimento à criança/adolescente no Estado do Rio Grande do Sul, sendo uma referência a nível nacional por suas especialidades clínicas e cirúrgicas. A população envolvida neste estudo foram os familiares/cuidadores da criança hospitalizada na UTIP no período correspondente ao mês de março a abril/2009, independente das características do familiar/cuidador, da idade da criança, do tempo de internação ou diagnóstico médico. Participaram do estudo 13 familiares/Cuidadores conforme critérios de seleção: Estar a criança hospitalizada nesta UTIP, o familiar/cuidador ter vínculo primário com a criança hospitalizada, ou seja, este familiar/cuidador tem que estar assistindo esta criança durante seu processo de hospitalização sendo este o responsável legal pela mesma, o familiar/cuidador ser maior de idade (maior de 18 anos). O instrumento utilizado para coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada, contendo questões abertas. As informações foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo do tipo temática (MINAYO, 2004). As questões bioéticas foram respeitadas e empregadas conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, conforme a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS sob nº 2088/09. Os pesquisadores também apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo que um exemplar ficou com o pesquisador e o outro com cada participante. Na análise das informações foi possível caracterizar os participantes e compreender alguns aspectos inerentes à complexidade da criança internada em uma UTIP. Além disso, formularam-se duas categorias temáticas e suas respectivas subcategorias: Segurança e Proteção (Falta de Informação Completa ao familiar/cuidador, Insegurança Relacionada à Prática Profissional e Práticas Seguras na UTIP e a Proteção), Iatrogenia/Erro (Iatrogenia frente à Limitação do Cuidado na UTIP e Eventos Adversos Sob a ótica do familiar Cuidador). A comunicação entre a equipe de saúde é fundamental para garantir a segurança e proteção da criança hospitalizada e oferece subsídios para tranquilizar o cuidador/acompanhante. Acredita-se que as informações sobre o estado de saúde da criança necessitam ser discutidas previamente entre todos os envolvidos na assistência para evitar informações diversas e imprecisas. Os mecanismos para garantir a segurança e proteção na UTP frente a insegurança relacionada a prática profissional converge para um planejamento prévio das ações que serão desenvolvidas diante dos procedimentos a serem executados na criança, realizar processo de educação permanente com a equipe de saúde, sendo este um processo de qualificação profissional que pode ser planejado a médio e longo prazo, atendendo as necessidades tanto do profissional quanto dos usuários do serviço. Constatase que o perfil profissional traz consigo individualidades inerentes a sua prática com a criança e família. Mesmo que as normas e rotinas hospitalares na UTIP afastem o profissional de saúde da criança e família hospitalizados é possível romper com esta fragmentação e superficialidade por meio da escuta, toque e carinho com a criança nos momentos de cuidado. Várias falas dos participantes relataram diversas intercorrências/erros, que diante da literatura podemos considerar como Ocorrências Iatrogênicas (OIs), assim exemplificadas: a não valorização da queixa do familiar/cuidador, a falta de conhecimento técnico/científico da equipe diante de uma situação e a limitação no cuidado e assistência da criança na UTIP. Identifica-se uma carência relacionada à prática ofertada a criança na UTIP até mesmo pela falta do conhecimento técnico/científico dos profissionais envolvidos diante do cuidado. Normas rígidas e impositivas estabelecidas pela equipe de saúde deveriam também ser seguidas pelas mesmas, principalmente quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e as medidas de controle de infecção hospitalar. Os mecanismos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

para garantir a segurança e proteção da criança e família diante dos eventos adversos identificados sob a ótica do familiar cuidador converge em uma melhor adequação no processo do cuidado ofertado a criança hospitalizada, principalmente os cuidados integrais quanto à mobilidade da criança, rigor no controle de infecção, comunicação clara e contextualizada para a família, além de implantar a prescrição de enfermagem de maneira efetiva e acreditada, rediscutir o número de recursos humanos frente as demandas do setor, entre outros. Os resultados deste estudo apontam uma relevância de eventos adversos dentro de uma unidade de tratamento intensivo, sob a ótica do familiar cuidador com enfoque na segurança e proteção da criança e família na UTIP. Os dados da pesquisa revelam que a criança encontra-se parcialmente insegura e desprotegida nesse processo de hospitalização diante da prática dos profissionais de saúde nesse serviço, assim identificou-se uma limitação no cuidado ofertado à criança, sendo um cuidado tecnicista gerando um distanciamento do cuidado humanizado. A criança é traduzida na atuação profissional sob a ótica do cuidador familiar como objeto e não um ser humano. Ao discutirmos as evidências deste estudo, apontamos o enfermeiro como principal sujeito inserido no contexto da criança hospitalizada, como norteador de ações programáticas para minimizar o sofrimento da criança que já esta se encontra em uma situação difícil em sua vida junto a sua família, como também estabelecendo a essência do cuidar e do ser cuidado, desta forma sendo traduzido em um ambiente acolhedor e afetivo onde a segurança/proteção da criança e família na UTIP irá prevalecer neste cenário.

Palavras-chave: segurança, hospitalização, unidade de terapia intensiva pediátrica, criança, cuidadores, eventos adversos, enfermagem pediátrica.

Referências:

- MALDALOSSO, A.R.M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.3, p. 11-17, julho. 2000.
- MARCK, P.; CASSIANI, S. H. B. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, P. 750-753, Set/Out. 2005.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**08 - Fatores que interferem no uso do Cateter Venoso Central de Inserção
Periférica (CCIP) nas UTI Neonatais de Cuiabá – MT**

Diego L. Proença Campos*

Welton Martins Ribeiro†

Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo‡

Maria Aparecida Munhoz Gaíva §

O procedimento de punção venosa é uma das práticas de cuidado difíceis de realizar em recém-nascidos (RN) devido à fragilidade da rede venosa periférica e instabilidade física. Isto faz com que as repetidas punções periféricas comprometam os vasos sendo necessária a utilização da dissecação venosa, aumentando assim, o risco de infecções. Na década de 1980, nos Estados Unidos da América e na Europa surge o Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (CCIP). O seu uso contribuiu para a redução dos custos em terapia intravenosa, no tempo de trabalho de enfermagem despendido em repetidas punções periféricas, além de proporcionar maior segurança e menores riscos de complicações aos clientes, pois os materiais utilizados na sua produção são biocompatíveis (silicone/poliuretano), ou seja, reduz o trauma do sistema venoso periférico no momento da inserção e condução do cateter. No Brasil, o uso do CCIP é recente, sua utilização se dá no final da década de 1990, sendo utilizado em pequena escala devido a escassez de recursos financeiros destinados à saúde para importação e aquisição do mesmo. Em Cuiabá o cateter começou a ser utilizado no ano de 2004, quando foi realizado o primeiro curso de capacitação profissional oferecido pela Infusion Nurses Society do Brasil (INS Brasil), em parceria com a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. A partir desse momento, o cateter passou a ser utilizado principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O CCIP tem sido cada vez mais utilizado nas UTIN, pois se apresenta como alternativa segura de acesso venoso central de longa permanência, permitindo administrar soluções vesicantes, de alta osmolaridade e pH extremo por veias periféricas. Além disso, o uso do cateter reduz a exposição dos recém-nascidos (RN) à dor, a infecções e ao estresse dos procedimentos invasivos. Por ser uma tecnologia que está sendo incorporada ao cuidado do recém-nascido de forma gradativa, algumas UTIN do município de Cuiabá-MT ainda não fazem uso do cateter. O presente estudo teve por objetivo conhecer os fatores que interferem no uso do CCIP nas UTIN de Cuiabá, MT. Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa em três UTIN no município de Cuiabá, a saber: um hospital universitário, um hospital filantrópico conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e um hospital privado. Estas unidades foram escolhidas por prestarem cuidados intensivos aos recém-nascidos e por fazerem parte da amostra do projeto de pesquisa “Avaliação do uso do Cateter Central de Inserção Periférica em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal na Cidade de Cuiabá-MT”, financiado pela FAPEMAT, Edital PPP/MCT/CNPq/007/2006, do qual derivou este estudo. Os dados foram obtidos por meio

*. Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Membro do grupo de pesquisa ARGOS.

†. Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Membro grupo de pesquisa ARGOS.

‡ Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Pesquisadora do grupo de pesquisa ARGOS. Endereço: Rua C, nº 33, apto 501. Cond. Matisse Residences. Bairro Miguel Sutil. Cuiabá-MT. CEP 78048-298. E-mail capriata@terra.com.br.

§ Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Pesquisadora do grupo de pesquisa ARGOS, pesquisadora CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de entrevista semi-estruturada realizada com nove enfermeiras das referidas UTIN, sendo as entrevistas agendadas previamente e realizadas conforme a disponibilidade de cada profissional após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob Protocolo N^o. 361/CEP-HUJM/07. Para organização das informações foi utilizada a técnica de análise temática e analisadas com base no referencial teórico construído e estudos relacionados com o tema. Das nove enfermeiras entrevistadas, duas atuavam na instituição privada, quatro no hospital universitário e três na instituição filantrópica conveniada ao SUS. O tempo de atuação como profissional variou de 2 a 16 anos e de capacitação para inserção do CCIP foi de 1 a 5 anos. A UTIN do hospital universitário foi a primeira unidade neonatal a fazer uso do CCIP em Cuiabá, no início do ano de 2004, seguido pela instituição privada, no final do ano de 2004. Já na UTIN da instituição de caráter filantrópico conveniada ao SUS, a incorporação do CCIP na assistência ao recém-nascido se deu a partir de janeiro de 2007. Da análise dos dados empíricos surgiram as seguintes categorias: Facilidades para o uso do CCIP nas UTIN; Dificuldades para o uso do CCIP nas UTIN; Estratégias utilizadas pelas enfermeiras das UTIN para superar as dificuldades em relação ao uso do CCIP. As facilidades apontadas pelas enfermeiras estão relacionadas à disponibilidade/ acesso ao cateter e material adequado para uso no serviço; possuir profissionais capacitados para a sua inserção e reconhecimento profissional pelos demais membros da equipe de saúde. As dificuldades para o uso do CCIP nas UTIN se devem as condições da rede venosa dos RN, em particular aqueles que apresentam malformação congênita, (de que? Cardíaca? Vasos?) dificultando assim, o procedimento de inserção e progressão do cateter; a baixa qualidade do material em virtude do cateter ainda ser de custo elevado; a falta de habilidade e/ou destreza manual da equipe no manuseio do cateter e a ausência de protocolo de procedimento/cuidados a serem observados pela equipe no processo de inserção, manutenção e retirada do cateter nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Para superar essas dificuldades as enfermeiras lançam mão de estratégias como: realizar o máximo de tentativas de punção venosa para inserção do CCIP antes de se optar por outro dispositivo venoso; imobilizar o membro antes de realizar a punção venosa; friccionar o vaso para auxiliar na progressão do cateter; elaborar relatório técnico para subsidiar o processo de compra do cateter; recorrem a portarias e leis que garantam a utilização do cateter e o acesso dos recém-nascidos às novas tecnologias de cuidado; lavagem do cateter com soro fisiológico a cada 6 horas; uso de bioconector para impedir o refluxo de sangue reduzindo obstruções; avaliação diária do curativo no local de inserção do CCIP com o objetivo de conter a infecção de forma precoce; controle da vazão da bomba de infusão; reuniões com a equipe de enfermagem/médica para a elaboração do protocolo assistencial. O estudo demonstrou que as enfermeiras utilizam o CCIP nas UTIN de Cuiabá-MT por proporcionar maior segurança ao RN, reduzir a exposição do mesmo a infecções, otimizar o trabalho da enfermagem e qualificar o cuidado prestado aos RN, em particular, aqueles em uso de terapia intravenosa. A utilização do CCIP nas UTIN é uma realidade que se torna cada vez mais indispensável devido aos benefícios para o recém-nascido. Entretanto, carece de pesquisas para evidenciar as conseqüências decorrentes do uso e quais as intervenções necessárias para a prática da enfermagem. Assim, recomendamos a realização de novas pesquisas no sentido de avaliar os protocolos de condutas que serão elaborados pela equipe de saúde das UTIN estudadas.

Palavras - chave: infusões intravenosas; enfermagem neonatal; recém-nascido.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

09 - Erro de medicação sob a ótica dos profissionais de enfermagem em unidades pediátricas

Ildete de Olinda Machado*
Adriana Carla Negri†
Marisa Rufino Ferreira Luizari‡
Sandra Maria Valle Leone Oliveira§

Erros de medicação são considerados problemas potenciais para o sistema de saúde pública, ocasionando mortes ou incapacidades temporárias ou permanentes e gerando grandes custos (BORGES,2005). Além das conseqüências danosas para a saúde, tais erros levam os pacientes a perder credibilidade nos profissionais e estes a se frustrarem e desmotivarem por não se verem capazes de oferecer a melhor assistência à saúde (KOHN,CORRIGAN,DONALDSON,1999). Os medicamentos constituem um dos principais instrumentos terapêuticos e são, sem dúvida, os mais utilizados. Seu preparo e administração constituem uma das principais funções e responsabilidades inerentes à assistência de enfermagem. Entretanto, erros relacionados à administração de medicação são cometidos cotidianamente em diversas unidades por profissionais da equipe multidisciplinar envolvidos nas diferentes etapas do processo de medicação (TELLES,CASSIANI,2004);(SILVA,2003). Conhecimento científico, habilidade técnica, habilidade de comunicação e compromisso ético são instrumentos que qualificam e habilitam o profissional envolvido na etapa de preparar e administrar drogas. Conhecer o paciente, compreender os efeitos e ações dos medicamentos, administrá-los corretamente e avaliar a resposta do paciente são métodos seguros para alcançar eficácia nessa administração. Todo incidente prevenível que seja danoso ao paciente no uso de medicação e toda utilização inadequada pelo paciente ou consumidor, quando sob controle de profissionais de saúde, são considerados erros de medicação, podendo estar relacionados com a técnica profissional e com a metodologia, incluindo falhas na prescrição, comunicação, etiquetagem, preparação, dispensação, distribuição, administração, seguimento e utilização dos medicamentos (CASSIANI, TEIXEIRA, OPITZ, LINHARE,2005);[http://www.nccmerp.org/council/council 1999-03-19.html](http://www.nccmerp.org/council/council%201999-03-19.html). Os erros de medicação definem-se como ocorrências preveníveis. Embora na maioria das ocasiões não ocasionem agravos ao paciente, sua incidência total é uma importante referência do uso seguro de medicamentos nas organizações, que não pode ser omitida. Podemos categorizar tais erros em falhas de comunicação, sistemas inadequados de distribuição de medicamentos, erros no cálculo das doses, problemas relacionados aos medicamentos e sua distribuição, erros de administração e falta de informação do paciente sobre seu tratamento. Para reduzir os erros de medicação, sobretudo nas instituições hospitalares, devem-se apoiar a política da educação permanente e a adoção de medidas preventivas, envolvendo médicos, enfermeiros, equipe de enfermagem e farmacêuticos. Esse apoio deve estender-se aos relatos espontâneos

* Enfermeira. Graduação pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP). enfmachado@hotmail.com

† Enfermeira do Serviço Hospitalar de Epidemiologia e saúde do trabalhador, NHU , Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). E-mail: drikarla@gmail.com

‡ Professora Adjunta da Disciplina de Enfermagem Pediátrica do Curso de Enfermagem da UFMS. Rua: XV de novembro 1889, apto 402. E-mail: m Luizari@terra.com.br

§ Doutoranda em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Enfermeira do Serviço Hospitalar de Epidemiologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Professora do Curso de Enfermagem da Interativa/Centro Educacional Anhanguera -UNIDERP.



Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009

de erros cometidos, de modo a favorecer sua abordagem, desvinculando-a da preocupação obstinada em punir (Coimbra,2004) . **Objetivos:** Os objetivos foram de caracterizar os erros de medicação por meio do auto-relato dos profissionais de enfermagem e arrolar as condutas tomadas na ocorrência dos erros. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de caráter quantitativo desenvolvido nos setores de pediátrica, tanto unidades clínicas quanto unidades de terapia intensiva de um hospital-escola, de grande porte, situado no município de Campo Grande, MS. A população de estudo, pesquisada no período de junho a outubro de 2006, foi composta de seis enfermeiros e 45 técnicos e auxiliares de enfermagem, independentemente de estarem atuando ou não com exclusividade na preparação e administração de medicamentos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). A coleta de dados foi feita com um formulário adaptado (COIMBRA,CASSIANI,2001), após consentimento dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Os dados foram digitados e analisados no programa EpiInfo, versão 3.3.2. **Resultados :** Na população de estudo houve predomínio do sexo feminino 98,3% (49/50) , predominando à categoria profissional, 49,1% (25/51) auxiliares de enfermagem, seguido 39,2% (20/51) técnicos de enfermagem e 7% (6/51) enfermeiros. Com relação ao tempo de atividade profissional na equipe de enfermagem, predominou a faixa de 12 a 17 anos (26/51, ou 50,9%); com tempo de serviço nas unidades pediátricas de 1 a 5 anos (21/51, ou 41,1%). Dos integrantes da equipe de enfermagem 89,8% (46/51) revelaram haver cometido erros, predominando o relacionado a paciente errado em 25,5% (14/51) (Tabela 1). Nesse estudo encontramos a dosagem errada e o paciente errado como erros de medicação mais relatados (CARVALHO,CASSIANI,CHIERICATO,1999). No entanto, apenas 56,8% (29/51) afirmaram haver relatado o evento espontaneamente aos membros da equipe. Inúmeras estratégias disponíveis para reduzir erros que envolvam paciente errado ou troca de paciente, como por exemplo ler atentamente a prescrição médica ao preparar a medicação e antes de administrá-la e conferir o nome do paciente na pulseira de identificação, além de perguntar o nome do paciente antes de administrar-lhe o medicamento são descritas na literatura (DAVIDHZAAR,LONSER,2003). Ao descreverem a conduta imediata adotada pela chefia de enfermagem frente aos erros que ocorrem no setor, os entrevistados apontaram predominantemente o oferecimento de orientações, na forma de treinamento e atualização, ao profissional que comete o erro. Dentre os que admitiram haver omitido o relato de erro (Tabela 2), 45,3% (23/51) atribuíram a omissão a sentimento de culpa, 31,2% (16/51) a medo de punição, 7,9% (4/51) a medo de demissão e 9,8% (5/51) a temor de advertência (Tabela3). Muitos erros de medicação deixam de ser detectados nos hospitais, dada a subnotificação decorrente da inexistência de relatórios padronizados e do medo de punição (CARVALHO,VIEIRA,2002). Outra causa de subnotificação é o conceito restrito dos profissionais sobre o que seja erro de medicação (OSBORNE et al, 1999) Ao questionar o que levou o profissional a cometer erro, e a maioria 70,6% (36/51) considerou ser a falta de atenção. Problemas pessoais, más condições ambientais e falta de conhecimento podem levar a erros na medicação. Profissionais que cometem tais erros consideram que atos inseguros, como falta de atenção, negligência ou desvio de conduta sejam algumas das causas ⁽⁵⁾. A falta de atenção é um dos fatores de risco relacionados ao profissional que mais se destacam, alcançando um índice de até 66% , corroborado por este estudo ⁽¹³⁾ . Ao questionar os profissionais, observa-se que a instituição pesquisada não dispôs, nos cinco anos anteriores à pesquisa, de certificado de treinamento e reciclagem dos profissionais de enfermagem. **Conclusão:** Analisar o perfil dos erros de medicação permitiu que identificássemos pontos de fragilidade no que diz respeito à segurança no sistema de medicação em serviços de saúde. Reconhecemos que, a complexidade da assistência hospitalar e os riscos associados ao uso de medicamentos *versus* os potenciais benefícios da terapia medicamentosa exige controle de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

qualidade do processo de medicação e de ajustamento do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde envolvidos. Falta de supervisão técnica, formação permanente incentivam uma abordagem individual adotada pela chefia de enfermagem, considerando o evento como ato inseguro cometido por pessoas desatentas, desmotivadas e com treinamento deficiente. E principalmente a conduta adotada pelas chefias após o relato de erro são pontuais consistindo em observação dos sinais e sintomas do paciente e orientação ao profissional envolvido, mas destaca-se a inabilidade dos profissionais em identificarem fatores sistêmicos e estruturais como itens imprescindíveis na ocorrência de erros. Concluimos que a instituição deve centrar seus objetivos em um sistema de medicação seguro e eficaz, que inclua ao menos os seguintes aspectos: tornar o sucesso da administração de medicação menos dependente da memória dos profissionais; promover alterações na maneira como tais erros são interpretados; melhorar o treinamento; propiciar o acesso a informações e promover uma comunicação mais eficaz reorganizando o ambiente de trabalho. É de suma importância a criação e desenvolvimento de linhas de pesquisa em erros de medicação — já que o governo federal dispõe de programas voltados à segurança dos medicamentos, como é o caso do Programa Hospitais-Sentinelas do Programa Farmacovigilância —, uma vez que se conta ainda com poucas pesquisas em instituições públicas que permitam avaliar não somente os erros de administração, mas também os de prescrição e dispensação de medicamentos.

Palavras-chave: erros de medicação, equipe de enfermagem, sistemas de medicação em hospital.

Referências:

1. Borges M. Erros de medicação: anatomia dos erros. Rev Pharmacia Brasileira. 2005;50:8-13.
2. Bueno E.; Cassiani SHB; Miquelin, JDL. Erros na Administração de fatores de risco e medidas empregadas. Revista baiana de enfermagem. 1998; 11(1): 101-119.
3. Cassiani SHB, Teixeira TCA, Opitz SP, Linhares JC. O sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(3):280-7.
4. Carvalho VT, Cassiani SHB, Chiericato C. Erros mais comuns e fatores na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. Rev latinoam enfermagem. 1999;7(4):67-78.
5. Carvalho M; Vieira A; Erros médicos em pacientes hospitalizados. Jornal de pediatria. 2002; 78 (4):261-68.
6. Coimbra JAH. Conhecimento dos conceitos de erros de medicação, entre auxiliares de enfermagem como fator de segurança do paciente na terapêutica medicamentosa [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
7. Coimbra JAH, Cassiani SHB. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: alguma reflexão para prática segura com qualidade de assistência. Rev latinoam enf. 2001;9(2):56-60.
8. Davidhzar R; Lonser G. Strategies to decrease medication errors: Health Care Manager. 2003; 22(3):211-218.
9. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy of the Institute of Medicine; 1999. p. 223.
10. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: Council recommendation: recommendations for avoiding error-prone aspects of dispensing medications. Adopted March 19, 1999. Revised June 2, 2005. [Citado 14 abril 2006] Disponível em: <http://www.nccmerp.org/council/council/1999-03-19.html>.
11. Osborne J et al. Nurses perceptions: when is it a medication error? J. Nurs. Admin. 1999; 29(4): 33-38.
12. Silva AEBC. Análise do sistema de medicação de um hospital universitário do estado de Goiás [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2003.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**10 - Procedimentos de enfermagem na Terapia Intensiva Neonatal:
contribuições para o controle de infecção hospitalar**

Monique Ramos Rodrigues e Benevides*
Ivone Evangelista Cabral[†]

Constata-se que na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, os episódios freqüentes de sepse provocam grande impacto sobre o recém-nascido, sua família e a equipe de saúde que ali atuava. As infecções hospitalares constituem um grave problema de saúde pública, apesar de todos os esforços da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e da equipe profissional que atua nesse cenário. Desta maneira, como o enfermeiro é o principal responsável pelo cuidado de enfermagem em sua abordagem integral do cliente, exercendo atividades de liderança, cabe a ele garantir que essas medidas preventivas sejam seguidas não somente por si, mas também por toda a equipe de enfermagem, desenvolvendo ações de conscientização acerca da infecção hospitalar. Além disso, os sinais e sintomas de sepse no recém-nascido são muitas vezes sutis e inespecíficos, dificultando o seu diagnóstico e sendo facilmente confundida com outros distúrbios neonatais. Quando a sepse é detectada, o tratamento inicia-se imediatamente, devido à rápida progressão da doença e o grande índice de mortalidade. Embora os índices de infecção hospitalar na área de neonatologia tenham diminuído consideravelmente nos últimos anos, muitos bebês ainda morrem por causas evitáveis, sendo a sepse tardia uma delas. Os fatores de risco para a infecção hospitalar em recém-nascidos são prematuridade, baixo peso ao nascer, defesa imunológica diminuída e alteração da flora bacteriana, decorrente da internação hospitalar (ANVISA, 2005). A maioria das causas são evitáveis, sendo elas: exposição desnecessária a procedimentos invasivos, terapia antimicrobiana prolongada, higienização inadequada do ambiente, dos equipamentos e das mãos dos profissionais de saúde. Neste contexto, percebemos que além do estresse vivenciado pelo bebê na Unidade de Terapia Intensiva devido à sua patologia de base, o tempo de internação prolonga-se, inserindo tardiamente este recém-nascido no espaço da família, interferindo no vínculo bebê-família, provocando danos temporários ou permanentes e elevando ainda mais os gastos públicos. No Brasil, em 2005, o valor médio por internação hospitalar do SUS foi de R\$ 481,11. Na região sudeste este número cai pra R\$ 461,34 e na capital do Rio de Janeiro este valor sobe pra R\$ 575,20. Esta pesquisa se faz relevante, pois reforça a importância da prática da enfermagem preventiva, destacando que muitos recém-nascidos ainda morrem no Estado do Rio de Janeiro e no restante do país por motivos evitáveis. E muitos dos que não vão a óbito adquirem seqüelas, sendo algumas para o resto de suas vidas. As principais complicações da sepse neonatal são meningite, choque séptico, seqüelas neurológicas, respiratórias e renais. As seqüelas geradas a partir deste quadro, sejam elas permanentes ou transitórias, contribuem para aumentar o quantitativo de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES). Essas crianças são aquelas portadoras de doenças crônicas, incapacitantes ou ainda as dependentes de tecnologia, gerando impacto para o serviço de saúde, em virtude da demanda de cuidados especializados e re-internações freqüentes. Assim, este estudo teve por

* Enfermeira Residente em Enfermagem Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/ Fiocruz e Aluna do Curso de Especialização de Enfermagem em Neonatologia da Faculdade Estadual do Rio de Janeiro. Relatora do trabalho em questão. Endereço: Rua Sargento Luis Rodrigues Filho, 100/101 – Campo Grande Cidade: Rio de Janeiro – RJ CEP: 23080-220. E-mail: monique_benevides@yahoo.com.br

[†] Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

objetivos descrever os procedimentos realizados pelos enfermeiros na interação com os pais e no cuidado ao recém-nascido de uma terapia intensiva neonatal do Rio de Janeiro, e analisar as implicações dessa prática de cuidado dos enfermeiros no controle de infecção hospitalar. A abordagem qualitativa foi desenvolvida segundo o método descritivo, tendo como estratégias de obtenção de dados a observação livre e a análise documental. Enquanto a observação me aproximou do universo do significado dos sujeitos participantes do estudo, que foi revelador do seu papel na infecção hospitalar neonatal; a análise documental nos apontou as diretrizes orientadoras dos procedimentos dos enfermeiros naquele espaço da prática profissional. A análise documental foi adotada como referência para a análise os seguintes documentos e textos: Manual da Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e do Ministério da Saúde, Portarias, Resoluções do Conselho Profissional, Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro e Código de Ética de Enfermagem no processo de interação com outros personagens na cena do cuidado. O foco central da observação foi o enfermeiro e todas as pessoas com as quais esse profissional interagiu no momento do cuidado. O consentimento para participação na pesquisa foi formalizado com a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido com uma versão para os profissionais e outra para os responsáveis pela criança, contendo os objetivos da pesquisa e suas contribuições, além de assegurar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, a confidencialidade dos dados e o uso do material observado, após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo de aprovação 16/08). À leitura dos dados aplicou-se a análise temática. Procedi à leitura crítica desse material para dele extrair as diretrizes e princípios orientadores das ações desse profissional. O cuidado realizado pelo enfermeiro no recém-nascido foi observado em três momentos: na seleção do material para a realização do procedimento e na implementação desse procedimento com o recém-nascido. Também foi observada a interação deste enfermeiro com os pais, no que diz respeito à transmissão do conhecimento acerca da prática de prevenção hospitalar. Nesse sentido, foram evidenciados os seguintes temas: a lavagem das mãos, o preparo/diluição de medicamentos, inserção de cateter venoso por via periférica (de localização central ou periférica) e interação da enfermeira com os pais do recém-nascido. Os resultados apontaram que o conhecimento do enfermeiro sobre o controle de infecção hospitalar variava em função do tipo de procedimento de enfermagem no cuidado ao recém-nascido. O conhecimento do enfermeiro sobre o controle de infecção hospitalar variou em função do tipo de procedimento de cuidado ao RN que foi implementado pelo Enfermeiro durante a observação dos eventos. Nos quatro procedimentos observados, todas as Enfermeiras apresentaram, na maioria das vezes, conhecimentos científicos que as habilitavam a realizá-los. No entanto, a aplicação desses conhecimentos não ocorreu na totalidade. É sabido que o enfermeiro, não é o único responsável pela infecção hospitalar, no entanto contribui significativamente, como membro da equipe de saúde, para a prevenção e controle de infecções. Sendo assim, o processo de educação continuada/permanente configura-se como alternativa vital no cotidiano dos profissionais de enfermagem, de forma a promover a capacitação periódica desses profissionais e estimular a reflexão crítica de suas práticas no dia-a-dia. Desta maneira as implicações das ações do Enfermeiro refletem diretamente em agravos e/ou melhoria do quadro clínico desta clientela, revelando a qualidade da assistência de enfermagem empregada.

Palavras-chave: recém-nascido; infecção hospitalar; enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

11 - Relação entre baixo peso ao nascer e assistência pré-natal: uma revisão

Andréa Moreira Arrué*
Laura Ferreira Cortes[†]
Thaise da Rocha Ferraz[‡]
Eliane Tatsch Neves[§]

Introdução: O baixo peso ao nascer é apontado como o fator de maior influência na determinação da morbimortalidade neonatal (RIBEIRO et al, 2009) e foi definido pela Organização Mundial de Saúde, como peso ao nascer inferior a 2.500 gramas. Esse ponto de corte, adotado para comparação internacional, é baseado em observações epidemiológicas de que bebês com peso inferior a 2500g tem, aproximadamente, 20 vezes mais risco de morrer do que bebês mais pesados (UNICEF e WHO, 2004). O baixo peso ao nascer pode ser resultado tanto de parto prematuro (antes de 37 semanas de gestação), como devido ao crescimento intra-uterino restrito (MORAES, 2007). Controlando-se ou não por idade gestacional, a proporção de baixo peso ao nascer é também o indicador mais comumente utilizado para avaliar os cuidados no pré-natal. (ANDRADE, SZWARCOWALD e CASTILHO, 2008). A assistência pré-natal constitui o principal meio de promover a saúde da gestante e do feto, identificando situações de risco para ambos e permitindo intervenções oportunas. Assim, considerando-se que o baixo peso ao nascer é um importante indicador de saúde de uma população e está relacionado com diversos fatores, dos quais muitos podem ser evitados e controlados com uma assistência pré-natal qualificada. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi verificar a relação entre baixo peso ao nascer e assistência pré-natal na produção científica em saúde no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, por meio do método descritivo-exploratório, que teve como fonte artigos científicos publicados no período de 2006 a 2009, em periódicos disponíveis *on-line*. A busca dos artigos se deu por meio eletrônico, na Biblioteca Virtual de Saúde, nas Bases de dados: SciELO e BDNF. As palavras utilizadas na busca foram: baixo peso ao nascer e pré-natal. Dos dezessete artigos selecionados, apenas oito foram analisados na íntegra, pois atenderam ao tema proposto. A análise temática dos resultados foi articulada e embasada em referencial teórico de Minayo (2009). **Resultados:** Após análise dos artigos observou-se que quanto ao tipo de estudo: sete eram pesquisas quantitativas, dentre elas quatro são transversais; dois estudos de caso-controle; uma coorte prospectiva. Um dos estudos é pesquisa bibliográfica. Dos estudos analisados totalizam-se sete onde o número de consultas pré-natais aparece como variável relacionada com o baixo peso ao nascer. Seis destes artigos constaram que as mães que não realizaram pré-natal ou realizaram menos de sete consultas apresentaram maior risco para o baixo-peso ao nascer. Minagawa, et al (2006) ressaltam que maior proporção de mães que não fizeram pré-natal tiveram ganho de peso insuficiente na gestação. Segundo Santos, Martins e Souza (2008) mães que fizeram o pré-natal inadequado têm aproximadamente três vezes mais chance de ter um bebê de baixo peso do que uma mãe que comparece às consultas

* Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Bolsista do Hospital Universitário de Santa Maria-UTI Neonatal, membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade /UFSM. Endereço: RS 509, N° 4665, Bloco G, apto 102. CEP: 97110-620. Santa Maria/RS. E-mail: andrea.mor@hotmail.com.

[†] Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, membro do “Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas” do Dpto. de Enfermagem/ UFSM.

[‡] Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Acadêmica de Enfermagem da UFSM, membro do Grupo de Pesquisa : Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade/UFSM.

[§] Enfermeira pediatra. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFSM. E-mail: eliane@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

subseqüentes no pré-natal. Quatro estudos mostraram que a gestação na adolescência está associada ao baixo peso ao nascer. As variáveis evidenciadas pelos artigos foram situação conjugal, escolaridade da mãe, tipo de parto (cesáreo ou normal), índice de apgar do quinto minuto abaixo de sete, prematuridade, baixo peso e frequência às consultas de pré-natal. Cinco artigos salientaram que a gestação em idade avançada pode estar associada ao baixo peso ao nascer, enquanto outros fizeram o contraponto com os riscos da gestação na adolescência. Segundo Carniel, et al (2008) as mulheres acima de 34 anos apresentam 1,4 vezes mais chances de terem filhos pequenos para a idade gestacional, resultado que pode estar associado com maior paridade, doenças maternas pré-existentes e uma maior incidência de intercorrências na gravidez. Nos estudos analisados, além da maior prevalência de baixo peso em recém-nascidos prematuros, também foi encontrada associação da prematuridade, idade materna e parto cesáreo. Prematuridade mais severa foi observada em adolescentes apresentando o dobro da incidência quando comparada com mulheres adultas. A ocorrência de partos prematuros pode estar associada a diversos fatores, como os socioeconômicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, iatrogênicos e os de etiologia desconhecida, sendo que o parto cirúrgico pode ser indicado em algumas dessas situações. (CARNIEL et al, 2008). Barros et al. (2005), citado por Andrade, Szwarcwald e Castilho (2008) consideram o papel da excessiva medicalização, incluindo indução do parto, maior proporção de partos cesáreos e ultra-sonografias imprecisas ou mal interpretadas. Ainda, encontrou-se a relação com a desnutrição materna e o ganho de peso insuficiente durante a gestação, o que ocorre principalmente em populações sócio-economicamente desfavorecidas (MINAGAWA et al, 2006). Um dos estudos também mostrou associação significativa entre o ganho de peso materno e a inserção no pré-natal. O tabagismo também foi identificado como fator de risco para baixo-peso ao nascer nas publicações estudadas, sendo significativo em dois artigos, além disso, um destes associa o uso de outras drogas ao baixo-peso em recém nascidos. Em relação às doenças na gestação, um estudo mostrou que a hipertensão materna foi a principal causa clínica do desencadeamento do parto prematuro, apresentando associação estatisticamente significativa com o nascimento de recém-nascido de muito baixo peso. Esses achados são descritos na literatura médica e a causa provável é a má perfusão placentária originada pela vasoconstrição e pelo deficiente crescimento placentário (ARAÚJO e TANAKA, 2007). A hipertensão materna certamente contribuiu para o grande número de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional encontrado no grupo dos casos. Como segunda doença mais freqüente na gestação das mães dos recém-nascidos de muito baixo peso encontrou-se as infecções. Chamou a atenção nesse estudo, o grande número de mães com sífilis, toxoplasmose e AIDS em ambos os grupos. As doenças infecciosas em conjunto com a doença hipertensiva contribuíram, no estudo, com mais de 70% das doenças da gestação. **Considerações finais:** Os dados que emergiram no decorrer da pesquisa, evidenciam que na literatura revisada, existe uma associação entre baixo peso ao nascer e a realização de uma assistência pré-natal inadequada seja direta ou indiretamente. Diversos fatores de risco para baixo peso, encontrados nos estudos aqui revisados e na literatura nacional e internacional, são fatores que podem ser evitáveis ou controlados, com uma assistência pré-natal de qualidade. O ganho de peso durante a gestação e as doenças intercorrentes como pré-eclampsia e as infecções são fatores que podem ser controlados com um bom acompanhamento pré-natal. Fatores relacionados à idade materna extremas, baixa escolaridade, uso de substâncias toxicodependentes durante a gestação, por exemplo, podem ser minimizados com políticas públicas de educação em saúde para a população. Portanto, reforça-se a importância de estudos que identifiquem fatores de risco para o baixo peso ao nascer, a fim de intervir, no intuito de minimizar efeitos prejudiciais aos recém-nascidos. Nesse sentido, ressalta-se também a importância do pré-natal como cuidado imprescindível para um acompanhamento adequado de gestantes, suas famílias, e para a melhor saúde das



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

crianças.

Palavras-chave: baixo peso ao nascer; pré-natal.

Referências:

- ARAÚJO B. F.; TANAKA, A. C. d'A. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma População de baixa renda. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 2869-2877, 2007.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Indicadores e dados básicos para a saúde – 2007 (IDB-2007)
Tema do ano: nascimentos no Brasil. Brasília, 2007.
- _____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2006.
- _____. **Ministério da Saúde**. Indicadores básicos 2007: Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer – D.16. Brasília, 2007b.
- GOLDENBERG; FIGUEIREDO e SILVA. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 2, n.4, p. 1077-1086, 2005.
- MINAGAWA et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Revista da Escola de enfermagem**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 548-54, 2006.
- MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2009.
- RIBEIRO, A. M. et al. Mortalidade neonatal em crianças de baixo peso. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v. 43, n. 2, p. 246-55, 2009.
- SANTOS, MARTINS e SOUZA. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30, n.5, p. 224-31; 2008.
- SILVA, C. F. et al. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do nordeste do Brasil: *linkage* entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis – 2000 a 2002. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**. v. 9, n. 1, p. 69-80; 2006.
- SILVEIRA e SANTOS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1160-1168, 2004.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND AND WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Low Birthweight: Country, regional and global estimates**. UNICEF, New York, 2004.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

12 - A detecção de violência contra a criança pelas equipes de PSF do Município de Alfenas/MG

Vivian Pereira de Paulo*
Christian Thales Pereira de Andrade[†]
Lana Ermelinda da Silva dos Santos[‡]

A violência atualmente constitui a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir de 5 anos de idade e assim é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil. Trata-se de uma população cujos direitos básicos como acesso a educação, assistência a saúde e aos cuidados necessários para seu desenvolvimento são muitas vezes desrespeitados. A primeira manifestação do Estado Brasileiro para proteger crianças e adolescentes, contra a violência, ocorreu em 1923. Porém, somente em 1990 surgiu o “Estatuto da Criança e do Adolescente” (ECA), amparado pela Lei 8.069 de 13 de julho do referido ano. O ECA promove uma nova concepção nas questões de direito dos menores, afasta uma política meramente assistencialista, e cria uma estrutura que protege e defende esse grupo. Porém, a violência é uma questão que permeia a condição humana. Sua visibilidade tanto pode ser correlacionada às formas através das quais se manifesta quanto à capacidade da sociedade em efetivamente percebê-la. Os serviços de saúde podem desempenhar um papel importante na implementação das modificações necessárias por se apresentarem como locais propícios à revelação dos casos de violência familiar ou contra a criança, entretanto, os profissionais da área da saúde tendem a subestimar a importância desse tipo de violência, sendo ainda muito precária a detecção de casos em serviços de saúde de atenção primária, principalmente levando-se em conta a frequência do evento. Entretanto, os efeitos da banalização da violência pode acarretar prejuízos não apenas para a vítima, mas para o profissional que a atende e a partir de então se torna conivente com o agressor, não denunciando, por não reconhecer o quão relevante é a situação apresentada, pois o artigo 66 do Decreto-lei 3.688 de 1941 reconhece como contravenção penal, a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho. O não cumprimento acarreta pena pecuniária. A interpretação desse artigo remete à idéia de que o profissional de saúde deverá comunicar crime cometido contra qualquer pessoa, independentemente idade ou gênero da vítima. E deve reconhecer que violência ou maus-tratos, de qualquer tipo, contra a criança é crime. O programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Governo federal e Ministério da Saúde que confere a maior proximidade desses profissionais junto à comunidade a fim de realizar diagnósticos de saúde e tratá-los antes que seus agravos passem a um nível superior, com isto também a detecção de atos violentos contra a criança e sua prevenção se torna uma responsabilidade iminente. Preocupados com a conduta desses profissionais na detecção e notificação de casos de violência, este estudo teve como objetivos identificar a violência infantil na população adstrita às equipes de PSF e conhecer suas formas; identificar as providências tomadas pela equipe de PSF frente a identificação de violência infantil, a ocorrência de notificação e a

* Estudante – 8º Período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG. Integrante Bolsista do Programa de Educação Tutorial PET/SESU/MEC Enfermagem. Endereço R: Alfredo Thiers Vieira, 115 A – Centro – Alfenas/ MG. CEP: 37130-000 - E-mail: viviataga@yahoo.com.br

[†] Estudante – 8º Período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG.

[‡] Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – EEUSP/RP. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG, responsável pela Disciplina Saúde da Criança e do Adolescente. Tutora do Programa de Educação Tutorial – Grupo PET/SESU/MEC Enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

realização de busca ativa dos casos. É um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal realizado nas 10 unidades de Programa de Saúde da Família, da zona urbana, ligadas a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Alfenas/MG, com população composta por 10 médicos, 10 enfermeiras, 10 auxiliares de enfermagem e 70 agentes comunitários. Após assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido, foram aplicados questionários distintos, ou seja, um instrumento de coleta para cada categoria profissional do PSF, visto as peculiaridades e atividades de cada profissão, bem como, nível de conhecimento, no período de maio a junho de 2009. Estes apresentavam questões estruturadas e semi-estruturadas. Os dados foram dispostos em tabelas de contingência de dupla entrada, com análise de frequência seguindo métodos de estatística descritiva. A população em estudo consta de 85,72% (n=84) profissionais do sexo feminino e 14,28% (n=14) masculino, sendo que este último está presente em, apenas, profissões de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de medicina. Do sexo masculino, 71,72% (6 = médicos, 4 = ACS) obtiveram contato com violência infantil durante sua vida profissional, 78,57% consideram a existência de violência infantil em sua área adstrita. Do sexo feminino, 39,28% apresentaram o contato com a violência, porém 58,33% admitem a presença de violência. Notado o melhor envolvimento do sexo masculino na identificação de violência. As formas de violência manifestadas na comunidade coberta por PSF, em ordem de ocorrência, respectivamente, são violência psicológica (73,33%), negligência (68,33%), física (43,33%) e sexual (30%). Formas estas identificadas na criança a partir de alteração de comportamento (76,53%), sinais físicos (62,24%) e relatos familiares ou conhecidos da criança (15,31%) e falta nos cuidados básicos (8,16%). A falta de cuidados básicos seria o fator primordial na identificação de negligência contra a criança, porém esta é encarada como um prejuízo global pela repercussão em vários fatores como, segurança infantil, desenvolvimento social e intelectual, abandono, carência nutricional e de conforto, bem como níveis precários de saúde. Assim, esta passa a abranger a forma psicológica, pelo abandono cotidiano e física, presente com a vulnerabilidade a acidentes. Analisando estatisticamente, as medidas a serem tomadas perante a identificação de violência infantil, constatou-se que o acionamento do conselho tutelar (65,30%), é a primeira medida a se tomar, o que vai além da discussão do caso entre a equipe (32,65%), a qual seria a atitude plausível para melhor identificação e confirmação do caso, com abordagem da família. Porém a denúncia anônima é preferencial, pois, uma vez a família tomando ciência de que esta surgiu de profissionais da Unidade de Saúde, estes perdem o vínculo com a família. Seguindo a ordem, de acordo com a frequência dos relatos, outras medidas a serem tomadas são intensificação e aprimoramento das visitas domiciliares (VD) com prestação de orientação familiar (20,40%); comunicação a assistência social (19,38%) e pedido de apoio ao serviço de psicologia (12,24%). No contato com a violência, as medidas tomadas mediante sua identificação foram, respectivamente, acionamento do conselho tutelar (68,57%), discussão do caso pela equipe de PSF (37,14%), comunicação a assistência social (42,85%), e intensificação das VD juntamente com prestação de apoio de um profissional psicólogo (22,85%). Em relação a notificação obrigatória, das enfermeiras que apresentaram contato com a violência infantil. 80% fez notificação, porém 40% das que não tiveram contato, realizou o mesmo processo, apenas acompanhando o caso. Dos profissionais médicos que obtiveram contato com a violência contra a criança, 80% realizou notificação. Ambas classes profissionais pecam quanto a realização aos registros de notificação. A notificação escrita se apresenta em 28,57% das notificações realizadas pelos enfermeiros e 50,00% por médicos. Sendo esta ação preocupante em relação a enfermagem que necessita manter seus registros, e para a medicina que realiza o diagnóstico de violência infantil. A precariedade em notificações escritas dificultam o armazenamento de dados sobre a questão, prejudicando os estudos epidemiológicos. Ambas as classes profissionais delegam a busca ativa em igual proporção



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

(75,00%), para ACS (65,00%). Porém apenas os profissionais de enfermagem, em comparação aos de medicina, realizam a busca ativa efetivamente. Conclui-se, portanto, neste estudo, que o sexo masculino apresenta-se mais ativo e atento às questões de identificação de violência infantil, das quais são percebidas prioritariamente nas alterações comportamentais seguidas de sinais físicos, e se apresenta na forma psicológica e negligencial, sem desprezar a forma física que não admite-se como a forma mais evidente, bem como a palavra violência nos poderia traduzir antigamente. O conselho tutelar é o órgão acionado em casos de notificação, porém ainda é precária seus registros pelo fato da escassez de regulamentos, estabelecimento de normas técnicas e rotinas para a orientação dos profissionais de saúde frente ao problema da violência, o que contribui para a dificuldade desses profissionais em diagnosticar, registrar e notificar os casos, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar e a quebra de sigilo profissional. Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

Palavras-chave: violência infantil, profissionais, saúde, notificação.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

13 - Dor em crianças: dados preliminares dos conhecimentos e crenças da equipe de enfermagem

Débora de Miranda Barros*
Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla†
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari‡

Introdução: A dor, objeto de estudo de várias áreas do conhecimento como filosofia, sociologia, psicologia, biologia, teologia, começou a ser melhor estudada desde a segunda metade do século passado e apresenta várias definições. Levando em conta que a dor é um fenômeno multidimensional ela apresenta uma variedade de causas. Pode ocorrer devido a uma doença crônica, transtornos físicos, psicológicos ou mesmo ter uma causa desconhecida. Autores afirmam que mesmo com os avanços científicos no estudo da dor, sua avaliação e tratamento, não lhe é dada a devida atenção como problema a ser combatido com medidas objetivas, práticas e resolutivas, mantendo o tratamento da maioria dos pacientes ainda inadequado. A partir de 1970 a dor na criança começou a ser estudada, porém, somente na década de 80 ela passou a ser analisada sob o ponto de vista da criança. No caso das crianças, a falta de medidas eficazes para o alívio da dor tende a ser maior, pois a avaliação e tratamento da dor nessa faixa etária enfrentam diversos entraves. Alguns profissionais de saúde têm dificuldade em identificar, mensurar e controlar a dor na criança, pela sua inabilidade em expressar verbalmente a dor, dependendo da faixa etária e estado geral da criança. É responsabilidade da equipe de enfermagem avaliar a dor por suas reações e comportamentos, sempre levando em conta a opinião do acompanhante desta. As crenças, podem corroborar para a escassez de intervenções para o alívio da dor em crianças devido ao significado que cada profissional atribui à dor da criança e sua família em cada situação em particular. As crenças de caráter negativo mais comuns em relação à dor na criança são: lactentes não sentem dor, as crianças toleram a dor melhor que os adultos, não conseguem dizer a localização da dor, sempre dizem a verdade a respeito da dor, acostumam-se à dor ou a procedimentos dolorosos, suas manifestações comportamentais refletem a intensidade da dor, os narcóticos são mais perigosos para crianças do que para adultos. Apesar das evidências científicas apontarem em outra direção outras crenças equivocadas ainda permanecem: as crianças se viciam mais facilmente em opióides, o risco de depressão respiratória por narcóticos é maior em crianças, o comportamento da dor pode ser controlado por contensão, é difícil e toma muito tempo avaliar a dor da criança, a dor é importante para construir o caráter (os mais fortes toleram melhor a dor), recém-nascidos possuem imaturidade do SNC e não sentem dor, criança não tem memória para dor, existe uma correta quantidade de dor para cada lesão. Em 2007 foi implantado no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina (HURNP-UEL) o “Projeto HU sem dor”, no qual a equipe de enfermagem da pediatria e da neonatologia participaram de um curso sobre avaliação e manejo da dor voltado para as particularidades da criança e do recém-nascido. O hospital em questão conta com um

* Enfermeira. Residente em Enfermagem em Saúde da Criança. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná. E-mail: dedeusp@yahoo.com.br

† Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto. Vice-Coordenadora da Residência em Enfermagem em Saúde da Criança. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná.

‡ Enfermeira. Doutoranda. Professor Assistente. Coordenadora da Residência em Enfermagem em Saúde da Criança. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

programa de Residência em Enfermagem em cinco áreas, dentre elas, a Enfermagem em Saúde da Criança que utiliza como campos de estágio a Unidade de Internação e a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), entre outros. **Objetivo:** Frente a experiência de atuação das residentes de enfermagem nos setores acima citados, este estudo tem por objetivo identificar os conhecimentos e crenças da equipe de enfermagem em relação à dor na criança. **Metodologia:** Estudo de caráter quantitativo, descritivo, observacional, transversal e prospectivo. A pesquisa, com resultados ainda parciais, está sendo realizada com toda equipe de enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica e UTIP, que conta com 7 enfermeiros e 51 auxiliares/técnicos de enfermagem. Os dados são obtidos por meio de um questionário fechado, individual, com 25 questões do tipo verdadeiro ou falso, além dos dados de identificação do funcionário como: nome, idade, cargo, unidade em que trabalha, anos trabalhados com crianças e se possuem graduação em enfermagem. As questões, todas relacionadas à criança, abordam temas como: avaliação da dor (n = 6), medicamentos (n = 6), tratamento (n = 6) e conceitos gerais sobre dor (n = 7). Até o momento foram preenchidos 20 questionários de 58 possíveis. Após a coleta, os dados são tabulados no programa Microsoft Office Excel e descritos em porcentagem de erros e acertos. **Resultados:** Dos 20 questionários coletados, 3 (42,85%) foram respondidos por enfermeiras e 17 (57,15%) por auxiliares/técnicos de enfermagem. A idade variou entre 27 - 60 anos com uma média de idade de 40 anos. Dos 17 auxiliares e técnicos, 9 (33,3%) fizeram ou fazem curso de graduação em enfermagem. A média de anos trabalhados em pediatria foi de 16,6 anos. Em relação ao tema “Avaliação da dor”, 8 funcionárias (40%) tiveram 2 acertos e 4 erros, 6 (30%) 3 acertos e 3 erros e 6 (30%) com 4 acertos e 2 erros. Um dos erros mais frequentes desse tema foi em relação à 4ª questão “Nossa experiência e intuição são ferramentas valiosas para identificar se a criança está mentindo sobre sua dor”. Nela, 100% dos sujeitos a consideraram verdadeira, contradizendo a 10ª questão “Sinais visíveis, fisiológicos e comportamentais, acompanham a dor e podem ser usados para verificar sua existência e intensidade” que foi classificada por todos como verdadeira. Este fato se assemelha a evidências encontradas na literatura que apontam uma tendência dos profissionais que trabalham com crianças a subestimar a presença de dor nestes pacientes. Quer seja por não compreenderem o que é dor e como avaliá-la ou por acreditarem nos mitos que acompanham o tema. Quanto ao tema “Medicamentos”, 12 sujeitos (60%) apresentaram 2 acertos e 4 erros e 8 (40%) com 5 acertos e 1 erro. Já para o tema “Conceitos gerais sobre dor”, 11 (55%) questionários vieram com 3 acertos e 4 erros, 3 (15%), com 7 acertos e nenhum erro e 6 (30%) tiveram 4 acertos e 3 erros. Por fim, em relação ao tema “Tratamento”, metade dos sujeitos (10) explicitaram 2 acertos e 4 erros, 6 (30%) tiveram 3 acertos e 3 erros e 4 (20%) com 5 acertos e 1 erro. **Conclusão:** Mesmo com os avanços científicos na área a dor na criança ainda é subestimada. A dor não diagnosticada e, conseqüentemente, não tratada provoca prejuízos tanto no âmbito comportamental, psicológico como no fisiológico, aumentando o tempo de internação. A equipe de enfermagem que trabalha diretamente na assistência ao paciente é a mais indicada para promover o alívio da dor de forma eficaz, porém é necessário saber diagnosticá-la para assim manejá-la de forma correta. Educação continuada dos funcionários juntamente com mudança de comportamento/crença advindo principalmente das chefias hospitalares, podem ser caminhos para a melhora do manejo da dor de nossas crianças.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, avaliação da dor, cuidado à saúde da criança.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

14 - Transformando o ambiente de cuidado para enfrentar o sofrimento: o significado que tem para os pais levarem brinquedo ao filho na UTI neonatal

Tatiana Villaca Cassador*

Circéa Amália Ribeiro[†]

Conceição Vieira da Silva Ohara[‡]

Regina Issuzu H. Borba[§]

Introdução: Trata-se de uma dissertação de Mestrado que foi realizada com pais de recém-nascidos prematuros internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e teve como objetivos: compreender o significado das interações vivenciadas pelos pais ao levarem o brinquedo aos filhos na UTI Neonatal (UTI Neonatal) e construir um modelo teórico representativo desta vivência. **Metodologia:** No sentido de responder aos objetivos do estudo, optamos pela abordagem qualitativa, pois a mesma concentra-se na experiência humana em cenários naturalistas e explora as experiências das pessoas em suas vidas cotidianas. Dentro das possibilidades da pesquisa qualitativa, foi utilizado como referencial teórico o Interacionismo Simbólico, que analisa as experiências humanas, tendo como foco a natureza da interação das pessoas com seu meio interno e/ou externo, e como referencial metodológico foi utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados -T.F.D. (Grounded Theory), que é uma metodologia de pesquisa qualitativa que usa um conjunto de procedimentos sistematizados para desenvolver uma teoria a respeito de um determinado fenômeno. Os dados foram coletados no período de abril a outubro de 2007, tendo como cenários as UTIs Neonatais de um hospital público e de um hospital privado, ambos da cidade de São Paulo. Participaram do estudo 9 pais que tinham os seus filhos prematuros internados em UTI Neonatal, sendo sete mães (três mães do hospital público, e quatro do hospital privado) e dois pais do hospital privado, que constituíram três grupos amostrais: o primeiro grupo foi composto de três mães cujos bebês encontravam-se internados na UTI Neonatal do hospital público; o segundo grupo amostral foi composto de quatro mães do Hospital Privado; e o terceiro grupo amostral foi constituído de dois pais que tinham seus filhos internados na UTI Neonatal do Hospital Privado, cujas esposas também participaram da entrevista. As estratégias utilizadas para a coleta de dados foram: a observação participante e a entrevista semi-estruturada. A observação participante permitiu que o pesquisador interagisse com os pais participantes a fim de apreender a vivência dos mesmos ao levarem brinquedos ao filho na UTI Neonatal. Já a entrevista, permitiu que os dados fossem aprofundados proporcionando ao pesquisador o fato real do ponto de vista dos pais. A entrevista teve início com a seguinte pergunta: “Como é para vocês trazerem brinquedos para seu filho na UTI Neonatal?”. A análise dos dados ocorreu simultaneamente à coleta dos mesmos, de forma comparativa e constante, obedecendo aos passos preconizados pela T.F.D.: codificação aberta, que consiste em identificar e analisar os dados e conceituá-los em forma de códigos; categorização, que é o agrupamento de códigos por similaridade e diferenças, formando categorias; e a codificação teórica, que consiste no processo de especificar as categorias a um fenômeno; a identificação da categoria central, que constitui o elo entre as categorias e a integração entre as categorias, e a construção do Modelo Teórico, que é a representação do fenômeno estudado, e que foi validado com uma mãe e um pai do hospital público, que não

* Enfermeira. Mestre em ciências da saúde pela UNIFESP. Professora da Universidade Anhembi Morumbi. End.: Av. Cons. Rodrigues Alves, 391, apto 21. CEP: 04014-011. S.P. E-mail:tatiana.vc@hotmail.com

[†] Enfermeira. Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.

[‡] Enfermeira. Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.

[§] Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.



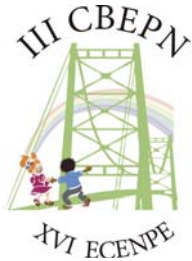
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

haviam participado como sujeitos da pesquisa. Antes de iniciarmos o estudo, o projeto foi avaliado e aprovado pelos hospitais onde os dados foram coletados bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP 0342/07); os pais que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados: A análise comparativa dos dados permitiu compreender que os pais levam brinquedos a seus filhos internados na UTI Neonatal como estratégia de trazerem à unidade um pouco de sua casa, e, estabelecerem vínculo com o bebê. Assim, promovem importantes transformações na UTI que têm como conseqüência a promoção do bem-estar e desenvolvimento do filho, levando-os a ter esperança em relação ao futuro do bebê, além de se sentirem auxiliados a enfrentar o sofrimento diante da situação de internação do filho, conforme é revelado nas categorias: Trazendo um pouco de casa para a UTI Neonatal, Promovendo o vínculo do bebê com a família, Transformando a UTI Neonatal por meio do brinquedo, Proporcionando bem-estar ao bebê, Promovendo o desenvolvimento do filho, Sendo auxiliados a enfrentar a hospitalização do filho. A articulação entre estas categorias permitiu a identificação da categoria central: Transformando o Ambiente de Cuidado para Enfrentar o Sofrimento, e a construção do Modelo Teórico representativo dessa vivência.

Reflexões: O Modelo Teórico Transformando o Ambiente de Cuidado para Enfrentar o Sofrimento revelou o quanto é importante para os pais levarem brinquedos ao o filho na UTI Neonatal. Diante de uma situação de tanto sofrimento, como foi revelado por eles, intermediados pelo brinquedo, os pais vão transformando a UTI Neonatal com o brinquedo de forma que a experiência de ter um filho prematuro hospitalizado torne-se menos sofrida e mais suportável. Refletindo sobre os achados deste estudo, relacionando os benefícios que a presença do brinquedo na UTI oferece aos pais, é importante salientar que tais brinquedos não teriam o mesmo significado se já estivessem na unidade. Realmente o que se revelou importante no presente estudo, foi o fato dos pais levarem o brinquedo ao filho e, com ele, seus valores, crenças e, até mesmo, sua própria força para poder continuar enfrentando a situação de internação do filho. Embora o estudo se referisse ao brinquedo, entendido como objeto de brincar no contexto da UTI, suas potencialidades trazidas pelos vários teóricos foram reveladas, tais como: - Re-significação: os pais passam a re-significar o ambiente de morte que a UTI representa, para um lugar que pode ser cheio de vida; - Catarse: o brinquedo levado pelos pais à UTI Neonatal demonstrou ser terapêutico para eles auxiliando-os a enfrentar a hospitalização do filho; - Simbolização: o brinquedo possibilitou aos pais imaginarem como seria o quarto do bebê, quais brinquedos iriam comprar para ele, além de projetarem pensamentos relacionados ao futuro do filho; - Dominar a situação, passando de passivo para ativo: transformar o ambiente e fazer o que podem pelo filho, propiciou aos pais exercerem seus papéis de pai e mãe. Os resultados deste estudo provêm contribuição no sentido de aprofundar a compreensão da vivência da família na UTI Neonatal e, também, por propor a possibilidade de uma intervenção de enfermagem, por meio do brinquedo, que poderá ser utilizada para auxiliar no alívio do sofrimento dos pais, bem como, para favorecer a aproximação da equipe e sua interação com os mesmos.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, jogos e brinquedos, enfermagem da família, UTI neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

15 - Cuidado centrado na família em enfermagem pediátrica: estado do conhecimento no Brasil

Andréia Cascaes Cruz*
Patrícia Stella Sampaio*
Simone Isidoro Prado*
Margareth Angelo†

Introdução: O Cuidado Centrado na Família é um modelo de cuidar que vem se desenvolvendo no mundo nos últimos cinquenta anos e tem se tornado central à área de Enfermagem Pediátrica. Este modelo compreende uma abordagem para o planejamento, a prestação e a avaliação do cuidado em saúde, que se fundamenta em parceria que beneficia mutuamente profissionais de saúde, pacientes e famílias. Os conceitos centrais do modelo são dignidade e respeito, informação partilhada, participação e colaboração. A idéia da participação da família na prática de assistência à criança tem dado uma nova forma às intervenções intra-hospitalares e domiciliares, ao reconhecer o caráter central do envolvimento da família no cuidado à criança, sobretudo em situação de doença. O interesse pela literatura acerca deste tema vem crescendo e a descrição de experiências guiadas pelos princípios do cuidado centrado na família está presente no contexto de publicação internacional. Pode-se constatar que o Cuidado Centrado na Família nas produções científicas internacionais mostra-se bem solidificado, abrangendo desde estudos que analisam o desenvolvimento deste conceito, até aqueles que tratam da aplicação desta modalidade de cuidado na prática. No Brasil, observa-se o interesse de enfermeiros na discussão do tema e no envolvimento e participação da família no ambiente de cuidado à criança doente. Entretanto, a despeito da sustentação teórica e filosófica, a implementação do Cuidado Centrado na Família ainda é um desafio no Brasil. Conhecer como o movimento das publicações referentes a esta temática vem ocorrendo em nível nacional, serviu de elemento motivador para realização deste estudo. **Objetivo:** Identificar o conhecimento produzido na área de enfermagem pediátrica no Brasil, acerca do Cuidado Centrado na Família. **Metodologia:** O presente estudo foi realizado segundo a metodologia da revisão integrativa da literatura, com o propósito de reunir e sintetizar o conhecimento sobre a temática proposta. Trata-se de estratégia metodológica adequada para situações em que não há estudos suficientes sobre o assunto pesquisado. As etapas para a realização da revisão integrativa são: a) identificação do tema ou pergunta da revisão integrativa, que consiste em definir a questão norteadora da pesquisa de forma clara e específica e em seguida, determinar quais as palavras chaves a serem utilizadas na busca da literatura; b) amostragem ou busca na literatura, nas bases de dados selecionadas, para obtenção dos estudos a serem incluídos e analisados de acordo com critérios definidos; c) avaliação e categorização dos estudos, que consiste em definir as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, através do uso de instrumento previamente elaborado; d) interpretação dos resultados, onde se discutem os dados analisados comparando-os com o conhecimento teórico pré-existente; g) síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa - síntese das evidências obtidas das pesquisas analisadas, baseada em metodologia crítica. A questão norteadora da revisão foi: "O que vem sendo produzido em

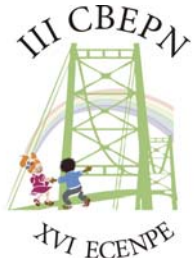
* Mestranda na Área de Enfermagem Pediátrica do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

† Professora Titular do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

relação ao Cuidado Centrado na Família na área de enfermagem pediátrica no Brasil?” Foram empregadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe das Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), para garantir o acesso a diversas fontes para o levantamento das informações. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigo científico relacionado com a área de enfermagem e com a área pediátrica, publicado na língua portuguesa no período de 1999 a 2009; apresentar de forma explícita em alguma parte do texto as expressões “cuidado centrado na família”, “abordagem centrada na família”, “cuidado com foco na família”; Os critérios de exclusão foram: monografias, dissertações, teses, livros e outros materiais que não classificados como artigos científicos. Foram realizadas duas buscas nas referidas bases de dados, na primeira utilizamos somente palavras categorizadas como descritores, sendo elas: “enfermagem familiar”, “saúde da família” e “família”, sendo que a busca realizada com os dois últimos descritores citados foi associada com outros descritores: “pediatria”, “criança”, “recém-nascido”, “enfermagem pediátrica” e “cuidado da criança” com o operador booleano “AND” entre eles. Na segunda busca foram empregadas as seguintes palavras-chave: cuidado centrado na família, abordagem centrada na família e cuidado da família, que não são classificadas como descritores. Uma vez determinada a amostra dos artigos, passou-se à leitura dos estudos, buscando identificar os dados relevantes orientado por instrumento de coleta de dados construído para este estudo, respeitando-se alguns passos metodológicos para maior confiabilidade do estudo: identificação da publicação, pergunta do estudo, metodologia empregada, principais resultados, implicações para o cuidado centrado na família. **Resultados:** A amostra final consistiu em 34 artigos. Em relação aos tipos de estudos, 28 (82,35%) são pesquisas, três (8,82%) artigos de reflexão, duas (5,88%) revisões de literatura e um artigo de atualização (2,94%); quanto ao local de realização do estudo 25 (73,53%) deles são do estado de São Paulo, três (8,82%) do Paraná, dois (5,88%) de Goiás e um (2,94%) de cada um dos seguintes estados: Rio Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Pernambuco; em relação ao ano de publicação um (2,94%) do ano 2000, um (2,94%) de 2002, três (8,82%) de 2003, seis (17,65%) de 2004, quatro (11,76%) de 2005, nove (26,47%) de 2006, seis (17,65%) de 2007, três (8,82%) de 2008 e um (2,94%) de 2009. Os artigos foram analisados e organizados em três categorias: 1) A experiência da família na doença e hospitalização da criança: os estudos trazem evidências dos sentimentos, crenças, necessidades, habilidades e fatores que interferem na experiência da família, bem como situações e arranjos feitos pela família ao viver com a doença e hospitalização da criança. Podem-se apreender nos estudos, que a experiência da família na situação de doença e hospitalização da criança é marcada por sofrimento e desestruturação no funcionamento familiar, onde a família busca apoio em outras pessoas e forças na sua fé para suportar e superar a situação; 2) A experiência da equipe de saúde e do estudante de enfermagem no cuidado à criança e à família: os estudos trazem evidências das percepções, crenças e sensibilização dos profissionais de saúde, sobretudo da equipe de enfermagem, em relação ao cuidado da família, além de fatores relacionados com capacitação e estratégias utilizadas no ensino para futuros enfermeiros atuarem junto às famílias em situações de doença e hospitalização. Destaca-se que apesar de a equipe observar que a presença da família gera benefícios à criança, não consegue direcionar sua preocupação e sua assistência às demandas da família.; 3) Relações entre família e equipe de saúde: os estudos trazem evidências da relação hierárquica estabelecida neste relacionamento, onde a família está numa posição subordinada à da equipe. Identifica-se nos estudos que quem conduz a trajetória da família durante a hospitalização da criança é a instituição hospitalar e a equipe que nela presta assistência. **Conclusão:** A produção na área de enfermagem pediátrica no Brasil acerca de Cuidado Centrado na Família ainda está centrada na descrição das experiências dos elementos envolvidos no processo de cuidado. O desenvolvimento do conceito e as aplicações



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

deste modelo de cuidado na prática ainda são pouco desenvolvidas em nosso meio. Destaca-se que os princípios que fundamentam a abordagem raramente são referidos pelos autores. Este aspecto somado à falta de padronização dos termos “cuidado centrado na família” e “abordagem centrada na família” foi identificada como um óbice na busca pelos artigos sobre a temática. Muito se fala nos artigos da importância da participação e inclusão da família no cuidado à criança, sobretudo em relação aos benefícios desta prática e prejuízos decorrentes da falta dela, contudo, os artigos nacionais carecem de vinculação com construtos que fundamentem e atribuam maior consistência à produção sobre o cuidado centrado família.

Palavras-chave: cuidado centrado na família, pediatria, enfermagem da família.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

16 - Manual ilustrativo: cuidando da criança cardiopata congênita no domicílio

Ana Cristina Porto Ormundo*
Ana Paula Araújo Bezerra*
Ana Paula Dias França Guareschi[†]

Introdução: Cardiopatias congênitas são malformações anatômicas grosseiras do coração ou dos grandes vasos intratorácicos, que ocorrem quando alguma alteração acontece na embriogênese do sistema cardiovascular, que resulta em função cardíaca anormal e apresenta real ou potencial importância funcional, observado geralmente ao nascimento. Sendo assim, defeitos cardíacos congênitos são de origem anatômica e influenciam diretamente na hemodinâmica do coração, apresentando amplo aspecto clínico que compreendem defeitos que evoluem assintomaticamente, até aqueles que determinam sintomas importantes e alta taxa de mortalidade. As cardiopatias congênitas ocorrem em aproximadamente 8 a 10 a cada 1000 nascidos vivos, desta forma, estima-se o surgimento de 28.846 novos casos de cardiopatias congênitas por ano no Brasil. Estas são as mais frequentes de todas as anomalias congênitas diagnosticadas no primeiro ano de vida. Porém, avanços tecnológicos ocorridos na cardiopediatria envolvendo cuidados e condutas no ambiente hospitalar, reduziram a morbidade e aumentaram a sobrevivência de crianças portadoras de cardiopatias congênitas. Por outro lado, atualmente, o olhar envolvendo cuidados domiciliares é pouco explorado e faltam orientações adaptadas aos familiares dessas crianças. **Objetivos:** Discorrer sobre o conhecimento e as competências necessárias do enfermeiro para orientar os cuidados domiciliares às famílias de crianças portadoras de cardiopatias congênitas; e elaborar um manual ilustrativo para essa família com enfoque nas principais complicações e manifestações clínicas e tratamento medicamentoso dessas patologias. **Metodologia:** Foi realizada pesquisa exploratória descritiva através de revisão bibliográfica da literatura nacional, utilizando periódicos disponibilizados na biblioteca do Centro Universitário São Camilo (CUSC) e artigos indexados em bases de dados: BDNF, LILACS e SCIELO disponibilizados na BIREME, publicados no período de 1998 a 2008. Primeiramente, foi realizada leitura exploratória do conteúdo, onde foram selecionados 79 referenciais teóricos, posteriormente foi realizada leitura seletiva do mesmo material e houve seleção de 43 artigos que abordavam o tema da pesquisa. **Resultados:** O conhecimento específico do enfermeiro referente às cardiopatias congênitas, envolvendo a fisiopatologia e sua ligação com as principais complicações clínicas e tratamento adequado para cada uma delas, é fundamental para possibilitar sua inserção como membro atuante na adaptação da criança cardiopata e sua família. Os familiares necessitam de orientações referentes a essas complicações clínicas, pois, certamente se confrontarão com essas em seu domicílio, e para transmiti-las o enfermeiro além do conhecimento técnico-científico, necessita ter competências humanas e gerenciais. As competências humanas envolvem saber escutar, reconhecer e valorizar sentimentos e dúvidas, apoiar a família em suas dificuldades e necessidades, perguntar, responder, propiciar abertura para diálogo segundo interesse dos familiares, reconhecer e respeitar as diferenças de cada um, construir uma relação de respeito, ou seja, criar um vínculo. As competências gerenciais envolvem planejar, organizar e sistematizar as ações de cuidados a criança e sua família, através da sistematização da assistência de enfermagem

* Alunas do 8º semestre do Centro Universitário São Camilo São Paulo.

[†] Enfermeira, especialista e mestre em Enfermagem Pediátrica pela UNIFESP, especialista em Administração Hospitalar e Psicopedagogia. Docente da graduação e pós-graduação do Centro Universitário São Camilo. Endereço: Rua Jaiba, 194 Ipiranga- SP, email: guaresch@uol.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

(SAE), que permite a individualização do cuidado e faz com que este seja focado nas principais necessidades dos envolvidos, de maneira a aproximar o enfermeiro da realidade da criança e família. A família além das orientações verbais necessitará de informações escritas. O manual ilustrado é um recurso didático que auxilia a família sobre a orientação do enfermeiro para os cuidados pós-alta, possui linguagem acessível referente às principais complicações clínicas das cardiopatias congênitas, que são: complicações hemodinâmicas – o comprometimento hemodinâmico é o principal fator desencadeante das complicações decorrentes das cardiopatias congênitas, dentre as complicações hemodinâmicas se destaca a insuficiência cardíaca, que constitui uma emergência pediátrica. Esta é definida como sendo a incapacidade do coração em manter o débito cardíaco; complicações respiratórias – as complicações respiratórias podem ser facilmente identificadas, as mais apresentadas são a cianose, que é causada pela diminuição da saturação arterial de oxigênio e leva a presença de hemoglobina não oxigenada nos vasos sanguíneos periféricos cutâneos, provocando a coloração azulada da pele, e a hipóxia que constitui uma situação mais grave do que a cianose, é caracterizada pela redução da oxigenação tecidual, com conseqüente diminuição da saturação e pressão de oxigênio, que resulta em distúrbios dos processos celulares, pode levar ao coma e a morte se não revertida rapidamente; complicações neurológicas – essas complicações são de grande importância e apresentam quadros clínicos graves, as principais são síncope e convulsão, provocadas pela diminuição de saturação de oxigênio no cérebro, causada por complicações respiratórias ou hipofluxo cerebral, causado por anormalidades constituídas pela própria cardiopatia congênita, constituem emergência médica, pois as lesões cerebrais podem ser irreversíveis; complicações imunológicas – se destacam a endocardite bacteriana que é uma infecção das valvas e revestimento interno do coração, afeta especialmente crianças com anormalidades valvares e que se submeteram a cirurgia cardíaca recente, e a septicemia que se trata de uma infecção generalizada e constitui uma situação de alerta, para qual há necessidade de cuidados médicos de emergência; complicações medicamentosas – o tratamento medicamentoso é estabelecido de acordo com o grau de comprometimento clínico e repercussões hemodinâmicas decorrentes das complicações causadas pelas cardiopatias congênitas. Visa melhorar a qualidade de vida, mas para que este objetivo seja alcançado os medicamentos devem ser administrados corretamente. As complicações envolvendo o tratamento medicamentoso se relacionam a efeitos colaterais e reações adversas. Foram destacados os medicamentos de uso domiciliar, são eles: digitálicos – o digitálico utilizado nas cardiopatias congênitas é a digoxina (lanoxin), indicado para o tratamento da insuficiência cardíaca, é uma droga de ação rápida e seu uso em crianças necessita de muita atenção, porque sua margem de segurança de doses terapêuticas, tóxicas e letais é muito estreita, sendo que muitas respostas tóxicas são extensões de seus efeitos terapêuticos ou por hiper-dosagem acidental, não é incomum ocorrer a intoxicação digitálica, esta vem acompanhada de sinais e sintomas perceptíveis que devem ser do conhecimento do enfermeiro e dos familiares; inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA) - são anti-hipertensivos indicados para o tratamento da insuficiência cardíaca, que inibem a função normal do sistema renina-angiotensina no rim, bloqueiam a conversão de angiotensina I em angiotensina II, desta forma, ao invés de ocorrer a vasoconstrição, acontece a vasodilatação, que por sua vez determina a diminuição da resistência vascular pulmonar e sistêmica, com conseqüente diminuição da pressão sanguínea e redução da pós-carga. Os mais utilizados são o captopril (capoten) e o enalapril (zestil). Os principais efeitos colaterais que devem ser observados são hipotensão, disfunção renal e tosse; diuréticos - estes também são indicados para o tratamento da insuficiência cardíaca e sua ação consiste em eliminar o excesso de água e sódio do organismo e evitar o seu acúmulo. Os mais indicados são os tiazídicos como a furosemida (lasix), clorotiazida (diuril), hidroclorotiazida (clorana) e os poupadores de potássio, desta classe o mais utilizado



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

é o espironolactona (aldactone). O efeito colateral que não é incomum com o uso desses diuréticos é a desidratação; imunossupressores – o imunossupressor mais utilizado é a ciclosporina, indicado nos transplantes cardíacos. É dotado de grande eficácia, capaz de evitar a rejeição do órgão doado, porém pode propiciar infecções devido à baixa imunidade; e antibióticos - indicados para profilaxia de infecções independente se houve ou não intervenção cirúrgica, estes devem ser administrados com cuidado. O manual ilustrado prepara a família tanto para o reconhecimento dessas complicações, como para os cuidados que devem ser prestados mediante estas, de forma dinâmica através de citações de situações comumente apresentadas, e com ilustrações que facilitam o entendimento dos familiares, desta maneira prepara a família para identificação precoce dos sinais e sintomas previsíveis e comuns de serem observados no domicílio. **Conclusão:** O cuidado prestado no domicílio é um segmento do tratamento das cardiopatias congênitas e deve ser baseado em orientações concisas, capazes de preparar os familiares para tomar a conduta adequada para cada uma das situações apresentadas pela criança, o enfermeiro possibilita essa realidade através de seus conhecimentos e lançando mão de instrumentos de apoio, neste caso, o manual proposto. Para este fim, necessita adquirir habilidades técnicas de comunicação, neste quesito é importante dizer que é preciso repensar a maneira como a família do cardiopata é abordada e ter em mente que as comunicações eficazes entre todos os envolvidos nos cuidados de uma criança são especialmente importantes. Essas orientações fariam grande diferença na vida dessas crianças, que poderiam receber em seu domicílio cuidados adequados, capazes de suprir suas necessidades e evitar situações de risco, que coloquem em jogo a vida e a preservação de uma boa funcionalidade orgânica, que já é comprometida pela cardiopatia congênita. Levando essa criança à aproximação de uma vida com seu cotidiano mais próximo da normalidade.

Palavras-chave: cardiopatias congênitas, complicações clínicas; manifestações clínicas e tratamento.



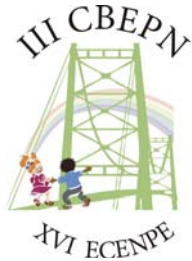
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

17 - Violência entre pares (*bullying*) na criança com lesão corporal por queimadura: as implicações no cuidar pelo enfermeiro pediatra

Regina Célia Maranhão*

Introdução: Trata-se de um recorte da dissertação do mestrado, que tem a finalidade de responder questões sobre o tipo de comportamento agressivo e sobre a violência psicológica e/ou *bullying*, que ocorre entre crianças de seis a dez anos de idade, com lesão corporal por queimadura. “O *Bullying* é uma palavra de origem inglesa que significa tyrannizar, oprimir e é definido como um conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas que ocorrem sem motivação evidente, seja por uma ou mais crianças e/ou adolescentes, gerando sentimentos de humilhação, medo e baixa auto-estima”; como esta violência acontece – como a criança vitimizada se sente e reage? O objeto de investigação do estudo é a “violência entre pares”, que apresentem lesão corporal por queimadura e as possibilidades de prevenção através do cuidado do Enfermeiro pediatra. Independente de idade, enfrentar e intervir no fenômeno violência tem sido um desafio para toda a sociedade porque gera sentimentos diversos que são desencadeadores de novos fenômenos que constroem a delinqüência e outras formas explícitas de violência. Como enfermeira, pertencente a uma profissão que orienta nunca colocar a vida do próximo em risco, saber e cuidar de crianças que sofrem violência é no mínimo estar presente em uma cena que nos é abominável e desafiadora quando pretendemos, também, sermos contra a violência infantil. Torna-se mais complexo ainda, se queremos intervir, porque é um fenômeno universal velado dentro da sociedade, pois a criança e/ou adolescente vitimizado, não relata que é repetidamente violentado psicologicamente por uma criança, adolescente ou por adulto, para não se dessocializar do grupo a que pertence. **Objetivos:** A pesquisa busca identificar o tipo de violência sentida pela criança que apresenta lesão por queimadura, como ela convive com a problemática, como caracterizá-la, como acontece a violência entre crianças e quais os sentimentos expressos pela criança vitimizada – propondo estratégias de intervenção e prevenção da violência entre crianças com lesão corporal por queimadura. Até porque sendo o *Bullying* um fenômeno social, deve ser amplamente investigado para encontrarmos estratégias de identificar mais precocemente possível, que alguma criança seja vítima deste tipo de violência entre pares. **Metodologia:** Uma explicação me parece fundamental. Este estudo repousa em uma experiência singular e empírica sobre violência entre pares (*Bullying*), em especial em crianças, e durante o processo de reflexão sobre o objeto descobri que não seria uma busca fácil, pois como poderíamos conversar com crianças sobre queimadura e violência? Antes de escolher o método, fui confrontada com um impasse: como saber o que pretendia caso não encontrasse um meio de facilitar o acesso às crianças com queimadura? Tinha o conhecimento, de antemão, das dificuldades da produção de dados a partir das informações das crianças, as quais me deveriam falar sobre a experiência de serem queimadas e se a queimadura poderia ser uma indutora de violência. Sabia que a violência estaria em algum lugar físico, espacial ou do pensamento das crianças e isso era o cerne do estudo, uma questão que é do mundo, do contexto social e que deveria considerar as propriedades sociais (quem está com elas e os diversos aspectos demográficos) e as propriedades particulares (explicações e particularidades acerca da criança e da violência). Com essas explicações, optei por um estudo de natureza quanti-qualitativa e o espaço da investigação foi o Ambulatório do

* Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Enfermagem Pediatra da Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento Materno Infantil da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: reginamaranhao08@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Centro de Tratamentos de Queimados de um Hospital Público Federal, localizado na cidade do Rio de Janeiro e a produção de dados deram origem a três categorias: a primeira – A SUBJETIVIDADE na LEMBRANÇA, no MEDO e na DOR – as informações dessa categoria dizem respeito aos desenhos elaborados pelas crianças e dos significados que deram a eles. Durante a experiência de saber como elas se lembram do dia da queimadura, encontramos crianças disponíveis a falar do que sentiam e do que queríamos saber sobre a queimadura e a violência. Foi surpreendente ouvir como elas enfrentam a queimadura, o que para nós parecia ser muito difícil. A segunda – A OBJETIVIDADE – as crianças falam dos sentimentos e sensações sobre a queimadura. Essa categoria diz respeito às respostas das crianças ao questionário, entendidas como questões individuais das crianças, onde pedi a elas que falassem sobre a queimadura; como se sentem quando olham para a queimadura e como era a relação com a família. Ao responder, elas lembram de: DOR e MEDO, ao olhar para a queimadura dizem sentir MEDO, VERGONHA e o DESEJO de voltar a ser o que eram; quanto à relação com a família aparentam apresentar FELICIDADE, tem apoio dos avós, dos irmãos e padrinhos. A terceira – as crianças falam dos sentimentos e das sensações da VIOLÊNCIA provocada por seus pares acerca da queimadura – nessa categoria concentram-se as falas das crianças no plano da relação com aqueles que descobrem que elas tem uma lesão por queimadura e ao solicitar que me falassem como elas vivenciavam esse contato com os outros, disseram que as reações são normais, engraçadas e curiosas, pois os outros sentem vontade de tocar as cicatrizes. **Conclusão:** A violência de qualquer tipo tem sido a bandeira de muitos países e de muitas profissões que se preocupam com o indivíduo e seu bem-estar. Hoje, é praticamente unânime a idéia de que a violência não faz parte da natureza humana e que a mesma não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, dentro do espaço de criação e desenvolvimento que é a vida em sociedade. A temática do *Bullying* é um fenômeno social que está presente na sociedade brasileira de forma velada, nas famílias, nas escolas, e nos espaços de convivência, com repercussão no cotidiano das crianças. Assim, os profissionais de saúde, em particular, os enfermeiros pediatras devem estar atentos e sensibilizados para intervir de modo a evitar danos ao processo de desenvolvimento saudável da criança e do adolescente que sofre violência entre pares, contribuindo para divulgar e ampliar a discussão para além do contexto acadêmico, incluindo a saúde. Por isso, acredito que esta pesquisa, ainda limitada, mas uma das primeiras na enfermagem brasileira pode significar um sinal de alerta para o interesse da Enfermagem Pediatra, que deverá ser capaz de identificar a violência. Devendo chamar a atenção da academia, da sociedade e dos profissionais de saúde para um “OLHAR” mais acurado à criança que muitas vezes silencia, mas se expressa corporalmente. Provavelmente um “OLHAR CLÍNICO” que indique condutas, para que possamos compreender esses/essas pequenos/as sujeitos do cuidado em pediatria.

Palavras-chave: *bullying*, criança, violência.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

18 - O cuidado de enfermagem de crianças com necessidades especiais de saúde em uma reabilitação

Joelma Maria da Silva Pinto^{*}
Ivone Evangelista Cabral[†]

Introdução: O avanço tecnológico, o aperfeiçoamento nos cuidados intensivos e a implementação de políticas públicas de promoção e proteção à saúde da criança, por um lado, contribuíram para o aumento da sobrevivência infantil entre menores de cinco anos; por outro, criou a possibilidade de as sobreviventes apresentarem demandas complexas de cuidados de saúde. (KAUFMAN, 1992; HOCKENBERRY, 2006). Na literatura mundial, crianças sobreviventes, como resultado desse avanço tecnológico, da melhoria das condições materiais de existência (saneamento básico, moradia etc), e da eficácia das políticas públicas sociais, foram denominadas de *children with special healthcare needs* (FLEMING *et al.*, 1994; BOND, 1994; O'BRIEN, 2001; GUILLET, 2002; MENTRO, 2003). Acompanhando essa tendência mundial, no Brasil, houve uma mudança no perfil epidemiológico da infância, determinado pelo declínio nas taxas de morbimortalidade infantil registradas nas duas últimas décadas. Enquanto no final nos anos 80, a mortalidade era de 85,6 por mil nascidos vivos, no início dos anos 2000 passou para 29,6 por mil nascidos vivos. Especificamente no Rio de Janeiro, essa mudança no perfil da infância foi constatada em estudos que apontam, em relação aos sobreviventes da terapia intensiva, a emergência de um novo grupo social denominado de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) (CABRAL *et al.*, 2004). Essas crianças são clinicamente frágeis e dependentes de cuidados contínuos ou temporários dos serviços de saúde. Elas requerem múltiplos atendimentos, por diferentes clínicas e profissionais, muito além do que outras crianças usualmente requerem (CUNHA, 1997; CABRAL, 1999; RODRIGUES, 2000; CUNHA e CABRAL, 2001; CABRAL *et al.*, 2004). Entretanto, pouco se sabe sobre as condições de sobrevivência desse novo grupo infantil, a natureza de suas necessidades de saúde e as demandas de cuidados especiais e complexos realizados por suas famílias no domicílio. Estas crianças são acompanhadas por diversos profissionais na tentativa de manter a sua sobrevivência e minimizar as reinternações, porém, não fica evidente como é realizado este acompanhamento de reabilitação. Assim, o objetivo deste estudo é traçar a tendência das publicações sobre as crianças com necessidades especiais de saúde na reabilitação. **Metodologia:** O delineamento metodológico caracterizou-se por um estudo de revisão da literatura orientada pela busca bibliográfica nas seguintes bases de dados: Lilacs, Medline, Scielo, BDNF. As palavras-chave e os operadores booleanos utilizados foram: (Criança OR Crianças OR Children) AND (Necessidades and especiais and de and saúde OR special healthcare needse) AND (Reabilitação OR Rehabilitation). A busca foi conduzida em julho e agosto de 2009 e a seleção dos artigos baseou-se na seguinte pergunta de pesquisa: Qual a tendência dos estudos publicados sobre as crianças com necessidades especiais de saúde na reabilitação? O marco temporal foi aberto para possibilitar a abrangência de todos os estudos. **Critérios de inclusão:** 1) estudos qualitativos; 2) Universo populacional constituído de crianças, na faixa etária de 0 a 12 anos; 3) estudos que abordassem o tema proposto, mesmo o universo sendo heterogêneo; 4) estudos que abordassem as demandas de necessidades especiais, mesmo com foco em fatores separados, como: atraso no desenvolvimento neuromotor, doença crônica, dependentes de

* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. E-mail: joelmamp@yahoo.com.br ou joelmaufrj@gmail.com

† Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Pesquisadora colaboradora do NUTES/ UFRJ. Pesquisadora do CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

tecnologia, dependentes de medicamentos, entre outros; 5) estudos que abordassem a reabilitação. Critérios de exclusão: 1) estudos correlacionais; 2) estudos quantitativos. Resultados: Seguindo a estratégia definida pelo fluxograma de seleção de artigos, a busca bibliográfica resultou em 27 artigos. Numa primeira análise, através da leitura dos títulos verificou-se que 11 não estavam relacionados especificamente com o tema proposto, restando, portanto, 16 artigos. Por meio da leitura dos resumos e de uma análise mais aprofundada destes 16 artigos, à luz dos objetivos do estudo e dos critérios de inclusão e exclusão, restaram quatro artigos. A fim de compreender os textos como um todo, foi realizada uma busca pelas bases de dados, conseguindo desta forma a posse dos quatro artigos que foram lidos e analisados na íntegra. **Resultados:** Os quatro artigos tratam questões distintas como o acesso aos serviços de reabilitação, o manejo da terapia anticonvulsivante no domicílio, a perspectivas dos pais sobre o acesso aos serviços de reabilitação para os seus filhos com necessidades especiais de saúde e um estudo de caso. Encontrou-se uma lacuna no conhecimento científico, uma vez que dos artigos encontrados um tratava da intermediação de saberes e práticas para o cuidado da criança com necessidades especiais de saúde no domicílio. Sobre o idioma de publicação dois apresentavam-se em inglês e dois em português. Sobre as áreas do conhecimento envolvidas no desenvolvimento dos estudos estiveram presentes: a enfermagem com dois artigos seguidos pela medicina e psicologia com um artigo publicado cada uma. O foco dos artigos centrava-se nas instituições e acesso a elas, a questão do cuidado da criança e de sua família, no sentido do enfrentamento dessa nova realidade pouco foi explorada nesse cenário. No estudo de CABRAL, mostra que como saída para as dificuldades de cuidar com as quais se defrontam, as famílias buscam novos modos e formas de aquisição de saberes e práticas que sustentam suas ações junto às suas CRIANES, por vezes percorrendo por caminhos tortuosos e baseando-se em tentativas, acerto - erro. Portanto, é imperiosa a instituição de práticas educativas que rompa o modelo vertical de ensinar e aprender, e que a conscientização e o aprendizado daqueles que cuidam dessas crianças no domicílio, visem derrubar barreiras comunicacionais, interativas e educativas entre o profissional e o cuidador. Um artigo tratou dos saberes da família sobre a terapia medicamentosa administrada no domicílio e a maioria tratou da questão do acesso aos serviços de reabilitação, dentre esses foi constatado uma diferença devido a questão cultural e aos tipos de sistema de saúde dos países envolvidos nos estudos. Em relação aos de sujeitos envolvidos nos estudos este variou entre pais ou responsáveis, cuidadores e profissionais de saúde. **Conclusão:** Este estudo de revisão evidenciou que pouco se sabe sobre as práticas de cuidar da criança com necessidades especiais de saúde (CRIANES) na reabilitação, existindo a necessidade de novos estudos voltados para este cuidado, não só abrangendo a questão do acesso, mas a dos cuidados com essa criança para não apenas evitar o agravamento do seu estado, mas sim proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: criança; demanda de cuidados especiais; reabilitação.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**19 - Variação do cortisol salivar do prematuro durante a punção de calcâneo em
posição canguru**

Thaíla Corrêa Castral*
Mariana Firmino Daré†
Laiane Medeiros Sonir‡
Roberto Antonini Ribeiro§
Carmen Gracinda Silvan Schochi**

Introdução: A exposição do recém-nascido (RN) pré-termo à dor aguda e ao estresse causa alterações imediatas no comportamento (mímica facial de dor, choro, aumento movimentos corporais) e nos parâmetros fisiológicos (queda na saturação de oxigênio – SaO_2 e aumento da frequência cardíaca – FC, pressão arterial e do cortisol) (BYERS; THORNLEY, 2004), podendo alterar a habilidade do RN em processar e perceber a dor (FITZGERALD; WALKER, 2009). Diversas medidas não-farmacológicas têm sido apontadas como efetivas na redução da dor aguda neonatal, tal como a amamentação (LEITE et al., no prelo), a sucção não-nutritiva (BLASS; WATT, 1999) e o contato materno pele a pele (CASTRAL et al., 2008; JOHNSTON et al., 2008). Tem-se como foco do presente estudo o contato materno pele a pele ou posição canguru, considerado uma medida natural e com diversos benefícios para o binômio mãe-bebê (CHARPAK et al., 2005), tal como o aumento do vínculo mãe e filho e promoção da amamentação materna, além do seu poder analgésico. A posição canguru constitui-se em uma medida recomendada por grupos e organizações internacionais para o alívio da dor aguda durante a punção de calcâneo em RN com 26 a 37 semanas de gestação. Estudos prévios em RN submetidos à posição canguru durante a punção de calcâneo ou venopunção apontam a redução da mímica facial de dor, menor tempo ou ausência de choro, menor aumento da FC e queda da SaO_2 . No entanto, ainda não se sabe qual a resposta do sistema hipotalâmico-hipofisário do RN durante a punção de calcâneo quando o RN encontra-se em posição canguru. **Objetivo:** Mensurar a concentração de cortisol salivar de prematuros submetidos à posição canguru durante a punção de calcâneo para coleta de sangue para o Teste do Pezinho, comparando antes e após o procedimento doloroso. **Métodos:** Trata-se de um experimento não controlado, também conhecido como ensaio não-aleatório, semelhante aos experimentos, porque também inclui a manipulação de uma variável independente (no caso, a implantação da posição canguru que não faz parte do protocolo para coleta de sangue da unidade neonatal em questão). O estudo piloto foi realizado na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal de um Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-SP, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Participaram do estudo piloto 16 RN cuja assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foi obtida das mães ou responsável. Para serem incluídos no estudo os RN deveriam apresentar idade gestacional ≤ 36 semanas e 6 dias obtida pelo método do Capurro Somático ou Ballard e

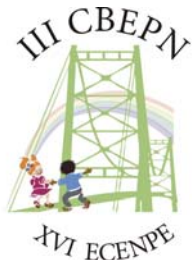
* Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), bolsista FAPESP. E-mail: thailacastral@usp.br

† Aluna de graduação da EERP/USP, assistente da pesquisa e bolsista de Iniciação Científica do CNPq. E-mail: mari_dare@hotmail.com

‡ Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, bolsista CAPES/DS. E-mail: laiane@usp.br

§ Professor Doutor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP e colaborador da pesquisa.

** Professora Titular da EERP/USP, bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq e orientadora da pesquisa. E-mail: csochi@eerp.usp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

idade corrigida < 40 semanas; Apgar ≥ 6 no 5^o minuto; estar agendado para a coleta do Teste do Pezinho; apresentar estabilidade clínica mantendo parâmetros fisiológicos dentro da faixa de normalidade antes do início da coleta e ter mamado no mínimo 1 hora antes da coleta. Foram excluídos RN sob assistência ventilatória, diagnóstico de hemorragia intraventricular ou malformações do sistema nervoso, em uso de corticosteróides ou analgésico opióides e com deficiências renais. Um RN foi excluído da amostra porque apresentou episódio de vômito durante a coleta da saliva, totalizando 15 RN que foram incluídos no estudo piloto. A coleta da saliva neonatal foi realizada pela pesquisadora responsável ou por uma assistente de pesquisa no período da manhã (7:00 à 11:00 horas). Uma primeira amostra da saliva neonatal foi obtida com o RN ainda na incubadora ou berço, 10 minutos antes do mesmo ser colocado na posição canguru com a mãe para coleta de sangue (cortisol pré-punção). Uma segunda amostra da saliva neonatal foi coletada 20 minutos após o término do exame de sangue, conforme recomendação de Keenan, Grace e Gunthorpe (2003), com o RN reposicionado de volta na incubadora ou berço (cortisol pós-punção). Vale ressaltar que a segunda amostra da saliva neonatal (cortisol pós-punção), na verdade, reflete a concentração de cortisol salivar durante o evento doloroso. Foram coletados 0,5 a 1 ml de saliva pela aspiração do assoalho bucal, utilizando-se escalpe número 21 estéril desprovido da agulha e conectado a uma seringa estéril de 3 ml, proporcionando pressão negativa para sucção da saliva. Foram instiladas 2 gotas de ácido cítrico a 5% na cavidade oral do RN para estimulação salivar, segundo técnica desenvolvida por Santiago et al. (1994). As amostras foram analisadas por meio da técnica de radioimunoensaio pelo laboratório de endocrinologia e metabologia do hospital universitário, segundo técnica descrita por Vieira et al. (1984). Para análise estatística, utilizou-se o Teste de Wilcoxon para comparar o cortisol neonatal pré e pós-punção de calcâneo. **Resultados:** O coeficiente intra e inter-ensaio foram de 1,1% e 10,2%, respectivamente. A idade gestacional média dos RN foi de 227,29 (Desvio Padrão = 8,3) e a idade pós-natal foi de 21 dias (Desvio Padrão = 10,7). A maioria dos RN era do sexo feminino (F=10 vs. M=5). A resposta dos RN com relação ao cortisol salivar foi bastante variável. Os RN foram classificados em três grupos segundo a variação do cortisol pós-punção em relação ao cortisol pré-punção: a) aumentou (n=5), b) diminuiu (n=4) e c) não houve variação (n=6). Não houve diferença estatisticamente significativa do cortisol neonatal pré e pós-punção (p=0,638). **Conclusões:** O presente estudo apresenta resultados preliminares acerca da resposta fisiológica de prematuros (cortisol) durante a punção de calcâneo em posição canguru, constituindo-se no primeiro estudo em dor a mensurar o cortisol neonatal na condição de posição canguru. Dois outros estudos não pertencentes à dor neonatal, encontraram que a concentração de cortisol salivar diminuiu após o RN ter permanecido em posição canguru por uma hora (Neu et al., 2008; Morelius et al., 2005). Usualmente, espera-se que o cortisol do RN apresente uma elevação durante um evento de dor aguda ou estresse. No entanto, a intervenção (posição canguru) pode ter prevenido tal elevação em alguns RN que participaram do estudo. Outro fator que pode ter influenciado na resposta dos RN é a imaturidade, pois aqueles mais imaturos podem apresentar uma concentração de cortisol basal mais elevada e não demonstrar variação após um evento doloroso. As limitações do presente estudo devem-se a ausência de um grupo controle que não tenha sido submetido à posição canguru e ao número pequeno da amostra.

Palavras-chaves: enfermagem neonatal; prematuro; dor; cortisol; posição canguru

Referências:

- BLASS, E.M.; WATT, L.B. Suckling- and sucrose- induced analgesia in human newborns. Pain, Amsterdam, v.83, p.611-23, 1999.
- BYERS, J.F.; THORNLEY, K. Cueing into infant pain. MCN Am J Matern Child Nurs., v.29, n.2, p.84-9, 2004.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

- CASTRAL, T.C.; WARNOCK, F.; LEITE, A.M.; HAAS, V.; SCOCHI, C.G.S. The effects of skin-to-skin contact during acute pain in pre-term newborns. *European Journal of Pain*, v.12, p.464-71, 2008.
- CHARPAK, N., RUIZ, J.G., ZUPAN, J.; CATTANEO, A., FIGUEIROA, Z.; TESSIER, R. Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Pædiatrica*, v.94, n.5, p.514-22, 2005.
- FITZGERALD, M.; WALKER, S.M. Infant pain management: a developmental neurobiological approach. *Nat Clin Pract Neurol.*, v.5, n.1, p.35-50, 2009.
- JOHNSTON, C.C.; FILION, F.; CAMPBELL-YEO, M.; GOULET, C.; BELL, L.; MCNAUGHTON, K.; BYRON, J.; AITA, M.; WALKER, C. Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *BMC Pediatrics*, v.8, n.13, np, 2008.
- KEENAN, K.; GRACE, D.; GUNTHORP, D. Examining stress reactivity in neonates: relation between cortisol and behavior. *Child Development*, v.74, n.6, p.1900-42, 2003.
- LEITE, A.M.; LINHARES, M.B.M.; LANDER, J.; CASTRAL, T.C.; SANTOS, C.B.; SCOCHI, C.G.S. Effects of breastfeeding on pain relief in full-term newborns. *Clin J Pain*. No prelo 2009.
- MÖRELIUS, E.; THEODORSSON, E.; NELSON, N. Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics*, v.116, p.1105-13, 2005.
- NEU, M. ; LAUDENSLAGER, M.L. ; ROBINSON, J. Coregulation in salivary cortisol during maternal holding of premature infants. *Biol Res Nurs.*, v.10, n.3, p.226-40, 2009.
- SANTIAGO, L.B.; JORGE, S.M.; MOREIRA, A.C. Longitudinal evaluation of the development of salivary cortisol rhythm in infancy. *Clinical Endocrinology*, v.44, p.157-62, 1996.
- VIEIRA, J.G.H.; NOGUTI, K.O.; HIDAL, J.T.; RUSSO, E.M.K.; MACIEL, R.M.B. Ensaio do cortisol na saliva como um método para avaliação da fração livre sérica. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.*, v.28, p.8-10, 1984.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

20 - Conhecimentos e práticas de trabalhadores de uma creche acerca do aleitamento materno

Aline Maciel Richetto*
Maria de La Ó Ramallo Veríssimo†

Introdução. Os seres vivos, em especial as crianças, precisam ter suas necessidades físicas ou biológicas, sociais, educativas, afetivas, assim como as de ordem econômica, atendidas, para assegurar sua sobrevivência e desenvolvimento. A alimentação é uma forma de atendimento dessas necessidades e tem um papel fundamental no crescimento e no desenvolvimento do indivíduo. As práticas de saúde atuais, relacionadas à promoção do aleitamento materno, que se constitui na alimentação básica no início da vida, estão pautadas no discurso psicobiológico enfatizando vantagens nutricionais, imunológicas, psicológicas, entre outras, relacionadas à amamentação, que beneficiam a criança e sua família. Às vezes, prevalece uma visão romântica do aleitamento materno, sendo este enfatizado como um ato de amor. Entretanto, deve-se lembrar que mesmo não amamentando ao seio, a mulher é capaz de desenvolver o amor materno, bem como, a prática do aleitamento é um processo amplo e permeado por fatores complexos que possuem difícil explicação. Muitas pessoas crêem que as dificuldades maternas resumem-se às fissuras e ao ingurgitamento mamário, ficando de lado os aspectos socioculturais que realmente influenciam na decisão de amamentar. Assim, todos os envolvidos com o aleitamento materno, sejam eles enfermeiros, médicos, educadores infantis, pais, entre outros, precisam compreender que ele vai muito além de um ato “instintivo materno” de oferecer alimento, uma vez que é perpassado por conhecimentos, crenças e atitudes que influenciam esse importante comportamento e que, mesmo o aleitamento sendo um ato biologicamente determinado, a expectativa biológica contrapõe-se às expectativas culturais e não se podem enfatizar apenas seus pontos positivos no discurso da saúde. Sob essa óptica, traz-se a creche como um local onde o aleitamento materno deve ser promovido e os profissionais que cuidam dessas crianças devem estar preparados para apoiar e incentivar essa prática. **Objetivo.** Caracterizar conhecimentos e práticas de trabalhadores de uma creche sobre aleitamento materno. **Metodologia.** Trata-se de estudo qualitativo, realizado em um Centro Infantil* (CI) vinculado a um hospital de ensino de grande porte localizado na Zona Leste da capital paulistana. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram trabalhadores do CI que tivessem atuado com crianças menores de um ano, no período de 2003 – 2007, portanto, potencialmente vivido experiências de aleitamento materno na instituição. Com esses critérios, chegou-se a um total de 09 sujeitos, incluindo auxiliares de desenvolvimento infantil – ADIs, auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo e diretora. Obteve-se a participação de todos os trabalhadores. Porém, o estudo teve 10 sujeitos, uma vez que uma funcionária que não fora

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem Pediátrica pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP. Professora da Faculdade Santa Marcelina – Unidade de Ensino Itaquera. Membro do núcleo de ensino, pesquisa e extensão em saúde do neonato, da criança e do adolescente – NEPESC/FASM. Rua: São João das Duas Barras, 95 – Itaquera-CEP: 08270-080. São Paulo – SP. endereço eletrônico: aline_afm@hotmail.com

† Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica.

* Utilizou-se o termo Centro Infantil como sinônimo de Creche, por ser assim utilizado na rede municipal de São Paulo. Essas instituições têm como finalidade o atendimento em educação infantil, contemplando as necessidades de desenvolvimento intelectual e ao acesso ao saber, bem como direito à socialização, as vivências infantis e aos cuidados assistenciais específicos e necessários.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

contemplada pelos critérios de inclusão, pois havia atuado com esse grupo etário anteriormente ao período estabelecido, ao saber do estudo, pediu para participar. Decidiu-se utilizar suas informações, uma vez que o critério teve conotação operacional, visando incluir um amplo número de sujeitos que tivessem vivido tal experiência. Cabe ressaltar que suas respostas tiveram correspondência com as demais, não se destacando em temas diversos. Além disto, também se considerou adequado incluí-la haja vista seu interesse pelo estudo e intenção da pesquisadora de possibilitar maior adesão do grupo de trabalhadoras a posteriores ações de formação no tema, que é sua finalidade como continuidade do trabalho. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e submetido à direção do Centro Infantil. Os trabalhadores assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. As percepções dos trabalhadores foram coletadas por meio de entrevistas semi-estruturadas, conduzidas a partir das questões: Vivenciando a prática de cuidar de crianças menores de um ano, como você percebe o aleitamento materno na creche? Na sua opinião, a creche é um bom lugar para as mães amamentarem? Por quê? Na sua opinião, existem dificuldades para o aleitamento materno na creche? Quais? Na sua opinião, existem facilidades para o aleitamento materno na creche? Quais? O que a creche faz quando entra um bebê que ainda é amamentado? E você como procede? **Resultados.** Os dados foram agrupados em quatro grandes temas: A Importância do Aleitamento Materno na Creche, A Prática do Aleitamento Materno Depende das Mães, Facilidades Relacionadas ao Aleitamento Materno na Creche e Dificuldades Relacionadas ao Aleitamento Materno na Creche. No que diz respeito à percepção sobre o aleitamento materno na creche, a principal razão para justificar sua importância é sua relação com a saúde, pois ele é visto como uma forma de prevenir doenças, além de auxiliar no desenvolvimento saudável da criança. Outro aspecto apontado como importante sobre o aleitamento materno na creche é que sua manutenção garante maior tempo de contato da criança com a mãe, uma vez que as mães, quando estão aleitando, vão mais vezes até a creche. Assim, a criança não estranha tanto sua ausência e o processo de adaptação e permanência da criança na instituição é facilitado. O segundo tema, A prática do aleitamento materno na creche depende das mães, explica a visão de que a decisão de manter o aleitamento deve-se ao interesse e à disponibilidade materna, uma vez que a instituição não as impede de ir amamentar seus filhos. Tal percepção é construída a partir da constatação de que algumas mães já iniciam o desmame antes de matricular a criança na creche, pois ficam preocupadas com a manutenção dessa prática ao término da licença maternidade. Os funcionários entendem, então, que não há o que fazer no sentido de incentivar o aleitamento materno, porquanto elas já chegam à creche decididas a interrompê-lo. No tema Facilidades Relacionadas ao Aleitamento Materno na Creche, no que se refere à instituição, os funcionários entendem que há um grande apoio para o aleitamento, uma vez que há total liberdade para a entrada das mães no serviço. Essa liberdade pode ser reconhecida pela ausência de restrições, seja quanto ao momento da vinda da mãe, seja no tempo em que ela lá permanece. Todos os depoentes são enfáticos em garantir que a instituição não põe obstáculos ao deslocamento da mãe rumo à sala destinada para amamentação. Os participantes lembram também que a legislação facilita a promoção do aleitamento materno, pois garante às mães o direito de se ausentar do trabalho para amamentar, embora elas não saibam explicar o que está previsto na lei. São relatadas, ainda, ações dos funcionários apontadas como facilitadoras do aleitamento materno na creche. Tais ações podem iniciar-se antes do ingresso da criança, com a investigação de sua alimentação habitual. Observa-se, contudo, que essa busca de informações visa primordialmente que as funcionárias possam organizar-se no cuidado da criança e até mesmo tende a focar-se em opções de alimentos que elas poderiam oferecer à criança no caso de as mães não conseguirem chegar a tempo. Quando a criança já está inserida na creche, ações de apoio e estímulo traduzem-se em



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

garantir que as crianças não recebam outros alimentos em horários próximos da chegada das mães, bem como em dizer a elas que insistam no aleitamento, especialmente enquanto o bebê ainda não aceita bem outros alimentos. No que diz respeito às Dificuldades Relacionadas ao Aleitamento Materno na Creche, destaca-se a distância entre o serviço materno e a creche, e o tempo gasto no percurso. Alguns respondentes disseram que o horário disponível para as mães amamentarem dificulta a prática de aleitar, uma vez que elas dependem da permissão da chefia para organizar os horários de saída. Ainda nesse item, aparece a consideração de que a sala disponível para o aleitamento não é adequada, pois é conjugada a uma sala de berçário. Também foram pontuados os problemas enfrentados pelas trabalhadoras. Estas se vêem impossibilitadas de atender as crianças em aleitamento materno exclusivo, quando as mães não conseguem vir nos horários estipulados para as mamadas e não permitem a introdução de novos alimentos. **Considerações Finais.** A manifestação predominante de conhecimentos empíricos por parte dos trabalhadores, bem como a ausência de ações específicas de apoio ao aleitamento que poderiam ser realizadas na creche, apontam para a necessidade de parceria entre as áreas da saúde e da educação, a fim de preparar os trabalhadores não somente sobre os benefícios do aleitamento materno, mas também quanto a estratégias de ação para que se tornem agentes promotores dessa prática. Corrobora-se com a idéia de que a mãe/mulher deve ser o foco do aleitamento materno, decidindo se vai investir ou não nessa prática, entretanto, acredita-se que a creche poderia intervir facilitando o processo. Com isso, a decisão materna poderia ser melhor informada e efetivamente apoiada. O CI como equipamento social poderia interagir com o hospital e com as mães, constituindo uma rede de apoio, para pensarem juntos sobre as reais dificuldades para a prática do aleitamento materno nesse local e possibilidades de superação, face o desejo da mãe em seguir amamentando. Compartilhar a responsabilidade entre o hospital, a instituição de educação infantil e a mãe/mulher, demanda uma estrutura de amparo para as mães, na qual elas possam ser ouvidas, expondo suas dúvidas, troquem experiências e elaborem conjuntamente com o Centro Infantil e o hospital estratégias para lidar com as dificuldades.

Palavras-chave: aleitamento materno, creches, educação infantil e enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

21 - Resiliência em famílias de crianças com deficiência: evidências na literatura

Maria Angélica Marcheti Barbosa*
Myriam A. Mandetta Pettengill†

Introdução: resiliência é definida como a habilidade da pessoa ou da família em suportar a dificuldade e o inesperado frente às situações adversas que enfrentam e em tornar-se forte e organizar-se. Pode-se dizer que famílias resilientes são aquelas que resistem aos problemas decorrentes de mudanças, como o nascimento ou o diagnóstico de uma deficiência na criança, e adaptam-se às situações de crise e adversidades, respondendo de forma positiva às demandas da vida que surgem ao longo de sua trajetória. Doenças graves e as deficiências na criança ou no adolescente configuram-se em desafios assustadores para a família que, com frequência, vivencia sentimentos de perda, incerteza e tristeza profunda. O impacto desse evento no sistema familiar afeta o relacionamento entre todos os seus membros e a qualidade de vida piora para algumas famílias. Nessas situações, a família vivencia uma drástica mudança em sua dinâmica provocando uma redefinição de papéis, atitudes e valores e uma sobrecarga emocional. Até décadas passadas era freqüente o entendimento de que o conflito gerado em ter e criar uma criança com deficiência resultaria em conseqüências negativas para toda a família. Atualmente, estudos revelam que embora algumas famílias de crianças deficientes apresentem dificuldades de adaptação à nova experiência vivenciada, outras famílias parecem conseguir se adaptar positivamente, se fortalecer, resistir aos desafios desorganizadores da vida e renascer a partir deles. Questionamo-nos como a resiliência na família da criança deficiente se manifesta; quais os elementos identificadores; e como o enfermeiro pode ajudar a família a se manter resiliente nessa situação. **Objetivo:** identificar na literatura as evidências teóricas sobre resiliência da família da criança deficiente. **Metodologia:** foi realizada uma busca em base de dados PubMed, SciELO e Portal de Revistas Científicas, em língua portuguesa e inglesa, utilizando-se os descritores: enfermagem familiar, família, crianças portadoras de deficiência, relações familiares, conflito familiar e a palavra-chave: resiliência familiar; no período de 1986 a 2008. Foram encontrados 35 artigos. Após leitura dos resumos, foram selecionados 19 artigos pertinentes a temática em estudo. Todos os artigos foram lidos na íntegra e identificados os elementos similares e divergentes em relação à resiliência da família da criança com deficiência. **Resultados:** a análise realizada permitiu identificar cinco categorias que evidenciam os principais aspectos da resiliência da família neste contexto. 1) **A incapacidade do filho como fator de resiliência familiar.** Observa-se uma mudança no foco dos estudos relacionados à família de crianças deficientes com ênfase nas forças da família e em seu poder de recuperação frente aos desafios emergidos com a deficiência ao invés da identificação das incapacidades e dificuldades vivenciadas no cotidiano. Os estudos demonstram que algumas famílias tornam-se mais fortes e desenvolvem resiliência ao se depararem com a situação de ter um filho com uma incapacidade. Autores apontam que os recursos do indivíduo e da família emergem freqüentemente frente à adversidade, como se a

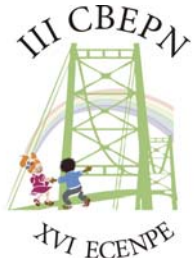
* Mestre em Enfermagem Pediátrica. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Rua Nove de Julho nº 1822 - Bº Ipiranga - Campo Grande/MS. E-mail: mamarcheti@brturbo.com.br

† Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

situação desafiadora que enfrentam fosse o problema de saúde principal da família. 2) **A incapacidade do filho provoca mudanças nas perspectivas da vida familiar.** Algumas famílias destacam os aspectos positivos de sua experiência com uma criança deficiente ao relatarem mudanças na perspectiva sobre a vida, relativas, às oportunidades de aprendizagem, à melhoria na dinâmica familiar, à autoconfiança aumentada e o aumento da religiosidade e da fé em Deus. A família como um todo é modificada para melhor e a experiência representa um importante crescimento e aprendizado de vida. 3) **Família resiliente é capaz de realizar ajustamentos.** A transformação pessoal significa que os membros da família assumem novos papéis, na unidade familiar, na comunidade e na carreira profissional. Significa ainda que a família adquire novas características, como a habilidade de defender a criança ou a capacidade de demonstrar novas convicções e crenças. A transformação relacional é percebida com o fortalecimento do relacionamento entre os pais, a aquisição de redes de suporte social e o contato com outras famílias de crianças deficientes. 4) **Família resiliente tem maiores condições de intervir efetivamente.** As famílias de crianças deficientes demonstram um grande grau de força e articulam as contribuições positivas das situações geradas pela deficiência, à vida e ao bem-estar da família. Na medida em que a família lança mão de seus recursos positivos para enfrentar as adversidades, a resiliência torna-se fator de proteção para a adaptação dela às exigências cotidianas. 5) **Indicativos de resiliência familiar.** os indicativos da resiliência identificados na literatura são a coesão familiar frente à adversidade, na qual a família cultiva afeto entre os seus membros, mantendo-se unida na resolução dos problemas, e a flexibilidade com que buscam administrar e adaptar-se à tensão, tornando-se mais flexível e aberta às mudanças. Há também evidências de resiliência na busca da família pela fé e participação nas comunidades religiosas, e pela procura dos recursos sociais como um suporte a mais para o enfrentamento das adversidades. Na perspectiva da teoria da resiliência familiar, postulada por Froma Walsh, os processos-chave entendidos como pilares da resiliência são identificados por: sistema de crença no momento que as famílias dão um novo sentido a adversidade, com um olhar positivo; padrões organizacionais, no qual apesar de escassas e ineficazes redes de apoio, as famílias flexibilizaram seus papéis para a nova condição de seu filho; e os processos de comunicação, quando as famílias são capazes de lidar abertamente e de forma clara com seus sentimentos e problemas. **Síntese conclusiva:** as evidências identificadas na literatura apontam que a incapacidade do filho mobiliza a família e a ajuda a se fortalecer enquanto unidade. Essas famílias têm maiores condições de intervir efetivamente para o seu bem-estar e possuem capacidade de transformações pessoal e relacional. Há ainda evidências de resiliência quando a família muda sua perspectiva de vida e a maneira como percebe o mundo, no resgate ou procura pela fé e religiosidade, e quando se mantém coesa na busca por resolução das situações desafiadoras que vivenciam. Sugerem que pais e demais membros da família articulam suas próprias percepções positivas sobre o fato de ter uma criança com deficiência e utilizam-se de recursos que vem ao encontro de suas demandas e necessidades. Uma família resiliente demonstra força, dando sentido à adversidade vivenciada, respondendo positivamente, organizando-se e sendo flexível. Nessa perspectiva a família de crianças com alguma incapacidade pode demonstrar forças, articulando as contribuições positivas que a incapacidade do filho trás para seu crescimento. **Considerações finais:** o conceito de resiliência da família requer mais estudos e parece ser pouco compreendido pelos profissionais de saúde. Entender os aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar nessa situação constitui-se em desafio para o trabalho bem sucedido com família e é atualmente um campo de conhecimento em processo de construção e desenvolvimento na enfermagem. A tarefa do enfermeiro é abrir os vínculos encobertos entre as situações e os acontecimentos traumáticos do passado e aqueles do presente para extrair os melhores recursos e forças de dentro da própria família, possibilitando a ela superar as



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

adversidades e aliviar o sofrimento vivenciado por ter de conviver com uma criança com deficiência. Todavia é preciso que esse profissional seja instrumentalizado para identificar o potencial e os elementos fundamentais no funcionamento da família, a fim de ajudá-la a se manter fortalecida.

Palavras-chave: enfermagem familiar, família, crianças portadoras de deficiência, relações familiares, conflito familiar, resiliência familiar.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

22 - O cuidar da família do adolescente com deficiência mental: uma proposta de intervenção de enfermagem

Maria Angélica Marcheti Barbosa*
Myriam A. Mandetta Pettengill[†]

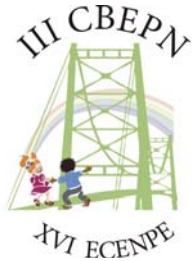
Introdução: O despertar da sexualidade dos filhos é um desafio para os pais, que muitas vezes não sabem como lidar com essa questão, fortemente arraigados por crenças e tabus. Quando o filho apresenta algum grau de deficiência mental parece que a capacidade para lidar com essa questão é mais intensificada. A falta de informação e de diálogo com o filho sobre as modificações em seu corpo e sua sexualidade pode gerar sofrimento para toda a família, que se torna ansiosa e temerosa por sua integridade física e emocional. O enfermeiro, membro do grupo multidisciplinar pode ajudar a família a identificar suas dificuldades e modificar seus pensamentos, sentimentos e ações a fim de promover o melhor cuidado para seu filho. Questionamo-nos como o enfermeiro pode intervir nessas questões e na melhor maneira para lidar com essa situação pensando na família como unidade do cuidado.

Objetivo: apresentar o relato de uma situação clínica de intervenção de enfermagem com a família de um adolescente com deficiência mental, vivenciando o despertar da sexualidade.

Caminho metodológico: as interações na prática clínica na Unidade de Saúde da Associação Pestalozzi de Campo Grande/MS, são fundamentadas na abordagem da resiliência familiar de Froma Walsh. Baseia-se na convicção de que tanto a força individual quanto a força familiar podem ser trabalhadas por esforços cooperativos para lidar com a crise repentina ou com a adversidade prolongada. Para orientar o processo de cuidar da família utilizamos o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família, que consiste em um conjunto multidimensional de avaliação da estrutura, do desenvolvimento e do funcionamento da família, visando intervir nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental da mesma. Os dados apresentados neste estudo são provenientes do trabalho desenvolvido durante quatro encontros terapêuticos com a família de HRC, um adolescente de 18 anos, com deficiência mental, participante do 'Programa de Intervenções de Enfermagem para Fortalecer a Resiliência da Família da Criança com Deficiência', desenvolvido na Associação Pestalozzi de Campo Grande. Este programa de intervenção está vinculado a um projeto de doutorado cadastrado no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Os encontros aconteceram na própria instituição, no período de junho a agosto de 2009, após autorização do Comitê de Ética e consentimento da família. As informações foram coletadas ao longo dos quatro encontros terapêuticos com a família. No primeiro encontro era elaborado o genograma e o ecomapa, instrumentos úteis para delinear as estruturas internas e externas da família. Observações e interações complementares subsidiaram a avaliação da família, que consistiu em cinco etapas: 1) **Avaliação da família:** a aproximação com a família de HRC ocorreu por meio do encaminhamento da neuropediatra. A família é procedente de Campo Grande/MS, composta pelo pai, 40 anos, motorista e agropecuarista, ensino fundamental incompleto, permanece na chácara arrendada durante a semana; mãe, 42 anos, ensino fundamental incompleto, do lar;

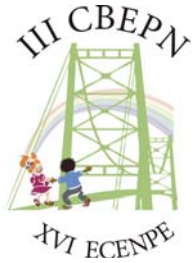
* Mestre em Enfermagem Pediátrica. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Rua Nove de Julho nº 1822 - Bº Ipiranga - Campo Grande/MS. E-mail: mamarcheti@brturbo.com.br

[†] Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

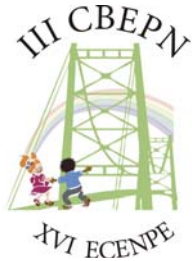
dois filhos: um rapaz de 23 anos, auxiliar administrativo, terceiro grau incompleto, residente em outra cidade, e o jovem de 18 anos, deficiente mental, sexo masculino, aluno da Associação Pestalozzi desde criança. O despertar da sexualidade de HRC levou a família a vivenciar dificuldades no manejo da situação e gerou medo e sofrimento familiar. Esse jovem tem expressado sua sexualidade de forma exacerbada e a família teme por sua segurança em locais públicos, e em seu relacionamento social. Os pais têm agido de forma a repreender o filho, não falando sobre o assunto, fato que tem intensificado seu interesse e comportamento agressivo. A família possui uma rede de suporte identificada na escola especial do filho e em sua equipe multiprofissional, na família ampliada do pai e nos passeios na chácara, aos finais de semana, onde permanecem em família. Ainda como força, a família julga ter superado adversidades no passado, preocupam-se com o bem-estar de seus membros, e acreditam na capacidade de manter vínculos adequados e de estar em família. Preocupada, a família descreveu sua dificuldade em controlar o comportamento do filho, especialmente relativo ao despertar da sexualidade e em solicitar ajuda. Os pais verbalizaram sentir-se envergonhados e não saber o que fazer e a quem recorrer. Revelaram que nunca receberam orientação sexual e também não foram orientados pelos profissionais sobre a sexualidade do filho. O filho mais velho não solicitou a orientação da família e os pais acreditam que ele aprendeu com os amigos. **Hipótese do problema.** Dificuldade da família em manejar o desenvolvimento da sexualidade do filho, desencadeada por desconhecimento e falta de informações a respeito da sexualidade da pessoa com deficiência mental; como consequência a família repreende o filho e não consegue progressos, gerando sofrimento na família. **Objetivos e planos para intervenções.** Ajudar a família a sentir-se fortalecida para enfrentar a situação e possibilitar o seu acesso às informações sobre sexualidade da pessoa com deficiência mental. **Intervenções propostas.** As intervenções, com base no Modelo Calgary de Intervenção na Família, têm por objetivo promover a mudança em ações, pensamentos e sentimentos contribuindo para o alívio do sofrimento da família. Foram baseadas em uma abordagem orientada para a força e estruturadas em torno de 6 ações principais: 1) realizar perguntas de intervenção: utilizadas para explorar a percepção do problema pelos membros da família e as explicações que os mesmos davam a ele. 2) oferecer informações e opiniões: foi desencadeada uma reflexão com os pais em que eles falaram sobre seus medos e dificuldades. Foi disponibilizado textos e livros sobre a questão da sexualidade da pessoa com deficiência mental, para leitura familiar e discussão nos encontros posteriores. 3) incentivar as narrativas: utilização de conversações terapêuticas durante os encontros com a família, a fim de extravasar sentimentos e permitir uma reflexão sobre a própria situação. Foi incentivado também que os membros da família ouvissem as preocupações e os sentimentos mútuos, incluindo o filho deficiente. 4) validar respostas emocionais: para aliviar sentimentos de fracasso e incapacidade dando esperança à família, que no devido tempo, aprenderão maneiras de enfrentar a situação. 5) elogiar as forças da família: para fortalecer a auto-estima da família, capacitando-a a lidar com as demandas do filho nessa fase de desenvolvimento e maturação sexual, e busca por autonomia. Reforçamos as forças e interesse da família em buscar ajuda para o filho. 6) incentivar o apoio familiar: teve o objetivo de capacitar a família para compartilhar as informações e a obtenção de forças e recursos internos para solucionar os problemas, e incentivar aos pais a interagir com o filho e com outras famílias que estão passando pela mesma experiência. **Avaliação das intervenções:** A avaliação das intervenções se baseou na observação das mudanças desencadeadas nos domínios afetivo, cognitivo e comportamental da família. Por meio delas foi possível observar que alcançamos o objetivo proposto de fortalecer a família para o enfrentamento do problema, pois a família se apresentava mais fortalecida e confiante em sua capacidade de manejar a situação experienciada e em buscar ajuda. **Resultados:** As intervenções ofereceram novas idéias, opiniões, crenças e informações sobre a questão da sexualidade dos jovens com deficiência



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

mental, possibilitando a família mudar a maneira como dava sentido à situação. A família se sentiu encorajada a expressar suas crenças constrangedoras sobre a questão relacionada à sexualidade do filho, abrindo-se para o diálogo e interação com ele. O pai se aproximou do filho passando mais tempo com ele, possibilitando o diálogo aberto sobre o tema sexo, namoro e sexualidade. **Considerações finais:** as intervenções de enfermagem são compatíveis com a prática clínica do enfermeiro junto às famílias de crianças com deficiência, cujo dever é prover apoio à família e assisti-la de maneira integral. O sofrimento surge porque a família não consegue lidar com as situações adversas que encontra e, por vezes, causa um rompimento da unidade familiar levando a família a perder a habilidade para lidar com a crise vivenciada. As intervenções de enfermagem baseadas em uma abordagem da resiliência familiar ajudam os membros da família a se desenvolverem de modo a trazer à tona seus mais profundos desejos de competência e pertencimento. Permitem identificar e fortalecer processos interacionais fundamentais que possibilitam à família manejar a situação experienciada e ter o sofrimento aliviado. O compromisso moral e ético do enfermeiro deve ser o de olhar para a família, ouvi-la e envolve-la no cuidado de saúde de seus membros, aliviando o sofrimento gerado pelas situações adversas que vivencia em sua trajetória.

Palavras-chave: enfermagem familiar, família, crianças portadoras de deficiência, relações familiares, conflito familiar, resiliência familiar, intervenções de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**23 - Cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes asmáticos atendidos em
ambulatório especializado: uma extensão universitária***

Karina Machado Siqueira[†]
Isabela Cristine Ferreira Fernandes[‡]
Wilzianne Silva Ramalho[§]
Ana Karina Marques Salge^{**}

Introdução: A asma é a doença crônica mais comum da infância, sendo responsável por até 30% das limitações de atividades em crianças. É também uma das doenças crônicas mais comuns em todos os países e sua prevalência tem aumentado nos últimos anos, principalmente em crianças e adolescentes. Nas últimas décadas, apesar dos avanços no entendimento da sua fisiopatogenia e no seu tratamento, a morbi-mortalidade de asma tem crescido em todo o mundo. Esta doença em crianças está se tornando um dos principais problemas globais na saúde pública. No Brasil, em 1999 foi assumido um compromisso entre o Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI), Sociedade Brasileira de Clínica Médica e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) estabelecendo diretrizes para a criação do Plano Nacional de Controle da Asma (PNCA). A partir de então, alguns programas de controle e atenção à asma foram criados, consolidados e expandidos, e esse esforço gerou experiências acumuladas de tratamento multiprofissional, melhor controle da doença, redução da morbidade e da procura a serviços de urgência. Em Goiânia-GO, visando o objetivo de garantir atendimento integral ao paciente asmático, foi implantado na rede pública de saúde do município, no ano de 2004, o Programa de Controle de Asma denominado “*Catavento*”. Considerando a importância da assistência qualificada às crianças e adolescentes asmáticos e a relevância da participação do enfermeiro neste contexto, surgiu o interesse em desenvolver um projeto de extensão no ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – HC/UFG, com o propósito de realizar atividades de educação e acompanhamento do estado de saúde de crianças e adolescentes asmáticos, assim como capacitar os acadêmicos do curso de Enfermagem da UFG para ações voltadas a essa clientela. **Objetivo:** Descrever a experiência de um projeto de extensão universitária, denominado “*Aprendendo a conviver com a asma*”, desenvolvido por acadêmicos e docentes da Faculdade de Enfermagem da UFG. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência do projeto de extensão “*Aprendendo a conviver com a asma*”, o qual tem sido desenvolvido no ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, desde março de 2008, junto a crianças e adolescentes asmáticos e seus familiares. As ações desenvolvidas nesse ambulatório são vinculadas ao Programa de Controle da Asma do município de Goiânia-GO, denominado programa

* Projeto de extensão vinculado ao Grupo de Estudos em Saúde da Mulher, Adolescente e Criança da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – GESMAC.

[†] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Coordenadora do Projeto de Extensão “Aprendendo a conviver com a Asma”. Endereço: Rua 58, Qd. B-6, Lt. 20/23, Apto 1004, Residencial Caraibas, Jardim Goiás. Goiânia-GO. CEP: 74810-250. Email: karinams.fen@gmail.com

[‡] Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Bolsista do Projeto de Extensão “Aprendendo a conviver com a Asma”.

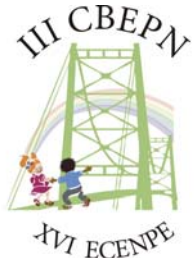
[§] Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

^{**} Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

“Catavento”. **Resultados:** Os acadêmicos do curso de Enfermagem da UFG desenvolvem, sob supervisão de seus professores, atividades de acompanhamento e educação em saúde junto a crianças e adolescentes asmáticos, assim como, seus familiares e acompanhantes. As consultas de enfermagem são sempre realizadas antes da consulta médica em ambulatório especializado (Pneumopediatria). Utiliza-se um formulário padronizado para consulta da criança ou adolescente asmático, o qual é constituído por duas partes: uma correspondente à consulta de enfermagem e outra correspondente à consulta médica. Durante as consultas de enfermagem faz-se uma avaliação sobre o uso da medicação prescrita especificamente para asma em consulta médica anterior, verificando se o dispositivo inalatório está sendo usado corretamente pela criança/adolescente, também avalia-se o conhecimento dos pais sobre o tratamento farmacológico prescrito e realiza-se o esclarecimento de dúvidas. Devido à cronicidade da doença, o tratamento de asma em crianças/adolescentes é geralmente feito a domicílio, sob a responsabilidade dos pais. De acordo com a literatura, o conhecimento dos pais e crianças/adolescentes sobre a asma podem influenciar na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no controle dos sintomas da doença. Devido à importância do esclarecimento dos pais e crianças/adolescentes sobre a asma e seu tratamento, durante o atendimento de enfermagem tenta-se criar um ambiente favorável para que exponham suas dúvidas. Também são realizadas discussões em grupo de pais e crianças/adolescentes, onde são utilizados vídeos relacionados à temática e técnicas de trabalho em grupo para incentivar a participação e troca de experiências. No que diz respeito ao tratamento farmacológico da asma, a maioria das crianças/adolescentes asmáticos utiliza medicamentos na forma de inalador dosimetrado acoplado a um espaçador ou acoplado a um espaçador e máscara. Devido à necessidade de uso destes espaçadores, à condição econômica desfavorável de algumas famílias de crianças/adolescentes asmáticos atendidas no ambulatório de Asma do HC/UFG, e ainda, devido à valorização aos aspectos relacionados à consciência e saúde ambiental, optou-se por ensinar as crianças/adolescentes e seus familiares a utilizarem espaçadores artesanais, confeccionados com garrafas pet reaproveitadas e frascos de soro. São promovidas oficinas de capacitação dos familiares para a confecção, utilização, higienização e armazenamento destes espaçadores artesanais. A eficácia do uso de espaçadores artesanais tem sido comprovada em alguns estudos, sendo recomendada a incorporação desse tipo de dispositivo no tratamento de crianças asmáticas, especialmente em populações com condições econômicas desfavoráveis. Ainda durante a consulta de enfermagem, mensura-se o pico de fluxo expiratório (PFE) pulmonar em repouso, antes e após o uso de broncodilatador pelas crianças/adolescentes asmáticos. O PFE é uma medida espirométrica, onde se avalia a velocidade com que o ar é expelido dos pulmões, com registro em L/min. Como na crise de asma, os brônquios encontram-se estreitados, obstruídos e conseqüentemente o ar passa com dificuldade, o PFE possibilita analisar o grau de estreitamento e de obstrução dos brônquios. Além disso, realiza-se avaliação do conhecimento e orientações das crianças e adolescentes asmáticos e seus familiares, quanto às medidas preventivas de controle ambiental da asma e fatores desencadeantes de crises. Nesse contexto do controle ambiental são destacados os principais predisponentes de asma e de rinite alérgica, como a hipersensibilidade aos ácaros da poeira doméstica, ao mofo, aos pêlos de animais e outros alérgenos, os quais podem estar presentes nos domicílios e são capazes de precipitar crises de asma em pessoas predispostas. Além disso, enfatiza-se a influência de fatores irritantes como a poluição ambiental, fumaça de cigarro e as mudanças climáticas. Durante as consultas de enfermagem também são feitas considerações sobre a importância do seguimento correto do tratamento farmacológico e não farmacológico, e condutas a serem seguidas diante das crises agudas. **Conclusões:** Na abordagem atual do tratamento da asma, a educação sobre a doença apresenta papel fundamental. Quando as mães/accompanhantes de crianças asmáticas estão educadas para o controle da doença de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

seus filhos, elas sabem usar adequadamente a terapêutica medicamentosa prescrita, são capazes de identificar o momento adequado de procurar o serviço de urgência e executam apropriadamente as medidas de controle ambiental. Esse projeto de extensão tem proporcionado a capacitação dos acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás quanto ao desenvolvimento de habilidades que envolvem a assistência a crianças e adolescentes asmáticos e, além disso, tem colaborado na prevenção de agravos e melhor qualidade de vida dessa clientela.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica; asma; educação em saúde.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

24 - A compreensão do lúdico para os técnicos de enfermagem em unidade de internação pediátrica

Caroline Rech*
Lenir Severo Cauduro[†]

Introdução: Para a criança, a hospitalização e o tratamento têm como significado a dor, o sofrimento, o medo e a ansiedade. Toda vez que uma criança lembra de situações de dor ou sofrimento, ela revive este sentimento, o que faz com que acabe tendo resistência ao realizá-lo novamente. A recreação tem que estar presente nos momentos mais importantes da hospitalização, e sempre que possível deve-se tirar o foco da doença/problema, e transferi-lo para a brincadeira. A criança hospitalizada em geral fica longe do convívio dos familiares, irmãos e colegas, de casa e da escola; faltas que contribuem para uma mudança de seu comportamento. O uso do lúdico, neste período auxilia a criança a entender que apesar de tudo que está acontecendo com ela e com as outras crianças ao seu redor, o hospital pode se tornar um lugar mais agradável. O lúdico é uma forma de promover melhor o cuidado integral sem danificar a imagem que a criança tem de seu cuidador quando está hospitalizada, e o brincar deve servir como um instrumento minimizador do processo, por vezes doloroso, que é a hospitalização. Ao realizar cuidados usando o lúdico os técnicos de enfermagem estão desmistificando a imagem que algumas crianças têm, de que estar em um hospital é sinal de que alguma coisa ruim ou dolorosa irá acontecer. Motivada pelas situações vivenciadas durante o estágio final denominado Internato, do curso de graduação em enfermagem realizado em um hospital pediátrico surgiu uma curiosidade em conhecer como os cuidadores entendiam o lúdico durante os procedimentos dolorosos realizados nas crianças hospitalizadas na Unidade de Internação. **Objetivo:** Identificar como os técnicos de enfermagem avaliam o comportamento da criança que usa o lúdico durante os procedimentos dolorosos na Unidade de Internação de um hospital pediátrico. **Metodologia:** O presente estudo apresenta uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório. O contexto da pesquisa foi a Unidade de Internação Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antonio (HCSA), situado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Os participantes incluídos foram quatro técnicos de enfermagem dos quatro turnos de trabalho da unidade de internação do 5º andar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Criança Santo Antonio, sob o nº. 424/08, protocolo nº. 1959/08, e do Centro Universitário Metodista do Sul IPA, sob o nº. 120/2008. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Informado, observando os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a ética na pesquisa envolvendo seres humanos. Para a coleta de informações utilizou-se como instrumento uma entrevista semi-estruturada. O método utilizado foi a análise de conteúdo onde foram destacadas as Unidades de Significados, denominadas categorias, comparando os relatos encontrados nas entrevistas com base na fundamentação teórica, a partir dos relatos coletados. **Resultados:** Foram destacadas quatro categorias denominadas: Amenizando o medo/sofrimento e melhorando o ambiente, A conversa e o “bichinho”, O visual do

* Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Metodista IPA. Aluna do Curso de Especialização em Psicopedagogia Clínica e Institucional da UniLasalle, Rio Grande do Sul, Brasil. Endereço: Av. Farrapos, 2452 – cobertura. Porto Alegre – RS. Email: carolrech_11@terra.com.br

[†] Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Professora da Disciplina de Internato do Centro Universitário Metodista IPA. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

profissional: “Lá vem a tia de branco a tia má”, e O espaço lúdico na visão dos técnicos.

Conclusões: Os resultados do estudo foram positivos, pois proporcionaram a valorização pessoal e profissional dos entrevistados. A identificação dos técnicos de enfermagem em relação ao comportamento da criança que usa o lúdico foi mais voltada para o ambiente em que ela se encontra, foi destacada a importância do brincar, e do trauma que algumas desenvolvem conforme o visual do cuidador. A cor do uniforme ajuda na aceitação do profissional pela criança, o uso de bótons, canetas coloridas, figura de bichinhos e alguns personagens facilitam o relacionamento dos profissionais. Os integrantes do estudo relataram que acreditam que crianças re-internadas, apresentam dois tipos de atitude; o pânico só de olhar para os profissionais, lembrando de tudo que já passou anteriormente, ou uma calma, uma tranquilidade, que é resultado de um bom atendimento inicial. O choro aparece somente quando sabem que alguma coisa irá acontecer ou doer. O medo e a insegurança tanto das crianças quanto dos pais foram relevantes nas falas, podendo provocar até mesmo um desequilíbrio familiar se não tiver a atenção e o atendimento adequado. Este atendimento se torna um diferencial, pois o hospital foi projetado para atender e também agradar as crianças. Bem iluminado e colorido, o hospital possui um mascote para cada andar que decora o está presente nos corredores, nas portas dos quartos, nas paredes e nas placas de sinalização. Despertando a fantasia da criança, se ameniza a relação com a doença. Ainda no corredor da unidade, ao olhar para cima é possível ver luminárias em formato espiral com diversas cores, que alegram o ambiente isto ameniza o sofrimento e distrai a criança após ser realizado um procedimento doloroso. A confiança que o cuidador desperta na criança facilita na realização do procedimento, mesmo que doloroso. Se a criança tem uma relação de “ameaça” com sua família, quando é necessário realizar algum procedimento, ela pode encarar o procedimento como uma punição, e achar que os profissionais, que estão ali só para ajudá-la, são pessoas que só provocam dor e sofrimento. Diante da dor e da possibilidade da morte, a promoção do brincar possibilitou aos profissionais viverem uma experiência diferente com cada criança. Os entrevistados entendem que lidar com a incapacidade, as limitações, poderá estabelecer outro tipo de relação com seus pacientes, e que por meio do processo lúdico se privilegie também o saudável e o prazeroso. A enfermagem da unidade em estudo valoriza o brincar, e quem não usa, atribui a falta de acesso ao tema durante sua formação. No entanto o hospital e a unidade são facilitadores para o profissional que acredita que através do lúdico o comportamento da criança durante um procedimento doloroso possa se tornar menos traumático. Relataram que a melhor forma de entender o brincar é brincando, “brincando no trabalho” que por vezes pode gerar problemas, de cansaço físico e psicológico. O brincar no hospital aparece para facilitar as rotinas, como: integralidade da atenção; adesão ao tratamento; facilidade na comunicação entre crianças - profissionais de saúde - acompanhantes; e na humanização da assistência. O brincar aparece então como ação da saúde coletiva. Os sujeitos do estudo identificaram e acreditaram que é fundamental brincar, tanto para o ser cuidado como para o cuidador, está presente na adaptação da criança e influencia positivamente em seu comportamento durante a hospitalização.

Palavras-chave: lúdico, ambiente hospitalar pediátrico, equipe de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

25 - Diabetes mellitus 1: evidências da literatura para seu adequado manejo, na perspectiva de crianças

Mariana Junco Amaral*
Valéria de Cássia Sparapani†
Luciana Mara Monti Fonseca‡
Lucila Castanheira Nascimento§

Introdução. O adequado manejo do diabetes mellitus tipo 1 tem se tornado um desafio, principalmente para as próprias crianças, em virtude da presença de comportamentos, habilidades e conhecimentos inadequados que colaboram para a não aderência ao tratamento e aumento de complicações a longo prazo. Estudos têm demonstrado que compreender as experiências de vida das crianças nos seus diversos espaços, valorizando-as e buscando maior aproximação com as mesmas, pode contribuir para a partilha do conhecimento sobre o manejo do diabetes e para o maior envolvimento da criança no cuidado. **Objetivo.** Identificar o conhecimento científico produzido acerca dos fatores relevantes para o adequado manejo do diabetes mellitus tipo 1(DM1), na perspectiva das crianças que vivem com essa doença. **Método.** Foi realizada revisão integrativa da literatura, nas seguintes bases de dados: PUBMED, CINAHL, LILACS, CUIDEN e PsycINFO, com seguintes palavras-chave, nas diversas combinações: diabetes mellitus tipo 1; criança; prevenção e controle; fatores desencadeantes; emergências; autocuidado; aprendizagem; educação em saúde. Os critérios de inclusão foram: publicações com resumo disponível e indexado nas bases de dados, no período de janeiro de 1998 a julho de 2008, cuja temática respondesse ao problema de investigação; referências em inglês, português e espanhol. Na intersecção dos descritores utilizados em cada base de dados foram encontradas 1001 referências. A leitura exaustiva dos títulos e resumos foi realizada de forma independente por dois autores e, em caso de dúvida a respeito da seleção, optou-se por incluir a publicação para decisão final conjunta com todos os autores. O confronto das referências selecionadas nesse momento resultou em 88 artigos. Na sequência, novos encontros entre os autores resultaram na exclusão de publicações cujos sujeitos da pesquisa eram somente adolescentes, revisões, dissertações e teses, e aquelas que abordavam questões genéticas, epidemiológicas, tratamentos específicos, dentre outros, obtendo-se 44 artigos. A partir desta etapa, as cópias destes 44 foram adquiridas e procedeu-se a leitura e discussão de seu conteúdo na íntegra, em reuniões presenciais entre os autores, para assegurar que os mesmos contemplavam a questão norteadora e atendiam aos critérios de inclusão. Encontraram-se novos estudos com enfoques somente em adolescentes, exames laboratoriais e complicações neurológicas e cognitivas, os quais foram excluídos, totalizando uma amostra final de 19 artigos. Para a

* Graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Capítulo *Rho Upsilon, Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado da Criança e do Adolescente – GPECCA.

† Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado da Criança e do Adolescente – GPECCA. Avenida Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. CEP 14040-902. E-mail: valsparapani@hotmail.com

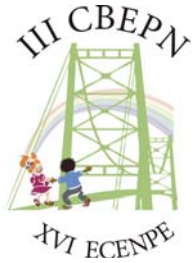
‡ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública da EERP/USP. Membro do GPECCA. E-mail: lumonti@eerp.usp.br

§ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública da EERP/USP. Membro do GPECCA, Presidente do Capítulo *Rho Upsilon*. Pesquisadora CNPq. E-mail: lucila@eerp.usp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

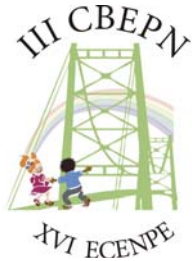
análise das referências selecionadas utilizamos um roteiro contendo os seguintes indicadores: área de atuação dos pesquisadores, ano e país de publicação, local do desenvolvimento do estudo, método, participantes, temática central e resultados. **Resultados e Discussão.** A análise das publicações selecionadas permitiu a identificação de quatro categorias. 1) *Vivendo com o diabetes: enfrentando a doença e valorizando a experiência da criança.* Para as crianças, a valorização de suas experiências e conhecimentos sobre a patologia, encarar e aceitar sua condição, crenças e sentimentos são aspectos que colaboram no adequado manejo da doença. Porém, encarar a doença como uma luta diária, medo de preconceitos e isolamento, foram apontados como aspectos que dificultam o manejo. A educação adequada no momento da descoberta do diabetes e o acompanhamento da criança pela equipe de saúde, criando vínculos e valorizando o seu conhecimento, são questões essenciais que devem ser priorizadas pela equipe de saúde. 2) *Auto cuidado e perfil glicêmico.* Os fatores positivos para o adequado manejo do DM1 incluem os valores glicêmicos dentro da normalidade e auxílio na decisão para escolhas alimentares. Já a privação de determinados alimentos, como doces, e a interrupção das atividades de lazer para lidar com as demandas da doença são pontos negativos no manejo da doença. A linguagem simples, brincadeiras, pinturas, desenhos, filmes e leituras podem estar inseridos em programas educativos, os quais podem servir como estratégias válidas para promover o aumento da expressão dos sentimentos das crianças e facilitar a interação com os profissionais de saúde, contribuindo para o aprendizado da criança. 3) *Atuação da família, amigos e profissionais de saúde.* O apoio emocional da família e dos amigos, o vínculo e a valorização da criança pelos profissionais de saúde são questões positivas apontadas para o adequado manejo do diabetes. Os ambientes estressores, as dificuldades de relacionamento com amigos e o medo de serem isoladas são relatados pelas crianças como questões que dificultam o manejo. O envolvimento dos amigos, dos pais e da família estendida reforça o apoio necessário para fortalecer o manejo, promove o aumento da autoconfiança da criança e o entendimento da importância de seguir o tratamento adequado, essenciais para o desenvolvimento do autocuidado. O profissional de saúde também foi lembrado pelas crianças como importante fonte de apoio para o adequado manejo da doença. Torna-se, portanto, indispensável o acompanhamento multidisciplinar a estes jovens nas várias fases de seu crescimento e desenvolvimento, considerando a individualidade de cada um, o meio em que vivem, suas crenças, medos e relações familiares, conduzindo-os a uma vida saudável a partir de suas potencialidades. Acreditamos que pensar em um programa de educação em diabetes passa obrigatoriamente pela organização dos serviços, qualificando o enfermeiro e sua equipe, na busca da melhora no atendimento prestado a essas crianças. 4) *Escola.* A escola foi identificada como equipamento relevante no desenvolvimento do autocuidado, tornando-se espaço essencial para a criança se desenvolver, criar e fortalecer vínculos, já que é onde ela passa grande parte do seu dia. Os estudos analisados indicaram que os jovens se esforçam para encontrar caminhos para a execução do autocuidado e adequar suas necessidades à escola, na tentativa de limitar o impacto da sua condição sobre as atividades escolares. Amigos que saibam reconhecer momentos ruins, local adequado para armazenar materiais para autocuidado e visitas escolares por profissionais de saúde foram aspectos positivos apontados pelas crianças. Falta de conhecimento e indiferença da equipe escolar, *bullying* e interrupção de atividades para realização do autocuidado são aspectos negativos lembrados pelas crianças com DM1. Quando se almeja um cuidado de saúde de qualidade, em especial do diabetes, que exige manejo diário, a aproximação da equipe de saúde nas escolas mostra-se essencial, pois este ambiente é cenário chave de atuação conjunta entre profissionais, criança e atores da escola. **Conclusão.** Na perspectiva das crianças, foram identificados fatores que influenciam o manejo da doença, de forma positiva e negativa. No cuidado dessa clientela, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem estar atentos para avaliação desses fatores, de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

modo a identificar prioridades de atenção e estratégias eficazes e criativas que potencializem os aspectos positivos e diminuam as lacunas que dificultam o adequado manejo da doença. Conceitos teóricos sobre desenvolvimento infantil, promoção de saúde, enfermagem familiar e aspectos específicos do cuidado da pessoa com diabetes precisam ser acessados e agregados ao plano de cuidado, a ser elaborado e avaliado conjuntamente com todos os envolvidos.

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo 1; criança; enfermagem pediátrica; autocuidado; educação em saúde.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

26 - Os sentimentos do enfermeiro diante da morte na uti neonatal

Bruna dos Reis Martins*
Luciana Rodrigues da Silva†
Rosimere Ferreira Santana‡

É comum encontrarmos inúmeros trabalhos, pesquisas e artigos científicos tratando sobre como a morte pode ou afeta as famílias em vários aspectos e possibilidades: crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Mas é difícil nos depararmos com a nossa realidade: profissionais de enfermagem encarando a morte dia a dia e tendo que lidar com ela, com os sentimentos que a acompanham e com a dificuldade de enfrentá-la. O profissional de enfermagem também enfrenta o luto pelo paciente que ele cuidou, chora, sente-se triste e costumamos tentar ignorar esses sentimentos, pois são ditos “não apropriados” para um verdadeiro profissional. Durante a formação acadêmica somos direcionados e até mesmo treinados para o processo cuidar- curar da vida, onde o processo de morrer é excluído, mistificando a morte, fragmentando-se o cuidar por medo da morte, como uma forma de não envolvimento com o paciente e com a família do paciente. Na enfermagem, todos os dias podemos nos deparar com a morte, principalmente em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esta morte pode ser associada como “pior” quando acontece em uma UTI Neonatal, onde o paciente, muitas vezes, nasceu e foi encaminhado diretamente para a unidade. Em uma UTI o cuidado é diferenciado, pois a presença da dor e da perda e o processo de morrer vão ser enfrentados, muitas vezes, diariamente, pelos enfermeiros. A morte da criança e do adolescente é interpretada como interrupção no seu ciclo biológico e isso provoca na equipe de enfermagem sentimentos de impotência, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia. (SPÍNDOLA, MACEDO, 1994 apud COSTA, LIMA, 2005) Essa morte é uma fonte desencadeadora de estresse emocional para o profissional, interferindo em seu rendimento. É por isso que Lopes (2001, p.2) afirma que torna-se necessário promover meios pelos quais o enfermeiro reflita sobre seu papel em relação à vivência com este RN em fase terminal. Parte-se do pressuposto que a morte é vista e experienciada de formas totalmente diferentes de pessoa a pessoa, momento a momento, ou seja, cada ser, cada cuidado e cada experiência de vivenciar a morte, é único para cada profissional. O sentimento em cada morte é diferente, assim, a partir dessa afirmação o presente trabalho busca descrever, analisar e enumerar esses sentimentos vividos pelos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Assim, ao identificar esses sentimentos e a repercussão dos mesmos no enfermeiro, aumenta a possibilidade de trabalhar com esse profissional de modo a contribuir para a compreensão de como esse profissional se sente frente ao processo de morte de um neonato. Temos como objeto de estudo os sentimentos dos enfermeiros que trabalham na UTI Neonatal diante da morte. Questões norteadoras: O enfermeiro está preparado para lidar com a morte? Esses sentimentos influenciam no processo de cuidar? Objetivos: O objetivo geral desse presente trabalho é analisar os sentimentos dos enfermeiros diante da morte na UTI Neonatal e suas relações com o processo de trabalho e formação profissional. Como objetivo específico Identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros na UTI Neonatal diante do processo

* Acadêmica do 9º período Curso de Graduação e Licenciatura de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – Monitora da Disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II. Endereço: Rua 3, Lote 10, Quadra 106 – Saco das Flores – Maricá – RJ. E-mail: brunamartins1986@yahoo.com.br

† Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Cidadania e Gerência na Enfermagem (NECIGEN).

‡ Professora Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta MEM / UFF. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG)



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de morrer. Justifica-se esse estudo pois os enfermeiros também passam pelo processo de luto diante da morte de um paciente, onde possui sentimentos relacionados à esse processo, mas muitas vezes, esses sentimentos são desprezados por se dizerem “inapropriados” a prática do enfermeiro. A relevância deste estudo é porque devemos desmistificar a morte, pois é um processo fisiológico e está presente na vida profissional do enfermeiro que trabalha em UTI neonatal. Em nossa formação acadêmica somos direcionados e até mesmo treinados para o processo cuidar-curar da vida, onde o processo de morte não é incluído, mistificando a morte e tornando-a “ausente” na vida acadêmica e profissional. Assim quando o profissional se depara com a morte não sabe como lidar e reagir perante a tal. A morte, historicamente, passando ao hospital, teve seu negar como uma ação coletiva, social. Escondeu-se o medo, o pavor, o morto e a doença incurável. Assim, a morte escondida pareceu aliviar a vida exterior ao hospital; no entanto, deu oportunidade ao trabalhador da área de saúde de lidar com ela como parte de seu cotidiano, mesmo incompreendida e aceita com restrições, gerando angústias, ansiedade e mais negação. (SILVA, RUIZ, 2003) Quando um enfermeiro cuidou do paciente por algum tempo, é possível ter sentimentos profundos e pessoais de perda e tristeza com a morte desse paciente. McPhee e Markowitz (2002) (apud POTTER, PERRY, 2006, p. 630) descreveram um desejo quase universal de se agarrar ao paciente terminal, fazendo com que a capacidade de “desapego” se torne um desafio fundamental. Quando o enfermeiro consegue se “desapegar”, existem quatro coisas fundamentais nas quais pode se agarrar: fé, lembrança, amor, e uns aos outros. Trata-se de um estudo de origem qualitativa e descritivo que utiliza-se de uma abordagem hipotético-descritiva. A técnica utilizada será de observação direta intensiva e a entrevista será semi-estruturada de perguntas abertas. A pesquisa está sendo desenvolvida em um Hospital Universitário na Cidade de Niterói, Estado do Rio de Janeiro e os sujeitos da pesquisa serão os enfermeiros (as) que trabalham na UTI Neonatal da referida instituição e que lidam com a morte do bebê. Este Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense em 03/07/2009 – CAAE nº 0116.0.258.00-09. Será assegurado o anonimato dos sujeitos de pesquisa. Os profissionais de saúde participam do morrer dos pacientes questionando sua atuação. Algumas vezes sentem-se culpados, acreditando que falharam na prestação da assistência, pois os profissionais de saúde são preparados para manutenção, preservação e recuperação da vida. Foram treinados para tal. O morrer, nesta conjuntura, emerge do fracasso, ou seja, falharam tecnicamente. (SPÍNDOLA, 1994 apud OLIVEIRA, BRÊTAS, YAMAGUTI, 2007) A utilização de referenciais teóricos na prática profissional de enfermagem torna-se um demarcador para efetivar ações de cuidar que privilegiem o ser humano inserido em um ambiente, no sentido de restabelecer a saúde por meio do cuidado de enfermagem. As proposições das teóricas de enfermagem auxiliam a organização e sistematização do cuidado, pois ao mesmo tempo oferecem concepções teórico-filosóficas e um método para implementar a prática. Cabe a cada enfermeiro escolher o referencial que melhor se articule à sua realidade para torná-lo visível e com resultados positivos ao profissional e cliente. (MATHIAS, ZAGONEL, LACERDA, 2006) Neste estudo, será utilizado a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson, que se entende por reconhecer os limites do potencial humano como variáveis ainda não exploradas, busca despertar, em ambos os atores envolvidos no processo de cuidado, o conhecimento de si mesmo como forma de ampliação das próprias capacidades de reestruturação. O processo de crescimento interior constante, que reconhece o ser humano espiritual, gera autoconhecimento, auto-respeito, autocura e entendimento para o autocuidado. (MATHIAS, ZAGONEL, LACERDA, 2006) Um dos aspectos observados mediante a iminência da morte, esta provoca nos indivíduos reações diferentes constituindo-se num complexo processo. Alguns se retraem e vivenciam o medo, outros, porém, começam a valorizar o tempo que ainda dispõem e passam a enxergar a vida de maneira mais plena o que favorece uma adaptação. (GUITIERRES, CIAMPONE, 2007) O



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

agravante, na nossa cultura, é que os profissionais de saúde, dentre esses os de enfermagem, estão despreparados para lidar com as questões relacionadas à morte e ao processo de morrer. Este tende a ser considerado um assunto menos importante nas instituições de saúde, pois a imagem do hospital é vinculada a um local de cura, e todos que o procuram têm a esperança de sair de lá curados. (GUITIERREZ, CIAMPONE 2007). A enfermagem acaba também por ter contato mais próximo com os familiares que estão vivendo situações de ansiedade e desespero diante do sofrimento e da possível perda de seu familiar; buscam respostas, querem confirmação de sua esperança de cura do paciente, sobrecarregando a equipe que tem que dar conta de um número muito grande de atividades. Mas, para o profissional, o que é mais ainda grave é não saber qual é a real situação do paciente, ou, se sabe, sente-se constrangido em dar más notícias, referentes à piora do quadro. (KOVÁCS, 2003 apud OLIVEIRA, BRÊTAS, YAMAGUTI, 2007) Promover a despedida é um momento marcante na experiência da enfermeira enquanto vivencia o processo de morte na UTI pediátrica. Impulsionada pelos recursos inerentes à sua personalidade e maturidade profissional, desenvolvidos durante os anos de trabalho, e resgatando suas crenças sobre o cuidado de enfermagem no processo de morte, ela age aproximando a família da criança, no momento de separação, demarcado pela morte da criança. A enfermeira promove a despedida por acreditar que essa é uma forma de ajudar e que a família precisa desse cuidado. Isso se viabiliza quando possibilita que a família tenha o último contato com a criança, depois de constatado o óbito. (POLES, BOUSSO, 2006).

Palavras-chave: enfermagem, sentimentos, tanatologia

Referências:

- COSTA, Juliana Cardeal da e LIMA, Regina Aparecida Garcia de. *Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto mar./abr. 2005, vol.13, no.2, p.151-157. ISSN 0104-1169.
- GUITIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello e CIAMPONE, Maria Helena Trench. *O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo dez. 2007, vol.41, no.4, p.660-667. ISSN 0080-6234.
- LOPES, Giselli Pastura. *RN fora de possibilidades terapêuticas porém ao alcance do cuidado de enfermagem*. Monografia (Pós-graduação) – IFF- Curso de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2001.
- OLIVEIRA, José Rodrigo de. BRÊTAS, José Roberto da Silva. YAMAGUTI, Lie. *Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer*. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(4):477-83.
- SILVA, Antônio Lucieudo Lorenço de. RUIZ, Erasmo Miessa. *Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem*. Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 20, n. 1, p. 15-25, janeiro/abril 2003
- POLES, Kátia e BOUSSO, Regina Szylit. *Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica*. Revista Latino-Am. de Enfermagem, Ribeirão Preto mar./abr. 2006, ISSN 0104-1169.
- POTTER, Patrícia. A, PERRY, Anne Griffin. *Fundamentos de Enfermagem*. 6^a. edição Mosby Elsevier. Rio de Janeiro 2005.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**27 - O brinquedo terapêutico no preparo da criança para a coleta de sangue:
proposta de uma cartilha educativa para os pais***

Caroline Monteiro Conceição[†]

Circéa Amália Ribeiro[‡]

Regina Issuzu Hirooka de Borba[§]

Paula Rosenberg de Andrade^{**}

Introdução: A assistência à saúde da criança passou por grandes transformações através dos tempos. Foi concentrada na recuperação do corpo anátomo-fisiológico, tendo como finalidade a redução da mortalidade. Depois, transformou-se em assistência mais integral e humanizada com ênfase no processo saúde-doença, tendo como objetivo o desenvolvimento e qualidade de vida da criança e sua família. Porém, ainda hoje, podemos observar profissionais ligados às áreas da pediatria que voltam-se exclusivamente ao cuidado curativo das crianças e esquecem-se de uma peça fundamental na atenção integral as mesmas, os pais. Os procedimentos que envolvem a utilização de agulhas, como a punção venosa, constituem-se em uma experiência estressante à criança, sendo percebida como uma invasão dolorosa em seu corpo, um ato hostil e mutilador. Os pais, por sua vez, sofrem assistindo o sofrimento do filho, junto com o filho e pelo fato de vê-lo sofrendo, em especial nas situações em que ele é submetido a procedimentos terapêuticos dolorosos na sua frente, sem que possam fazer alguma coisa para evitar ou diminuir sua dor. Para minimizar o estresse decorrente dessa vivência e preparar a criança para procedimentos tem sido recomendado o Brinquedo Terapêutico (BT), considerado um importante instrumento de intervenção de enfermagem, que tem sido utilizado sistematicamente no ambulatório do Centro Assistencial Cruz de Malta. Estudo realizado nessa instituição, com o objetivo de compreender o significado que os pais atribuem à utilização do BT no preparo de seus filhos para a punção venosa, seguida da coleta de sangue, evidenciou que os pais aprovam essa estratégia de preparo e consideram que a mesma favorece o conhecimento sobre o procedimento, diminui o medo, acalma e promove a segurança deles e da criança, além de se configurar como um atendimento de enfermagem humanizado e de qualidade à criança e família. Os resultados revelaram, também, que embora os pais aprovem o preparo com o BT e reconheçam seus benefícios, eles criam expectativas em relação ao comportamento do filho durante a coleta, que quando choram ou agridem, geram uma grande frustração, porque esperam que com o preparo, essas reações sejam minimizadas ou até suprimidas. Frente a essa contingência, eles tentam compreender porque a criança tem tais reações, buscando explicações que as justifiquem. Tais achados, nos levaram a refletir sobre a importância dos pais serem orientados e esclarecidos sobre os objetivos a serem atingidos no preparo da criança para punção venosa. Para essa finalidade, elaboramos uma cartilha de orientação aos pais sobre o preparo da

* Trabalho vinculado ao Grupo de Estudos do Brinquedo – GEBrinq

[†] Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital São Paulo. Membro do Grupo de Estudos do Brinquedo-GEBrinq. carolcarolmc@yahoo.com.br Endereço: Rua Alfredo Xavier de Andrade – Butantã CEP: 05596-030 São Paulo-SP. Telefone: (11)3467-5607 / 8276-8999

[‡] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Líder do GEBrinq. Orientadora. caribeiro@unifesp.br

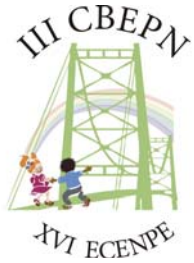
[§] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UNIFESP, Líder do GEBrinq. Co-orientadora. rihborba@unifesp.br

^{**} Enfermeira do Centro Assistencial Cruz de Malta. Mestre em Ciências e Doutoranda pela UNIFESP. Membro do Grupo de Estudos em Puericultura e do GEBrinq. paularandrade@uol.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

criança, para punção venosa. Essa estratégia baseou-se na crença de que a educação em saúde, através da linguagem escrita pode facilitar a compreensão da população assistida, relacionada a uma situação vivenciada. Um poderoso artifício de comunicação é o aspecto visual, por ser um código socialmente aceito e compreendido, dessa maneira os materiais didáticos dinamizam a atividade de educação em saúde. Uma comunicação efetiva é um dos princípios para alcançar a promoção à saúde, pois as pessoas precisam compreender realmente as informações para poderem aplicá-las. **Objetivo:** Descrever o desenvolvimento de material didático, em forma de cartilha, dirigido aos pais de crianças que serão preparadas com o BT para punção venosa. **Metodologia:** Na construção da cartilha educativa, optamos pelo texto em formato pergunta/resposta que, de acordo com a literatura torna a apresentação do conteúdo objetiva e de fácil compreensão, pois ao discutir os problemas e suas soluções, aumenta a retenção do conteúdo pelo leitor. A cartilha apresenta uma linguagem acessível para profissionais e familiares e propicia a reflexão e compreensão sobre os temas apresentados, evocando nos pais sentimentos de solidariedade e compromisso com o cuidado infantil, fortalecendo a valorização das questões da atenção integral à criança. A orientação geral para a criação de textos educativos é que não sejam usados muitos tipos e tamanhos diferentes de fontes (mais de seis), pois a página pode ficar confusa e deixar o leitor incerto a respeito do foco do trabalho; e que apenas em pontos fundamentais seja usado, negrito, tamanho e cores diferentes das letras. Dessa maneira, os textos foram elaborados utilizando-se apenas a fonte Comic Sans MS 13, um estilo de letra alegre e de fácil visualização, graças à sua forma simples e arredondada e para dar mais destaque às perguntas usou-se a fonte tamanho 18. As páginas são iniciadas com as perguntas, seguidas pelo texto das respostas. As cores foram diferenciadas de acordo com o destaque que se pretende dar ao texto: laranja para perguntas e preto para as respostas. A imagem, fator decisivo na atitude de ler ou não a instrução, deve ser amigável, chamar a atenção do público-alvo e retratar claramente o propósito do material. Foram utilizadas na capa, cores vivas para chamar a atenção e no interior há imagens de fotos de crianças, do material utilizado e do preparo sendo realizado com o BT. **Resultados:** A primeira folha da cartilha tem uma cor diferenciada, um amarelo vivo, e forma a apresentação do nosso material, falando dos objetivos e motivos pelo qual trabalhamos com o BT. Seu assunto principal refere-se ao respeito à criança com a preparação com BT. A frase “Assim podemos ajudá-las, com carinho, a entender melhor situações difíceis...” mostra que objetivamos uma assistência humanizada e com respeito. Esse aspecto do cuidado é reconhecido pelos pais, pois conforme os mesmos, através do preparo eles passam a dar valor à equipe de enfermagem. No final da mesma há um espaço para colocar o nome da criança, para dar um ar mais individualizado e infantil à cartilha. Na segunda página há uma introdução intitulada “Queridos pais, mães e responsáveis”, como um chamado que pretende dar as boas-vindas deles ao serviço e após apresenta-se o texto contextualizando e explicando a situação pela qual as crianças vão passar e o que propomos para diminuir o sofrimento delas, o BT. Na página seguinte, com a pergunta “Afinal, o que é o BT?” o explicamos, em uma linguagem acessível e de fácil compreensão o que é o BT. A segunda pergunta “Quais são os benefícios do BT?”, inicia a quarta página, sendo o texto da resposta elaborado com base nos resultados de estudo anteriormente realizado com os próprios pais: reduzir ou tirar medo, facilitar a compreensão do procedimento, acalmar e promover a segurança da criança, e deles próprios. Entretanto, sabe-se que mesmo com o preparo, as crianças podem chorar na hora do procedimento e os pais ficam decepcionados. Devido a isso a sexta página da cartilha se inicia com a pergunta “Brincando meu filho não vai chorar?” O texto dessa resposta explica aos pais sobre as reações esperadas dos filhos durante os procedimentos, e enfatiza que chorar pode ser importante para a criança extravazar seus sentimentos, mesmo que sua ansiedade tenha diminuído. Finalizamos a cartilha com uma observação relacionada ao fato dos pais



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

frequentemente relataram que não têm muito tempo disponível, pois precisam retornar com alguma urgência às suas atividades profissionais ou domésticas. Assim, inserimos a pergunta “Tenho pouco tempo! É realmente necessário que meu filho seja preparado?” e explicamos, na resposta, a importância do preparo, enfocando, inclusive, os preceitos do Artigo 18 do Estatuto da Criança e do Adolescente, segundo o qual é dever de todos zelar pela dignidade da criança ou adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. **Conclusão:** A cartilha encontra-se em fase de revisão, com vistas à futura validação junto a enfermeiros e usuários. Estamos em busca de recursos para sua reprodução, visando seu uso no serviço, doação aos pais, assim como sua divulgação por meio do envio a outras instituições de assistência à saúde que desejem utilizá-la. Esperamos que essa cartilha educativa, enquanto estratégia de educação em saúde, seja instrumento facilitador para compreensão dos pais a respeito do preparo para a punção venosa com o BT, assim como um instrumento catalisador aos profissionais de enfermagem, promovendo estímulo e interesse em utilizar o BT na sua prática assistencial, tanto hospitalar como ambulatorial.

Palavras-chave: jogos e brinquedos, educação em saúde, procedimentos clínicos, enfermagem da família, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

28 - O brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa: o significado para os pais*

Caroline Monteiro Conceição[†]

Circéa Amalia Ribeiro[‡]

Regina Issuzu Hirooka de Borba[§]

Paula Rosenberg de Andrade^{**}

Introdução: A vivência de procedimentos intrusivos que envolvem o emprego de agulhas, como a punção venosa é particularmente estressante tanto à criança como a seus pais ou acompanhantes. Esses procedimentos chegam a ser aterrorizantes e desencadeiam sentimentos de raiva, determinando que as crianças mantenham-se em constante estado de alerta, tentando reconhecer a iminência de sua aproximação. A injeção é considerada um dos eventos mais ameaçadores à criança porque é percebida como uma invasão extremamente dolorosa em seu corpo, um ato hostil e mutilador. As crianças referem que se sentem machucadas pelas agulhas e que estas desencadeiam o medo da dor e do procedimento em si. Com relação aos fatores do estresse vivido pelos pais, destaca-se o sofrimento com o ritual dos procedimentos. A mãe sofre assistindo o sofrimento do filho, sofre com o filho e sofre pelo fato de vê-lo sofrendo, em especial, nas situações em que ele é submetido a procedimentos terapêuticos dolorosos à sua frente, sem que possa fazer alguma coisa para evitar ou minimizar sua dor. Após a punção venosa, o comportamento do filho faz com que a mãe conclua ser uma experiência dolorosa para ele; pois aquele momento ficou na lembrança do filho como algo ruim, porque talvez, para ela, também tenha sido uma experiência que trará lembranças de dor e sofrimento. Embora reconheça sua necessidade e importância na terapêutica da criança, ela sofre com o sofrimento do filho, sente dó, sente-se mal e culpada; sendo que certas mães participam do procedimento e outras preferem não presenciá-lo. Na tentativa de minimizar o sofrimento da criança, um dos recursos que têm sido preconizados na assistência de enfermagem é o Brinquedo Terapêutico (BT), que é reconhecido como importante instrumento de intervenção no preparo da criança para procedimentos, favorecendo sua compreensão, minimizando o estresse decorrente dessa vivência e promovendo seu bem-estar psicofisiológico. Para tanto, o BT é usado em sua modalidade Instrucional (BTI), que objetiva explicar o procedimento à criança por meio de sua demonstração e/ou dramatização, possibilitando-lhe visualizar e manusear os materiais que serão utilizados ou brinquedos que os representem. A utilização do BT atende ao preconizado pela resolução 295/2004 do Conselho Federal de Enfermagem que estabelece a competência do enfermeiro para uso dessa intervenção na assistência à criança e família, assim como cumpre as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente, segundo o qual é dever de

* Trabalho de Iniciação Científica – PIBIC, vinculado ao Grupo de estudos do Brinquedo - GEBrinq

[†] Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital São Paulo, ex-bolsista de Iniciação Científica do Projeto PIBIC da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Membro do Grupo de Estudos do Brinquedo-GEBrinq. carolcarolmc@yahoo.com.br Endereço para contato: Rua Alfredo Xavier de Andrade – Butantã CEP: 05596-030 São Paulo-SP. Telefone: (11)3467-5607 / 8276-8999

[‡] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Líder do GEBrinq. Orientadora. caribeiro@unifesp.br

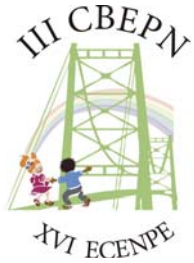
[§] Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UNIFESP, Líder do GEBrinq. Co-orientadora. rihborba@unifesp.br

** Enfermeira do Centro Assistencial Cruz de Malta. Mestre em Ciências e Doutoranda pela UNIFESP. Membro do Grupo de Estudos em Puericultura e do GEBrinq. paularandrade@uol.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

todos zelar pela dignidade da criança ou adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. Pais de crianças atendidas no Centro Assistencial Cruz de Malta- CACM, onde o BTI é utilizado sistematicamente, no preparo da criança para coleta de sangue têm, informalmente, referido seu efeito benéfico sobre o comportamento dos filhos. Aprofundar a compreensão dessa vivência é relevante, não só por considerarmos os pais parceiros na tomada de decisão sobre a assistência a ser prestada aos filhos, como para avaliar uma ação assistencial implantada, a partir do ponto de vista da própria população atendida e no sentido de contribuir com a construção de conhecimento sobre a temática. **Objetivo:** Compreender o significado atribuído pelos pais, a respeito da utilização do BT no preparo de seus filhos, para a punção venosa seguida da coleta de sangue. **Metodologia:** Estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado no ambulatório do CACM, instituição filantrópica conveniada ao SUS da cidade de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa foram oito pais/responsáveis pelas crianças submetidas à coleta de sangue, que foram preparadas com o BTI para esse procedimento. Por ser um trabalho qualitativo, o número de sujeitos foi determinado pelo processo de saturação, cessando quando os dados coletados tornaram-se repetitivos, permitindo a compreensão da vivência estudada. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas iniciada com a pergunta: “o que o senhor (a) achou do preparo de seu filho para a coleta de sangue com o BT?”, que foram gravadas e transcritas na íntegra. Após a leitura cuidadosa e repetida das entrevistas, os dados foram submetidos à análise qualitativa de conteúdo, seguindo as etapas de codificação e categorização na busca de construção de categorias temáticas representativas do fenômeno estudado. **Resultados** A análise comparativa dos dados permitiu compreender que os pais aprovam o BT como intervenção de preparo da criança para a coleta de sangue e consideram seus resultados satisfatórios por promover o conhecimento da criança sobre o procedimento a ser realizado; diminuir o medo e acalmar a criança; promover a segurança da criança e dos pais, assim como a distração da criança, além de reduzir o tempo do procedimento e evitar a necessidade de contenção do filho. Eles reconhecem sua importância mesmo quando a criança demonstra medo e reage chorando no momento do procedimento e embora cheguem a ficar até decepcionados com tais reações, atribuem-nas ao trauma decorrente de experiências anteriores como hospitalizações e convivência com profissionais indiferentes ao sofrimento na criança, quando realizam procedimentos sem o preparo adequado. Eles consideram que essa prática promove um atendimento humanizado à criança e sua família, fazendo a diferença no sentido de uma enfermagem de qualidade. Tais achados encontram-se revelados nas seguintes categorias temáticas e suas subcategorias: *Sendo a coleta de sangue fonte de sofrimento aos pais* - Sofrendo com o sofrimento da criança; Conformando-se pela necessidade do procedimento; *Reconhecendo os benefícios do BT à criança* - Acalmando e tranquilizando a criança; Distraíndo a criança; Tirando o medo; Favorecendo a compreensão e aceitação; Promovendo a segurança da criança. *Reconhecendo os benefícios do BT aos próprios pais* - Acalmando e tranquilizando os pais e Promovendo segurança para os pais; *Aprovando o preparo da criança com o BT*; *Frustrando-se com a reação da criança* - Frustrando-se pela criança manter o mesmo comportamento; Não compreendendo o motivo da reação do filho; Tentando compreender o comportamento do filho; *Surpreendendo-se com a proposta e os resultados do preparo* - Vivenciando pela primeira vez o preparo e Reconhecendo a diferença e *Reconhecendo a evolução e o valor da equipe de enfermagem*. **Considerações finais:** Consideramos que o objetivo do estudo foi alcançado e que o BT mostrou-se importante também para os pais, proporcionando-lhes alívio, confiança, segurança e tranquilidade na hora de levar a criança para realizar uma coleta de sangue. Os resultados, reiteram a importância do BT integrar o planejamento da assistência à criança e à família. Assim, ressaltamos que sua prática seja sistematicamente utilizada como intervenção



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de enfermagem, independente do cenário onde esta população esteja sendo atendida e recomendamos que outros estudos sejam desenvolvidos com o emprego do BT em ambulatórios e unidades básicas de saúde.

Palavras-chave: jogos e brinquedos, procedimentos clínicos, assistência ambulatorial, enfermagem da família, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

29 - Ser-adolescendo que tem aids: cotidiano e possibilidades de cuidado de si

Cristiane Cardoso de Paula^{*}
Ivone Evangelista Cabral[†]
Ivis Emília de Oliveira Souza[‡]

Crianças infectadas por transmissão vertical do HIV transitam da infância para a adolescência, e pouco se sabe sobre seu cotidiano¹⁻⁷. Objetivou-se compreender as possibilidades de cuidado de si do ser-adolescendo que tem aids, na perspectiva da hermenêutica heideggeriana⁸. Após a aprovação pelo Comitê de Ética de cada instituição, a entrevista fenomenológica foi desenvolvida com 11 meninos/as, não-institucionalizados, de 12-14 anos, que conheciam seu diagnóstico e eram atendidos em três hospitais universitários do Rio de Janeiro. Os resultados apontaram que o ser-adolescendo se anuncia, se reconhece como adolescente e, às vezes, ainda quer ser criança. Relaciona-se com familiares e amigos e mantém atividades do dia-a-dia e lazer. Pensa em estudar, trabalhar e namorar. Expressa que ter o vírus é ruim; sabe que adquiriu a doença da mãe; constata que ter familiares doentes ou que já morreram é motivo de tristeza. Lembra como soube de sua condição sorológica e que disseram que não poderia contar para ninguém por causa do preconceito. Compreende-se como sendo normal, apesar do vírus. Cuidar de si é algo que tem que fazer e precisa querer fazer. Por conta da doença, tem que ir ao hospital e tomar remédios, mas é difícil e precisa de ajuda de alguém. Foi possível compreender que o ser-adolescendo que tem aids projeta-se como ser-de-possibilidades⁽⁸⁾. Seus modos-de-ser no cotidiano des-velam um movimento existencial da inautenticidade à autenticidade⁽⁸⁾. A inautenticidade foi evidenciada no modo da impessoalidade, temor, ocupação, falatório e ambigüidade⁽⁸⁾. A impessoalidade relaciona-se à dupla-facticidade de estar adolescendo e ter aids, ou seja, desses fatos não pode fugir, pois são inerentes à sua situação de crescimento/desenvolvimento e de saúde/doença. Ao estar adolescendo, mostra-se como todos os adolescentes na maneira de agir, de comportar-se, na aparência, no humor. Não fala que tem o vírus, sequer nomina o que sabe que tem. Não se assume em sua singularidade, mantém-se na identidade de adolescente e no anonimato de sua condição sorológica. Nivela-se naquilo que é comum e esperado por todos, pois ser considerado diferente o expõe aos rótulos, o que dificulta a convivência. O temor re-vela-se no enfrentamento da aids na família. Sobre a aids, sabe que é uma doença até então sem cura, um vírus no sangue da sua mãe que passou para seu sangue no nascimento, o que, em alguns casos, determinou a morte de seu pai e/ou mãe. Sabe, ainda, que não deve falar sobre isso com outros por causa do preconceito. Na infância, manteve-se ocupado com aquilo que profissionais e familiares diziam que devia fazer (ir às consultas, fazer exames, tomar remédios) e como fazer (quando ir ao hospital, os resultados esperados nos exames e os horários determinados dos remédios). Mantém no falatório em que repete o discurso biomédico, que escuta desde pequeno, utilizando um discurso herdado para explicar suas necessidades e atitudes. Restringe-se a saber sobre a doença somente

^{*} Enfermeira. Doutora pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da UFSM/RS. cris_depaula1@hotmail.com

[†] Enfermeira. Doutora pela EEAN/UFRJ. Pós Doutorado na McGill University (Canadá). Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Pesquisadora do CNPq e Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (UFRJ). Diretora do CEPEn da ABEn-Na. Orientadora da Tese. icabral@superig.com.br

[‡] Enfermeira, Doutora pela EEAN/UFRJ. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Co-orientadora da Tese. ivis@superig.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

aquilo que as pessoas lhe dizem. Acredita que, repetindo as informações, já compreenderão tudo. Porém, essa atitude vela a compreensão autêntica do ser, que vai além de ouvir, repetir e ocupar-se com aquilo que sempre foi dito, mas passa pelo questionamento e pela discussão(8). A ambiguidade aparece quando diz que é adolescente como todos, mas que cada pessoa é diferente da outra, ou que é normal ter o vírus, mas ter que tomar remédios não é normal. Então, tudo parece ter sido compreendido, quando não foi. Por vezes, o ser-adolescendo mostra-se no movimento fugaz e raro da autenticidade. Assim, angústia, em que o ser se coloca diante de si mesmo, passa a olhar para o próprio eu, em sua história, suas vontades, necessidades e possibilidades. Assim, o ser-adolescendo se compreende como ser humano que não deixa de ter vida por causa da doença, que precisa pensar em si, buscar saber quem é e querer seu próprio bem. Reflete que, se tiver atitudes de descuido consigo, não estará atingindo outras pessoas, mas a si próprio. Ao transitar da infância para a adolescência, passa a se pré-ocupar consigo mesmo, em sua condição de saúde e em suas relações. Acontece, então, o movimento de um cuidado, de início e na maioria das vezes, dependente de profissionais e de familiares para um cuidado compartilhado com os outros. Emerge, assim, a possibilidade de aprender a cuidar de si. Conclui-se a aids determinou uma necessidade especial na saúde das crianças infectadas por transmissão vertical do HIV: a dependência da tecnologia medicamentosa. Essa facticidade envolve-a numa rede de cuidados profissional e familiar. Durante a infância, necessita integralmente do cuidado familiar; na transição da infância para a adolescência, des-cobre a possibilidade de cuidar de si, a partir de responsabilidades com-sigo e de ajuda com-familiares. Assim, o ser-adolescendo revela-se no movimento de ser-cuidado-por para ser-cuidado-com. A contribuição encontra-se no desvelar de possibilidades na interface entre o cuidado de si e o cuidado familiar e institucional. O movimento de autonomia para o cuidado de si está sendo des-coberto pelo ser-adolescendo, que necessita ser apoiado para apropriar-se de responsabilidades com sua própria saúde. Cada um tem seu modo próprio de vir-a-ser, no projetar-se em seu desenvolvimento em direção a refletir, entender e assumir suas possibilidades e limitações. Assim, a criança que tem aids precisa conhecer seu diagnóstico, a partir de um processo de revelação compartilhado entre familiares e profissionais, o qual lhe proporcione acompanhamento, apoio/ajuda no processo de olhar para si, compreender-se nessa situação sorológica, expressar sentimentos e posicionar-se diante dos outros e de si. Conhecendo seu diagnóstico, tem possibilidade de, paulatinamente, cuidar de si, comprometendo-se com suas necessidades de saúde, buscando manter acompanhamento hospitalar, fazer exames, tomar remédios, alimentar-se e exercitar-se para controlar sua imunidade. Entretanto, o cotidiano apresenta desafios para o cuidado de si: a necessidade tomar os medicamentos desde que eram pequenos e sem saber se um dia poderão parar; o esquema de horários; a quantidade e o tamanho dos comprimidos, e os efeitos colaterais. Tudo isso faz com que o tratamento interfira nas atividades diárias e na relação com as pessoas. O cuidado familiar pode dar-se pelo incentivo diário do tratamento e pela ajuda no gerenciamento dos horários das medicações, substituindo as cobranças, que os angustiam, pelo estímulo produtivo. Precisam de apoio, pela demanda das dificuldades enfrentadas devido ao silêncio que assumem para se proteger do preconceito. No cenário do serviço de saúde, o cuidado profissional pode ser o apoio ao ser-adolescendo e à família, ue favoreça as pessoas a expor suas dificuldades no cuidar da saúde. Os profissionais precisam ouvir a família em relação ao cotidiano de desenvolvimento do ser-adolescendo e ao cotidiano medicamentoso. Além de ajudar os familiares a apoiar o ser-adolescendo na singularidade daquilo que é enfrentado em casa, na escola e na comunidade. Ambos cuidadores, sejam familiares ou profissionais, precisam compreender que a transição da infância para a adolescência integra um movimento em que começam a perder o controle sobre o ser-adolescendo, para oportunizar-lhe a conquista de sua autonomia. Isso gera sentimentos de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

impotência, mas é importante que esse movimento do ser-adolescente seja respeitado e que ele receba ajuda para caminhar em direção ao aprendizado e à prática para cuidar de si. Portanto, esse cotidiano de estar adolescendo e ter aids está apontando um desafio para o processo assistencial: conjugar a dimensão biológica e a existencial de cuidado do ser na transição da infância para a adolescência. Aí reside a contribuição para os profissionais de saúde, no atendimento às necessidades especiais de saúde, articulando ao agir profissional à dimensão fenomenal da integralidade e da subjetividade.

Palavras-chave: saúde do adolescente, saúde da criança, síndrome de imunodeficiência adquirida.

Referências:

1. Tavares MCT. A experiência de adolescer com aids [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
2. Souza IAA. Adolescência e soropositividade: sentidos/significado do (con)viver enquanto portador do vírus HIV [dissertação]. Curitiba: Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Paraná; 2003.
3. Tomaz TB. Avaliação da proteção social a população infanto-juvenil: um estudo a partir das crianças e adolescentes com HIV e aids [dissertação]. João Pessoa: Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba; 2003.
4. Ferreira FGF. Determinantes da adesão a terapia anti-retroviral em crianças infectadas pelo HIV [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
5. Cruz EF. Espelhos d'AIDS: infâncias e adolescências nas tessituras da aids [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
6. Baricca AM. Vivendo e crescendo com HIV/aids [tese]. São Paulo: Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2005.
7. Lima AMA. O adolescer como portadora de HIV/AIDS: um estudo com adolescentes e suas cuidadoras-familiares [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
8. Heidegger M. Ser e Tempo. Parte I. Petrópolis: Vozes; São Paulo: Universidade São Francisco; 2002.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

30 - Prática de aleitamento materno em crianças de 0 a 1 ano de idade em uma operadora de saúde do Município de Guarulhos - São Paulo

Harada MJCS*
Komukai IN[†]
Buosi ER[‡]
Levatte ASG[§]
Miranda LASSB^{**}

Introdução: O leite materno é fundamental para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida, por ser um alimento completo, fornecendo inclusive água, com fatores de proteção contra infecções comuns da infância, isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo da criança. O ato de amamentar é importante para as relações afetivas entre mãe e filho, favorece o desenvolvimento neuropsicomotor saudável do lactente, bem como prepara o novo indivíduo às possíveis adversidades de saúde, principalmente afecções respiratórias.¹ A OMS² confirma as vantagens da amamentação, recomenda o aleitamento materno de forma exclusiva até o sexto mês de vida e continuado até os dois anos de idade. Observa-se na prática que as ações de promoção do aleitamento materno priorizam os aspectos biológicos, sendo necessário por parte dos profissionais de saúde, avançar nos aspectos sociais, políticos e culturais que condicionam a prática da amamentação. Para atingir esse propósito, estes devem ainda possuir conhecimentos atualizados sobre o tema e habilidades para orientar o manejo da lactação. Deste modo, acredita-se que programas construídos alicerçados na promoção da saúde da criança possibilitem uma maior integração entre profissional da saúde, binômio mãe-filho e família, e, por conseguinte um desenvolvimento e crescimento saudável da criança. **Objetivo:** Conhecer a prática de aleitamento materno de crianças de 0 a 1 ano de vida, com a finalidade de desenvolver estratégias para a prática do aleitamento materno exclusivo em nossa população. **Metodologia:** Esta pesquisa foi realizada em uma operadora de saúde do município de Guarulhos - São Paulo, Seisa – Serviços Integrados de Saúde, que caracteriza-se por prestar serviços na área de Assistência Médica Regional e abrange também municípios do entorno; possui aproximadamente 200 mil associados, predomina planos empresariais, com perfil demográfico de 35% da população encontra-se na faixa etária de 0-18 anos, 60% entre 19-58 e apenas 5% maiores de 59 anos. O número de nascimento por mês é em média de 128 bebês, e anual de 1440 recém-nascidos. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética da referida instituição. Para delimitação da amostra foi consultado um estatístico, a fim de se estimar o número adequado de entrevistas para realização da análise dos dados, quando se decidiu que seria em torno de 350, pois com este número, seria possível realizar tratamento dos dados, considerando-se o número de variáveis do estudo. Assim, a amostra foi composta por 416 questionários, um pouco a mais do estimado, por segurança caso algum não fosse possível ser computado no banco de dados. Em virtude de seis questionários não estarem de acordo com o processo estabelecido, foram retirados da análise, permanecendo uma amostra total de 410 questionários. A coleta de dados foi realizada no período de 23/10 a 16/11/2007, em um

* Enfermeira. Dra em Enfermagem pela Unifesp, coordenadora de Projetos da Seisa. E-mail: jjharada@uol.com.br
Rua Prof. Ferreira Paulino 169 ap.92 - Vila Augusta Guarulhos – SP. CEP- 07025-020

[†] Enfermeira. Promotora da Saúde. Coordenadora do Programa Criança Saudável Seisa

[‡] Enfermeira. Especialista em pediatria pela Unifesp

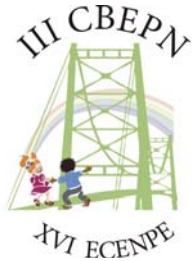
[§] Enfermeira. Coordenadora de Enfermagem Seisa

^{**} Psicóloga. Gestora da Operadora de Saúde. Seisa.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

centro clínico de pediatria desta instituição, na unidade de Guarulhos, com todas as crianças que tinham entre 0 a 12 meses de idade, o acompanhante concordasse em participar do estudo, serem conveniados com a operadora, estarem aguardando atendimento no centro clínico de pediatria. A entrevista foi realizada por equipe multiprofissional, após treinamento realizado pela coordenadora da pesquisa. Para tanto, foi escrito um manual de treinamento, objetivando padronizar a coleta de dados, que foi entregue no momento do treinamento, contendo orientações gerais sobre o correto preenchimento do questionário, objetivos da pesquisa, postura do entrevistador, forma de abordagem dos participantes, como proceder em caso de rasuras, abordagem sobre a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual tivemos quatro recusas no momento da entrevista propriamente dita. Após treinamento foi realizado um teste piloto, em outro centro de atendimento, perfazendo um total de 20 entrevistas. Após análise deste, foi realizado um reforço no treinamento, tirado dúvidas sobre o processo e alterado manual de instrução conforme avaliação do grupo. Estes questionários não foram computados no banco de dados final. Para garantir a coleta de dados do universo de crianças atendidas no Centro Clínico no qual foi realizado o estudo, os entrevistadores permaneciam por todo o período de atendimento e se alternavam por meio de uma escala previamente estabelecida. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário semi-estruturado elaborado pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo³, adaptado para nosso serviço, a partir de recomendações da OMS para inquéritos que visam identificar a situação de aleitamento. Tal instrumento foi composto de dados que envolviam variáveis: socioeconômicas; demográficas; sobre a prática de aleitamento materno e alimentação infantil nas últimas 24 horas, além de dados sobre a reprodução materna. O questionário contava ainda, com um bloco de questões a serem aplicadas apenas se o acompanhante da criança fosse sua mãe, biológica ou adotiva. Vale informar que a utilização deste questionário foi autorizada por um dos autores do estudo supra citado. Este instrumento foi também utilizado por outros autores e publicado em revistas especializadas. **Resultados:** Características infantis: houve uma distribuição uniforme entre as faixas etárias, tendo o sexo masculino uma discreta predominância, com 54,6%; a maioria (89%) nasceu com acima de 2.500g, de parto cesárea (52,2%), e 93,7% no município estudado. Características maternas: a maioria das mães (82,4%), encontrava-se na faixa etária entre 21 a 40 anos, 63,2% tinham entre 8 a 12 anos de estudo, somente 1% referiu não ter nenhuma escolaridade, sendo que 79% não trabalhavam fora de casa. Em relação à quantidade de filhos, 56,6% referiram ser o primeiro. Resultados relacionados ao tipo de aleitamento: verificou-se um índice de 17,3% de amamentação exclusiva, 12,9% de predominante, 34,4% em aleitamento, 35,4% não amamentavam. Nesta pesquisa utilizou-se as seguintes definições.⁴ *Aleitamento Materno Exclusivo (AME):* a criança recebe apenas leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite materno ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos. *Aleitamento Materno Predominante (AMP):* a fonte predominante de nutrição da criança é o leite materno. Porém, a criança também pode receber água e bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá, etc); suco de frutas; solução de sais de hidratação oral (SRO); vitaminas, minerais e medicamentos em gotas ou xaropes, e líquidos cerimoniais (em quantidades limitadas). *Aleitamento Materno (AM):* a criança recebe leite materno (diariamente no peito ou ordenhado) independente da ingestão de alimentos sólidos, semi-sólidos e líquidos, incluindo leite artificial. **Conclusão:** Os resultados analisados neste estudo quanto à prática de aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida é baixo, comparando-se com as recomendações sugeridas pela OMS, estes dados ficam ainda mais preocupantes quando verifica-se na população estudada que esta não possui alguns determinantes de risco para introdução de outros alimentos como: baixa escolaridade; maternidade precoce e primiparidade. Apesar de investimentos realizados no país com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

relação ao incentivo da prática de aleitamento materno, observa-se que baixo percentual de crianças se beneficia dessa prática, principalmente da sua exclusividade até seis meses de vida. A heterogeneidade da prática de aleitamento materno demonstrada por meio de estudos realizados em nosso país, justifica-se a necessidade e importância de se desenvolver pesquisas nesta área de conhecimento no sentido de subsidiar o planejamento e implementação de estratégias de intervenções que melhorem esta prática. No presente estudo evidenciou-se que a prática do aleitamento materno deve ser incentivada em nosso serviço de forma estruturada, com envolvimento da equipe de saúde e ainda como uma política institucional. Com o propósito de concretizar esta prática foi implantado o Programa Criança Saudável. Este programa objetiva, além do incentivar a prática de aleitamento exclusivo até o sexto mês, criar um modelo de atenção integral à saúde da criança, com incorporação de outras ações promotoras de saúde e de prevenção tais como: desenvolvimento do vínculo mãe e filho por meio de grupo de massagem; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; imunização; implementação de medidas de segurança no ambiente doméstico, dentre outros, além de fidelizar o paciente com o profissional. Dados preliminares de avaliação, após cinco meses de sua implantação, demonstrou um aumento nos índices de AME em 50,3%, e diminuição das taxas de AMP para 11,6%, AM para 9,7%. Está programado para novembro de 2009, a repetição do inquérito, utilizando a mesma metodologia, quando o Projeto terá dois anos de funcionamento.

Palavras-chave: aleitamento materno, saúde da criança, serviços de saúde.

Referências:

1. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em : <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/guiaao.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2008
2. WHO (*World Health Organization*). Alimentação Infantil: bases fisiológicas. Brasília: 1997
3. Souza SB, Szarfarc SC, Souza JMP. Prática alimentar no primeiro ano de vida, em crianças atendidas em centros de escola do município de São Paulo. Ver. Nutr., Campinas, 12(2):167-174, maio/ago.,1999
4. Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Ver Saúde Pública 2002;36(3):313-8



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

31 - A importância do indicador de enfermagem no processo de qualidade

Sandra Mara R. Fontes

Introdução: A busca pelo alcance da qualidade pelos serviços de saúde, vem sendo cada vez mais discutida e compartilhada entre a equipe multiprofissional, sobretudo os que atuam na esfera gerencial. A enfermagem como parte integrante de instituições complexas, enfrenta inúmeros desafios para atender os clientes, a fim de alcançar a excelência da qualidade assistencial. O crescimento e o desenvolvimento de novas tecnologias, que gradualmente foram incorporadas às atividades diárias na área da saúde, tornou-se um desafio para os profissionais que, por um lado facilita o trabalho, mas por outro impõe a necessidade de informações atualizadas. Somente ter um sistema informatizado não garante que teremos o resultado da prática de enfermagem traduzido em indicadores, pois é necessário reconhecer quais dados são fundamentais para descrever e assim traçar os indicadores de qualidade. Deste modo é necessário que os enfermeiros possam definir um conjunto de dados mínimos necessários para a descrição e monitoramento de sua prática. Observamos ainda uma população cada vez mais consciente de seus direitos, exigindo serviços de saúde de qualidade a preços compatíveis. A enfermagem inserida neste novo contexto reconhece a necessidade de evidenciar sua prática através de resultados, e uma das formas encontradas é a monitoração dos indicadores de qualidade de enfermagem. O indicador é uma unidade de medida de uma atividade com a qual se está relacionando, ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço (Jcho, 1992). **Objetivo:** mostrar a importância dos indicadores de enfermagem para a qualidade do serviço, tornando-o um diferencial necessário para atender a uma sociedade cada vez mais exigente, que envolve não só o usuário, como também os gestores. **Método:** descritivo e prospectivo, com intervenção ativa da enfermagem, na apuração das taxas de não conformidades de procedimentos de enfermagem, trocas de artigos e equipamentos hospitalares utilizados nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica e semi-intensiva, totalizando 32 leitos, conforme rotina preconizada pela CCIH e pela coordenação da unidade. Os seguintes indicadores foram avaliados: 1) Acessos venosos, 2) Infusões, 3) Respirador, 4) Vias aéreas, 5) Sondas, 6) Curativos, 7) Capotes, 8) Almotolias. Através de uma planilha em Excel para coleta dos dados, a Enfermeira aplicava o check-list acompanhada do técnico de enfermagem responsável pelo paciente. De acordo com as não conformidades encontradas, a Enfermeira aplicava o treinamento em serviço. As visitas foram realizadas uma vez por semana, sem dia fixo, em todos os leitos. **Resultado:** entre julho de 2008 e fevereiro de 2009, os índices de não conformidades foram mensurados sob forma de percentagem, sendo verificado queda em praticamente todos os indicadores: 1) Acessos venosos: identificação punção periférica 55% para 4%, troca do acesso periférico 5% para 4%, identificação do acesso profundo 20% para 0%, curativo do acesso profundo 8% para 5%, 2) Infusões: data do equipo 27% para 5%, troca do equipo 2% para 0%, Identificação BI 65% para 1%, troca de infusões contínuas 0% para 2%, preenchimento completo do rótulo 100% para 11%, 3) Respiradores: identificação circuito 48% para 0%, troca circuito 3% para 0%, identificação do equipo da água 8% para 0%, troca do equipo da água do umidificador 5% para 0%, identificação do frasco de água 5% para 0%, umidificador com água 11% para 20%, 4) Vias aéreas: identificação do frasco de aspiração 48% para 0%, troca do frasco de aspiração 4% para 13%, identificação oxigenioterapia 75% para 12%, troca oxigenioterapia 0% para 12%, troca AMBU 36% para 0%, fixação TOT 0% para 0%. 5) Sondas: fixação de sondas 8% para 0%. 6) curativo: identificação do curativo 53% para 7%, troca do curativo 0% para 0%, 7) Capotes: identificação do capote 12% para 5%, troca do capote 12% para 0%, 8)



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Almotolia: troca das almotolias 5% para 11%, identificação das almotolias 8% para 11%.

Discussão: Após oito meses, podemos observar uma melhora significativa da maioria das não-conformidades encontradas. Durante o levantamento dos indicadores, foi detectado a necessidade de um aumento dos artigos hospitalares, para viabilizar as rotinas determinadas. O treinamento em serviço foi de grande valia, para o alcance deste resultado. Proporcionado em tempo real de trabalho – provou ser a forma mais efetiva para facilitar a aprendizagem e a compreensão no contexto organizacional e operacional. O fator mais influente na aprendizagem e nas mudanças, é a prática constante e o conhecimento atualizado. A melhoria contínua da qualidade assistencial, no sentido de atingir a excelência, é um processo dinâmico e exaustivo de identificação constante dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem, e requer do profissional enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (Fonseca et al, 2005). As demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais e atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar ações e serviços relevantes e de qualidade. A meta de aprimorar tais indicadores deve ter origem naqueles que estão em contato direto com os pacientes, como os enfermeiros e técnicos de enfermagem assistenciais. O saber fazer deve ser um saber fazer bem, que leve em conta os aspectos técnicos, políticos e éticos. Para o profissional de saúde, não basta saber é preciso "articular responsabilidade, liberdade e compromisso" (Cortez; 2003). **Conclusão:** a utilização de indicadores de qualidade nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal é uma ferramenta útil na tomada de decisões acerca de medidas necessárias para o controle de qualidade, bem como otimização de recursos financeiros empregados nas instituições de assistência à saúde. Desta forma torna-se possível modificar e aprimorar sua prática, por meio de comparação e troca de informações entre as unidades do hospital. A definição de dados mínimos e o estabelecimento de indicadores são fundamentais para o reconhecimento da enfermagem enquanto uma profissão de valor. A demonstração da importância do emprego de indicadores de qualidade da assistência no gerenciamento dos serviços de enfermagem, possibilitou à instituição a visualização do atendimento prestado com o tributo de qualidade.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

32 - Informações sobre fissura labiopalatal em espaços virtuais: um estudo de enfermagem

Monique Abreu Silvino*
Ivone Evangelista Cabral†

A mortalidade infantil está associada à saúde materna, a qualidade e acesso a serviços, condições socioeconômicas e as práticas de saúde. Na última década, houve diminuição de óbitos por causas infecciosas e aumento por malformações congênitas. As fissuras labiopalatais em crianças destacam-se entre os defeitos osteomusculares, com necessidade de tratamento e intervenção precoce, a incidência das fissuras labiopalatais, é de 1:700 nascidos vivos na população mundial. No Brasil, 2:1000 nascimentos apresentam fissuras labiopalatais e a mortalidade no primeiro ano de vida está em torno de 30%. As fendas palatinas são defeitos congênitos que ocorrem durante o início do desenvolvimento embrionário e as causas possíveis incluem exposição a drogas maternas (antagonistas do ácido fólico, valproato, difenilhidantoína, fenobarbital, trimetadiona, corticóides, ácido retinóico), fatores genéticos, malformações sindrômicas complexas, alguns fatores ambientais envolvidos na etiologia, como vírus e pesticidas, somam-se à desnutrição, fumo e álcool, contribuindo como causa. O tratamento inclui o fechamento cirúrgico que muitas vezes, requer, dependendo do grau de deformidade, um período de correções individualizado, e uma equipe multidisciplinar para acompanhamento. No Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2006, houveram 117 internações para cirurgias múltiplas de crânio e face em pacientes com lesões de lábio e palato; já em 2007, esse número foi de 122 internações. Mesmo diante desses dados é notada a insuficiência de um sistema público de saúde e de resposta dos governos à problemática dos defeitos congênitos. O enfermeiro deve estar inserido, nessa lógica, como produtor de cuidado, que não se encerra apenas na execução de procedimentos, mas que realiza ações centradas nas necessidades do paciente buscando saberes que se desdobrem em atos de saúde para integrar o direcionamento adequado do paciente e da família para serviços de tratamento. Para isso, é preciso conhecer a rede de serviços de saúde, isto é, conhecer sua organização e as formas de acesso. Considerando que as informações sobre saúde em espaços virtuais constituem uma nova realidade no mundo de hoje, entendo que a internet possibilita espaços sociais virtuais que é marcado pela comunicação instantânea e favorecem a interação entre diversos atores, seus valores, interesses e experiências vividas em diversos contextos sociais. Há necessidade de esses recursos serem fontes qualificadas na mediação de saberes. Portanto, investigou-se as informações sobre fissuras labiopalatais que circulavam virtualmente, no ano de 2008, com os objetivos de identificar as comunidades em um site de relacionamento; relacionar e analisar as informações sobre centros e associações, com destaque para o Rio de Janeiro. Procurando elucidar questões como: Que centros de tratamento eram conhecidos pelos integrantes de comunidades virtuais e sites de relacionamentos? Que associações se apresentam nesses espaços? Que tipo de informações constituem esses espaços? Em que endereços da internet familiares podem obter informações sobre fissuras labiopalatais em crianças e adolescentes? No estudo qualitativo e exploratório utilizou-se a internet como fonte de dados no período de 15 de fevereiro de 2008 a 17 de junho de 2008. As ferramentas adotadas foram os espaços virtuais de interação, os sites pessoais e comunidades, cruzando-se descritores adequados e

* Enfermeira Residente em Enfermagem Pediátrica IFF/FIOCRUZ. End.: Rua Dr. Carlos Gross nº 85 - Praça Seca - CEP 21320-110 - Rio de Janeiro - RJ. E-mail: m.nique@yahoo.com.br

† Doutora em Enfermagem - Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil - EEAN/UFRJ. Pesquisadora do CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

as expressões ou palavras relacionadas à temática. Para filtrar as informações do meio eletrônico foi considerada a Vigilância epistêmica, desta forma complementei e confirmei dados, fazendo uso de serviços interativos do tipo “Fale conosco”, além de apreciar conteúdo dos *websites*, estabelecendo como critérios utilizar sites com extensões org e gov, *websites* de instituições de ensino ou científicas, endereço igual ao nome/expressão referidos pelos usuários e *links* de textos jornalísticos disponibilizados on-line. Para que se chegasse a outras referências eletrônicas sobre o que foi citado, adotou-se, para todas as informações, nomes de centros de tratamento, associações, e qualquer expressão relacionada um novo processo de levantamento em site de busca, limitando-se a análise dos resultados à classificação de página 10 feita pelo mesmo. Das 27 comunidades encontradas pelo processo de busca o Sudeste é representado por 12 comunidades, divididas entre São Paulo (7) e Rio de Janeiro (5). E 7 Associações foram citadas no espaço virtual, 4 delas têm objetivos de tratamento dos pacientes com fissuras labiopalatais, 4 se propõe a oferecer benefícios sociais aos pacientes (vale transporte) e acolhimento, no entanto em apenas 1 associação está presente o fornecimento de orientação e informação, mediação de saber que é da prática profissional do enfermeiro. No que se refere aos Centros de tratamento constata-se uma diferença numérica em como é representado, no meio virtual, os serviços que prestam atendimento a crianças portadoras de fissura labiopalatal, visualizando uma maior concentração no eixo sul-sudeste em detrimento das outras três regiões. O cruzamento dos dados obtidos neste estudo virtual, com os dados sobre distribuição dos centros de atendimento, evidencia uma aproximação da realidade no tocante à distribuição desigual entre as regiões. Também foi encontrado o título de um livro em um fórum das comunidades o que ressalta a possibilidade de a Internet ser divulgadora de várias mídias. Contudo, as 27 comunidades virtuais possibilitaram a troca de informações reais entre participantes de todas as regiões do Brasil, indicaram nomes de Centros de Tratamento, de Associações, de profissionais, textos para leitura, eventos científicos etc. O Estado do Rio de Janeiro tem visibilidade no que se refere às Instituições de tratamento conhecidas pelos membros do site de relacionamento; entretanto, as comunidades virtuais criadas no Rio de Janeiro são menos atrativas, pois oferecem menos conteúdo, há pouca interação entre os membros e baixa circulação de informações. Comparativamente com outras comunidades virtuais no Brasil, os frequentadores dessas comunidades não possuem o mesmo nível de organização virtual. Destaco a importância da comunicação que se dá com pessoas conhecidas e desconhecidas, interagindo esporádica ou sistematicamente para divulgar suas experiências objetivas e subjetivas com o tratamento, que levam ao aprendizado interpessoal baseado na troca. Não deixando de existir a intervenção de profissionais que trabalham diretamente com o atendimento de crianças e adolescentes com fissura labiopalatal.

Palavras-chaves: enfermagem, internet, fissura palatina, serviço de atendimento.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

33 - Sistematização da assistência de enfermagem à criança oncológica grave portadora do vírus influenza A

Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira*

Jorge Leandro do Souto Monteiro[†]

Bernardo Augusto Calaça da Mata[‡]

Erlane Aparecida Mantesco Pereira[§]

O Influenza A é vírus que causa uma infecção respiratória aguda (gripe), transmitido por secreções respiratórias infectadas principalmente por meio de tosse ou espirro. Acomete principalmente crianças menores de dois anos, idosos acima de 60 anos, gestantes, imunodeprimidos, portadores de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, bronquite, enfisema, asma), pacientes oncológicos e pessoas em tratamento quimioterápico. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a situação epidemiológica no Brasil e no mundo em 2009 caracteriza-se por uma Pandemia, passando para o nível 6 de alerta pandêmico. Este nível é caracterizado pela detecção da cepa pandêmica que recomenda o disparo do nível de alerta máximo no país. Para isso foram realizados os procedimentos de detecção, notificação e investigação precoce de casos suspeitos todo território nacional e adotadas medidas de bloqueio de transmissão, como por exemplo, a antecipação e/ou extensão do prazo das férias escolares e suspensão temporária de atividades em escolas e locais de trabalho. Inicialmente os atendimentos eram realizados nas redes de atenção básica de saúde, sendo os postos de saúde e unidades de pronto atendimento (UPA) as mais procuradas. Com aparecimento dos padrões de gravidade os primeiros casos com indicação de internação foram referenciados ao Hospital Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro e ao Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os pacientes portadores de doença oncológica em tratamento no Instituto Nacional de Câncer (INCA) tornaram-se suscetíveis aos agravos da infecção pelo Influenza A, devido ao comprometimento gerado pela terapia oncológica multimodal, levando o paciente ao estado de imunossupressão, tanto pela abordagem cirúrgica quanto quimioterápica. Por ser um tratamento agressivo, atinge tanto as células neoplásicas quanto as células saudáveis, aumentando o risco de evoluir com quadro infeccioso grave. A contagem baixa de granulócitos no paciente portador de doença oncológica é fator predominante para a instalação de infecção, aumentando o índice de mortalidade por bactéria, fungo ou vírus sendo a principal causa de internação na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). No serviço de pediatria a infecção pelo c Influenza A comprometeu grande parte dos leitos da enfermaria e da UTIP, sendo necessário internar os pacientes pediátricos nas unidades de atendimento ao adulto (Enfermaria, Unidade Pós-Operatória e Terapia Intensiva). Houve grande empenho das equipes médica e de enfermagem, que se deslocavam das unidades

* Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica pelo Instituto Fernandes Figueira e Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer, Enfermeira das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ e do Instituto Nacional de Câncer. Endereço: Rua Visconde de Moraes, 179/1105 – Ingá – Niterói – Rio de Janeiro. fmsno@yahoo.com.br

† Enfermeiro, Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer e em Enfermagem Gerencial pelo Centro Educacional São Camilo, Enfermeiro da Pediatria do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia e da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Nacional de Câncer.

‡ Técnico de Enfermagem do Instituto Nacional de Câncer e do Hospital Municipal Souza Aguiar, Graduando do 4º período de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira.

§ Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Cardiologia pelo Hospital Pró-Cardíaco, Enfermeira do GSE Neonatal do Corpo de Bombeiros, Técnica de Enfermagem do Instituto Nacional de Câncer.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

pediátricas para suporte no atendimento das crianças que se encontravam internadas nestes setores. Na UTIP as crianças eram admitidas já em insuficiência respiratória aguda, sendo necessário oxigenoterapia através de ventilação pulmonar não invasiva ou invasiva, evoluindo rapidamente para gravidade com instabilidade hemodinâmica grave. A Sistematização da Assistência de Enfermagem configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. É um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, o qual possibilita o desenvolvimento de ações que proporcionam cuidados individualizados, oportuniza avanços na qualidade da assistência e norteia o processo decisório nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem. A pandemia pelo Influenza A gerou uma desestruturação na instituição (INCA), com necessidade de internações pediátricas fora das unidades próprias para esta clientela. O cuidado de enfermagem foi realizado visando atender o cliente em suas necessidades reais através dos diagnósticos clínicos da patologia. Entretanto, se tivéssemos uma assistência de enfermagem sistematizada baseada no diagnóstico de enfermagem, geraríamos conhecimentos específicos para o desenvolvimento técnico-científico do enfermeiro, além de oferecer uma assistência mais segura ao paciente oncológico grave. A relevância do estudo se justifica na necessidade de sustentar e caracterizar a enfermagem enquanto disciplina e ciência, cujos conhecimentos são próprios e específicos, com benefícios diretos ao paciente, à instituição e aos profissionais de enfermagem. OBJETIVOS: estruturar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) ao paciente oncológico grave com infecção pelo Influenza A. METODOLOGIA: trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva na modalidade de estudo de caso, realizada através de revisão bibliográfica com acesso às bases de dados informatizados e protocolos do Ministério da Saúde. O cenário da pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Nacional de Câncer, hospital da rede pública federal, referência na assistência oncológica, localizado no Rio de Janeiro. Incluímos no estudo os sete pacientes internados na UTIP no período de julho e agosto de 2009 e a coleta de dados foi realizada por meio dos registros de avaliação de enfermagem desses pacientes. Para desenvolvimento do estudo e alcance dos objetivos propostos o processo foi dividido em diferentes etapas. Iniciamos com a identificação dos diagnósticos de enfermagem utilizando a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como referencial teórico. Na segunda etapa determinamos os resultados desejados para cada diagnóstico utilizando a lista de indicadores da Nursing Outcomes Classification (NOC). A terceira etapa constituiu-se da análise, discussão e determinação das intervenções de enfermagem a serem adotadas através do Nursing Interventions Classification (NIC), fazendo a ligação entre NANDA-NOC e NOC-NIC. A quarta etapa foi a construção da Sistematização da Assistência de Enfermagem descrita no formato de tabela contendo a definição do diagnóstico de enfermagem, o resultado esperado e as intervenções a serem adotadas. RESULTADOS: Através de métodos e estratégias de trabalho identificamos situações de riscos a saúde que nos levaram a delimitar os diagnósticos de enfermagem. Tais situações foram levantadas a partir dos seguintes diagnósticos clínicos: insuficiência respiratória aguda, hipertensão pulmonar, hemorragia pulmonar e de vias aéreas superiores, febre, agitação psicomotora, instabilidade hemodinâmica e síndrome compartimental. Através da taxonomia de NANDA identificamos 10 diagnósticos aplicáveis para todos os casos incluídos no estudo. Deste número selecionamos 5 diagnósticos considerados como principais pelos autores, baseados na evolução da gravidade e grau de prioridade das intervenções propostas (NIC). Os cinco diagnósticos levantados foram: Hipertermia, Padrão Respiratório Ineficaz, Confusão aguda, Perfusão Tissular Alterada: Cardiopulmonar, Risco para Volume de Líquido Desequilibrado. Os resultados sugeridos foram vinculados a cada diagnóstico a partir das ligações NANDA-NOC antes da escolha das intervenções de enfermagem, pois o resultado desejado e o diagnóstico são considerados como dois fatores que devem ser identificados



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

antes seleção da intervenção de enfermagem Após os resultados sugeridos terem sido ligados aos diagnósticos, as intervenções relacionadas a partir das ligações NOC-NIC foram definidas. A associação dessas três linguagens constituiu um auxílio para seleção dos resultados e das intervenções mais adequadas para os clientes relacionada ao diagnóstico de enfermagem. A partir dessas definições foi elaborada uma proposta da SAE com os cuidados de enfermagem a serem adotados para a clientela estudada. **CONCLUSÃO:** Diante do cuidado altamente especializado e complexo que o enfermeiro desenvolve em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, a sistematização e organização do seu trabalho e da equipe de enfermagem mostram-se imprescindíveis para uma assistência de qualidade. Através do desenvolvimento dos conhecimentos de enfermagem e avaliação da eficácia das intervenções, esperamos facilitar o processo de tomada de decisão do enfermeiro para atingir um determinado resultado sem danos a saúde da criança. No INCA a SAE encontra-se em processo de desenvolvimento e implantação, através de um sistema informatizado, com investimento em cursos e treinamento em serviço para os enfermeiros. Com o presente estudo esperamos contribuir com a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Nacional do Câncer e sensibilizar enfermeiros de outras unidades de atenção a saúde para a importância de consolidar a profissão e gerar visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, com aprimoramento do cuidado e enriquecimento dos registros de enfermagem.

Palavras-Chave: sistematização da assistência de enfermagem, unidade de terapia intensiva pediátrica, influenza A, oncologia pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

34 - Inclusão de crianças com paralisia cerebral em escolas regulares – como tornar isso possível?

Kelly Cristina Suzue Jamaguchi Luz*

Caroline Escobar[†]

Tatiana Zamarella[†]

Janete Lane Amadei[‡]

Introdução: Desde a fertilização até ao amadurecimento do feto, o cérebro pode ser lesionado a qualquer instante, podendo ocasionar em várias anomalias. As anomalias podem ser decorrentes de distúrbios genéticos, resultando em danos físicos, motores, ou em uma desorganização no desenvolvimento da criança, como por exemplo, a paralisia cerebral (PC). As causas mais comuns de PC são infecções neonatais, traumas ou lesões anóxico-isquêmico, acidente vasculares cerebrais intra ou extra-uterinos e malformação do encéfalo. A PC é uma doença inespecífica, considerada um distúrbio motor não progressivo, classificada de acordo com a localização da lesão cerebral. Para o seu desenvolvimento físico, a criança com necessidades especiais, entre elas a portadora de PC, exige de forma contínua atenção médica, hospitalar e familiar: e, para o intelectual e social a educação escolar. Esta pesquisa aborda este recorte do desenvolvimento infantil. Desde 1840, são criadas instituições para abrigar pessoas portadoras de deficiência com objetivo de incrementar a educação, formação e a reabilitação desta população específica. Leis também foram criadas para amparar pessoas com deficiências, como o decreto nº 3298 de 20 de Dezembro de 1999, que regulamenta a lei nº. 7853 de 24 de outubro de 1989, no capítulo - artigo 2º onde regulamenta que a pessoa portadora de deficiência tem os seus direitos básicos assegurados como educação, saúde, trabalho, esporte, turismo, lazer, previdência social, assistência social, edificação pública, habitação, cultura, amparo a infância e a maternidade. Em relação à educação, portadores de deficiência física têm direito à adaptação e especialização conforme suas necessidades e as escolas públicas devem ser equipadas para dar o melhor atendimento a essas pessoas, principalmente as crianças. Para isso os professores devem ser capacitados para trabalhar com crianças portadoras de necessidades especiais. A educação inclusiva foi decretada como lei em 1969 na Dinamarca, em 1975 nos Estados Unidos, em 1990 na Europa e, até hoje, é considerada um desafio às políticas produtivas de educação. Em 1994, na cidade de Salamanca – Espanha realizou-se a Conferência Mundial de Educação Especial com participação 88 países e organizações internacionais para abordar uma política para a integração inclusiva conhecida como Declaração de Salamanca. No mesmo ano, o Brasil teve acesso à tradução desta declaração, e de acordo com seu conteúdo, deveria haver a integração dos alunos com necessidades especiais à escola regular, mas com estrutura pedagógica e capacidade para atender as diferenças desta população. Para que a inclusão seja eficaz, na escola regular, é necessário haver a remodelação e modificação da estrutura curricular, organização de horários, planejamento de meios para a socialização e a elaboração de normas e regulamentos para a inclusão de alunos com deficiência. A educação inclusiva tem como objetivo a integração de alunos especiais na vida social dentro e fora da escola, evitando o isolamento e contribuindo para o seu desenvolvimento psíquico, bem como a sua reabilitação. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi obter e analisar o discurso de mães de

* Enfermeira Especialista. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. Rua Marechal Cândido Rondon, 260 ap 201. Maringá – Paraná. CEP 87030 260. E-mail: kelly_suzue@hotmail.com

[†] Acadêmicas do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR.

[‡] Farmacêutica. Especialista. Docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Maringá.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

crianças portadoras de paralisia cerebral a respeito da educação inclusiva. **Metodologia:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com cinco mães de filhos que eram portadores de paralisia cerebral matriculados em escola de educação especial em município do Noroeste do Paraná. A pesquisa ocorreu entre os meses de setembro de outubro de 2008, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE 0217.0.299.000). No transcurso deste estudo observaram-se as recomendações bioéticas contidas na Resolução 196/96. A proposta metodológica para a análise dos dados foi a separação em categorias preconizadas por Minayo (2004). Os procedimentos adotados foram: entrevistas com as mães que aceitaram participar do estudo, abordadas no período citado. O critério para a cessação da coleta de dados foi a saturação do discurso. Em seguida, as entrevistas foram transcritas, o conteúdo separado e analisado. Na análise, o conteúdo foi separado em cinco categorias. Para identificação das mães foi usado um código para a identificação, preservando a identidade das pesquisadas. As opiniões das mães em relação ao fechamento das escolas especiais e a inclusão de seus filhos com necessidades especiais nas escolas regulares focaram os seguintes itens: fechamento das escolas especiais, acolhimento das crianças especiais em escolas regulares, permanência na escola especial, necessidade da presença de profissionais especializados e estruturação da escola regular para o atendimento às crianças especiais. **Resultados e Discussão:** As mães entrevistadas tinham idade entre vinte e quarenta e nove anos, cursado, na sua maioria, o ensino médio (75%). Quando questionada sobre o fechamento das escolas especiais e as expectativas frente a inclusão de seus filhos, percebe-se que as mães se mostraram contrárias ao fechamento das escolas especiais, demonstrando um sentimento de revolta, conforme fala da mãe 4: [Mãe 4] *“Eu acho um absurdo, pois a inclusão só visa as crianças que tem uma condição melhor do que as nossas, ou seja, crianças que entendem, se viram, comem sozinhas, não usam fraldas e sabem se expressar e numa escola normal elas não vão conseguir se adaptar”*. Expectativas em relação ao cuidado e a não adaptação da criança na escola regular cercam essas mães de dúvidas em relação ao atendimento e ao cuidado prestado, com probabilidade de ocorrer o isolamento social da criança e sua família, conforme percebemos na fala seguinte: [Mãe 2] *“Não concordo por que a escola do meu filho, foi a melhor coisa que me aconteceu por ele ser especial, sendo total dependente ou seja não anda, não fala, usa fralda e só se alimenta pela mão de outra pessoa, e se fechar essa escola o que vai ser dele?”*. Quando perguntadas a respeito do acolhimento de seus filhos nas escolas regulares, estas demonstram preocupação, pois desconhecem a recepção das mesmas. Há o medo do preconceito e de que as crianças apresentem problemas de saúde, não havendo o atendimento de um profissional qualificado. Esses medos e expectativas levam as mães a serem contrárias ao fechamento das escolas especiais. Percebe-se isso na fala da mãe 5: [Mãe 5] *... porque eles não estão preparados, eu sou ciente que o meu filho não tem possibilidade de estudar numa escola normal, não por enquanto*. As mães gostariam que seus filhos permanecessem nas escolas especiais, devido a capacitação dos profissionais e pela estrutura global da escola, que atendem às necessidades das crianças, percebe-se isso através da fala da mãe 1: [Mãe 1] *Prefiro aqui com certeza. Porque aqui ele tá sendo bem cuidado, confio nos profissionais daqui, vou para casa pro trabalho com o coração sossegado*. Autores relatam que existem portadores de necessidades especiais que não têm condições de serem integrados em classe regular, seja porque portam uma deficiência que exige um atendimento muito especializado (uma deficiência grave), seja porque não se adapta fora de seu mundo de iguais. As entrevistadas relatam a dificuldade no manuseio destas crianças, acreditam que não haverá a presença de profissionais qualificados tanto para a educação como para o atendimento à saúde nas escolas. Estas informações nos levam a observar que as mães de crianças portadoras de necessidades especiais não se sentem seguras em deixar os filhos em escolas do atual sistema de ensino regular, considerando a falta de suporte para o cuidado e, se for necessário, para o socorro tornando insegura a inclusão destas crianças. As mães defendem a presença de profissionais especializados nas escolas regulares para o



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

atendimento às crianças portadoras de necessidades especiais e a necessidade de estruturar as escolas para o atendimento às crianças: [Mãe 2] *No caso do meu filho por ele ser total dependente, à escola teria que se estruturar totalmente em todos os sentidos, e para mim isso é completamente impossível.* [Mãe 3] *Rampas, professores qualificados, salas menos numerosas, trocadores no banheiro, muito amor com todas as crianças especiais.* Segundo a Carta Magna de 1988, os portadores de necessidades especiais têm o direito assegurado pela legislação que toda a estrutura física independente qual seja deve apresentar um ambiente acessível a elas, “eliminando barreiras físicas, naturais ou de comunicação, em qualquer ambiente, edifício ou mobiliário”. **Considerações Finais** Com este estudo pode-se identificar as expectativas das mães de filhos portadores de necessidades especiais em incluí-los em escolas regulares. Caracterizam que, independente da escolaridade, são contrárias ao fechamento das escolas especiais para inclusão na escola regular. Relatam temer o preconceito e a não garantia de atendimento qualificado tanto no rotineiro como em urgência e emergência comprometendo a sobrevivência e a saúde dessas crianças. Sugerem que as escolas candidatas à inclusão, apresentem em sua estrutura, no mínimo, suporte de um médico pediatra e uma enfermeira especializada no cuidado específico das deficiências destas crianças. Conclui-se que, se as escolas estiveram estruturadas para acolher e atender estas crianças, as famílias se sentirão seguras e não resistirão à inclusão.

Palavras-chave: educação especial, paralisia cerebral, defesa das pessoas com deficiência.

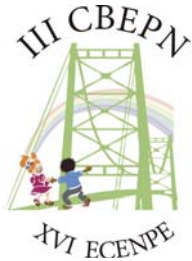
Referência:

- ALMEIDA, M. S. R. *Manual informativo para pais sobre a educação inclusiva*. Obtida via internet, <http://inclusaobrasil.blogspot.com>, 2007.
- ANTUNES, M. R. C. A inclusão do portador de necessidades especiais nas escolas de ensino regular. Obtido via internet, <http://www.nead.unama.br>, 2001.
- AZEVEDO, F. M.; POTTER, J. P. *Refletindo sobre as relações entre a equipe médica, a mãe e a criança portadora de paralisia cerebral*. Obtido via internet, <http://pepsic.bvs-psi.org.br>, 2008.
- BUSCAGLIA, Leo. *Os deficientes e seus pais*. Tradução de Raquel Mendes. 5º ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- CAMARGO, Silvío. *Quem é a criança com paralisia cerebral? Como ajudá-la?*. São Paulo: Eicon, 1986.
- CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (CONADE): Legislação. <http://www.mj.gov.br>. Obtido via internet em 2008.
- DACOME, Ocimar Aparecido. *Trabalho em equipe interdisciplinar na assistência à saúde mental: possibilidades e limites*. Maringá-PR: UEM, 1996.
- FREITAS, Patrícia Martins; CARVALHO, Rita de Cássia Lara; LEITE, Maria Ruth Siffert Diniz Teixeira; HAASE, Vitor Geraldí. *Relação entre o estresse materno e a inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral*. Obtido via internet, <http://seer.psicologia.ufrj.br>, 2005.
- GODOY, Andréa. *Direitos das pessoas portadoras de deficiência*. Obtido via internet, <http://www.prt22.mpt.gov.br>, 2000.
- GUSMÃO, Daniela de Oliveira; BITTENCOURT, Milena Almeida; IVO, Olguimar Pereira. *A avaliação do papel do enfermeiro no atendimento às crianças com necessidades especiais no município de Vitória da Conquista-BA*. Obtido via internet: <http://www.cbcef.com.br>, 2006.
- SILVA, Maria Cristina da Rosa Fonseca; SIMÓ, Cristiane Higuera. *Objetos pedagógicos: atividades lúdicas para compreensão da arte e para a inclusão sócio-cultural*. Obtido via internet, <http://www.psicopedagogia.com.br>, 2008.
- MACHADO, Willians Cesar Alves. *O papel do enfermeiro no cuidar de clientes portadores de deficiência*. Obtido via internet, <http://www.entreamigos.com.br>, 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8º ed. São Paulo: Hucitec, 2004.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

- PACHECO, José; EGGERTSDOTTER, Rosa; MARINÓSSON, Gretar L. *Caminhos para Inclusão: um guia para o aprimoramento da equipe escolar*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- RAPIN, Isabele. *Distúrbios estáticos do desenvolvimento cerebral*. Tratado de neurologia. 10^o ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 414.
- SÁ, Elizabet Dias. *Escolas especiais e papel dos educadores*. Obtida via internet, <http://www.leparaver.com>, 2005.
- SCRAMIN, Ana Paula e MACHADO, Wiliam César Alves. *Cuidar de pessoas com tetraplegia no ambiente domiciliário: intervenções de enfermagem na dependência de longo prazo*. *Esc. Anna Nery*, dez. 2006, vol.10, n^o 3, p.501-508.
- SILVA, Maria Cristina Lacerda. *Como vai a integração? Representações sociais de educadores da pré-escola particular sobre o portador de deficiência mental*. Rio de Janeiro, 1996. 106 p .
Dissertação (Mestrado em Educação)- UERJ
- TULIMOSCHI, Maria Elisa Granchi Fonseca. *Algumas notas a contextualização histórica da educação especial no Brasil: um retrato das tendências e suas funções na dinâmica e na estrutura dos serviços aos portadores de deficiência nas APAES*. Obtido via internet: <http://www.psicopedagogia.com.br>, 2008.
- WHALEY; WONG. *Enfermagem pediátrica*. 5^o ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

35 - Práticas complementares e alternativas utilizadas por familiares no cuidado de crianças com câncer

Maria Fernanda Vasques Esteves^{*}
Tabatha de Freitas Moreira Santos[†]
Lucila Castanheira Nascimento[‡]

Introdução: A literatura nacional e internacional é vasta acerca das repercussões do câncer infanto-juvenil no sistema familiar. Crianças e adolescentes precisam lidar com alterações biopsicossociais, além daquelas decorrentes das interações no âmbito escolar, nas atividades de lazer e nos relacionamentos interpessoais. Essas limitações, muitas vezes são decorrentes de sinais e sintomas que acarretam em internações para exames, ou até mesmo para sua terapêutica. Para a família, observam-se a necessidade de mudança na sua rotina, readaptações de papéis e esforços de todos os familiares para oferecer o melhor cuidado à criança. Através da criação de vínculos podemos identificar como a criança e a família vem enfrentando a doença e ajudá-las no enfrentamento e convívio familiar, contribuindo para facilitar o processo de tratamento. Considera-se fundamental o crescente avanço científico e tecnológico na área da saúde, que contribuiu significativamente para o diagnóstico precoce, terapêutica adequada, controle da evolução e, até mesmo, a cura de importantes patologias. Porém, sabe-se que o incremento da ciência e da tecnologia moderna ocasionou um grande distanciamento do paciente com a equipe de saúde, o que tem sido reforçado pela predominância do modelo biomédico, que tem por objetivo terapêutico a doença, e não o paciente como um todo. Nesse sentido, a necessidade de um cuidado integral e maior bem estar, frequentemente, tem levado as pessoas à procura de recursos na unidade familiar, no zelo manifestado pelos membros da mesma, no saber popular, na cultura e na fé, que complementem os tratamentos tradicionais. Estes exemplos de recursos, tidos como práticas complementares e alternativas, se aproximados aos procedimentos convencionais e vistos a partir do entendimento e do respeito sobre a diversidade cultural humana, contribui para a construção de um processo de cuidado integral. Identificar quais são essas práticas e quais têm sido eleitas no cuidado de famílias com crianças e adolescentes com câncer contribuirá para ampliar a compreensão dos profissionais de saúde, em especial, do enfermeiro, acerca dessa temática, auxiliando na identificação de estratégias de cuidados que são valorizadas pelas mesmas. **Objetivos:** Esse estudo tem como objetivo identificar práticas complementares e alternativas, bem como, suas motivações, utilizadas por familiares no cuidado de crianças com câncer em seguimento em um ambulatório infantil de um hospital no interior paulista. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que foi desenvolvido com os acompanhantes de crianças e adolescentes com câncer que estavam em acompanhamento terapêutico no Departamento de Puericultura e Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Por envolver seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à revisão ética pelo

* Estudante do 8º semestre de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Capítulo Rho Upsilon, Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing. E-mail: mfer_esteves@hotmail.com

† Estudante do 5º semestre de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Capítulo Rho Upsilon, Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing. E-mail: tabathasathi@hotmail.com

‡ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública da EERP/USP. Membro do GPECCA, Presidente do Capítulo Rho Upsilon. Pesquisadora CNPq. E-mail: lucila@erp.usp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HCFMRP-USP, tendo sido aprovado. Seguiram-se todos os preceitos contidos da Resolução CNS 196/96, que orienta o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos e a oficialização da participação dos familiares se deu através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser acompanhante (pai, mãe, familiar ou responsável legal) de crianças e adolescentes com câncer, independente da idade e que estiverem em acompanhamento terapêutico nesse hospital, e estar envolvido no cuidado dessa clientela. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, na enfermaria e no ambulatório de pediatria da instituição selecionada. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra logo após sua realização e, posteriormente, foram analisadas conforme orientações para análise de conteúdo. Para iniciar a conversa, solicitou-se que os participantes contassem acerca das suas experiências e de sua família sobre o tratamento da criança e adolescente, desde a descoberta do diagnóstico. Essa etapa da conversa teve como objetivo principal aproximar as participantes dos pesquisadores. Para explorar o objeto do estudo, após explorar o itinerário diagnóstico e terapêutico das crianças e adolescentes, conduzimos a conversa com os participantes, tendo como base questões norteadoras. **Resultados:** Participaram da pesquisa 11 acompanhantes, sendo 10 mães e 1 tia, com idades entre 18 e 48 anos. Em relação ao grau de escolaridade, 8 apresentavam ensino fundamental incompleto, 2 ensino médio completo e 1 ensino superior incompleto. A idade das crianças variou entre 1 e 15 anos; destas, 6 eram do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com diagnósticos de leucemia, neuroblastoma, tumor do sistema nervoso central, osteossarcoma, tumor de supra renal e linfangiomatose congênita. O tempo de tratamento variou de 2 meses a 1 ano, com a eleição das terapêuticas quimioterápica, radioterápica e a intervenção cirúrgica. Dentre as práticas complementares e alternativas identificadas nas famílias em estudo, encontraram-se a utilização da fé; o apoio em Deus, nas orações e na unidade familiar; a utilização de águas abençoadas e óleos ungidos. A água e o óleo eram abençoados em cultos realizados nas suas respectivas igrejas e, posteriormente, eram oferecidas às crianças. Observa-se um ritual familiar para a utilização tanto da água quanto do óleo, acompanhado de muita fé e crença de que as crianças e adolescentes estariam curados. A decisão para incluir essas práticas se deu com a intenção de utilizá-las concomitantemente com os tratamentos convencionais oferecidos pelo hospital, com vistas à cura da criança e do adolescente. Apenas uma mãe entrevistada manifestou o desejo de não continuar o tratamento e permanecer em seu domicílio com a criança, voltando-se para a sua fé e crença divina. As principais motivações encontradas estavam ligadas ao sentimento de desesperança e perda iminente da criança ou adolescente, desencadeados pela descoberta da doença e eventuais complicações. Grande ênfase foi atribuída ao apoio espiritual e religioso, particularmente à confiança divina para guiar as tomadas de decisão dos profissionais de saúde, particularmente, dos médicos. **Conclusão:** Os resultados obtidos evidenciaram a procura das famílias por práticas alternativas e complementares, com um objetivo maior de buscar a cura da criança e adolescente com câncer. Apoiados na fé e religiosidade, essas famílias utilizaram essas práticas para suavizar o sofrimento causado pelos efeitos colaterais da terapêutica tradicional utilizada, eventuais complicações na evolução da doença e desesperança. Nesse sentido, torna-se fundamental que a equipe de saúde, principalmente o enfermeiro, identifique e compreenda o motivo da utilização dessas práticas pelas famílias, contextualizadas na experiência particular de cada uma delas. A partir desse conhecimento, os profissionais de saúde poderão auxiliar essas famílias na identificação de cuidados que são valorizados por elas, podendo assim, estreitar laços, amenizar o sofrimento e apoiá-las no enfrentamento da cronicidade pediátrica.

Palavras-chave: cuidado da criança; medicina tradicional; terapia complementar, neoplasia; enfermagem pediátrica; família; doença crônica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

36 - Integrando o prematuro no contexto familiar: revisão da literatura

Natalia Custodio*

Monika Wernet[†]

Francine Ramos Barbosa³

A literatura nacional de enfermagem que explora a experiência da família em ter um bebê nascido prematuro concentra seu foco nos momentos de internação em Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), apontando o impacto da imagem da criança, do ambiente e das rotinas da UCIN e do distanciamento físico da criança como grandes estressores para a família, em especial para a mãe. O nascimento prematuro transforma a organização familiar podendo acarretar mudanças significativas em suas relações internas e externas, com impacto no seu cotidiano. Os momentos de estada na UCIN são concebidos como difíceis e de grande sofrimento, e ao longo do tempo, com a convivência, podem ser resignificados e favorecer um enfrentamento mais positivo da situação. Raras são as pesquisas que enfocam os momentos após a alta hospitalar, em especial os vividos em domicílio. A família, reconhecida como sujeito de cuidado, deve ser acolhida em suas demandas para que possa exercer seu papel, em especial nas vivências críticas, como a do nascimento de uma criança prematura. As pesquisas contribuem com evidências para intervenções na fase hospitalar desta vivência, mas deixam lacunas nos momentos posteriores à alta. Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo: caracterizar os processos vividos pelas famílias para estabelecer o cuidado do bebê prematuro em suas casas; e apontar núcleos para ações de enfermagem que promovam o funcionamento familiar nesta situação. A revisão sistemática foi o método selecionado e a busca bibliográfica se deu junto às bases de dados BDEF e LILACS, tendo como descritores os seguintes termos: prematuro e *follow up*; família, *follow up* e prematuro; *follow up*, prematuro e enfermagem por meio da lógica booleana 'AND'. Os critérios de inclusão foram: ser estudo de campo, qualitativo, de âmbito nacional; estar publicado em revista indexada na língua portuguesa entre os anos de 2000 a 2008; ter como um dos sujeitos de pesquisa um ou mais membros da família; ser foco de exploração do estudo a experiência da família após a alta da UCIN. Foram adotadas as recomendações de Paterson para estudos sistemáticos e, a questão norteadora adotada foi: 'como a família integra a criança prematura no contexto familiar?'. Após busca e leitura dos artigos identificados, a partir dos critérios de inclusão acima mencionados, doze pesquisas integraram a amostra do presente estudo. Da integração dos resultados destes artigos emergiram as seguintes temáticas: 'ganhando segurança para cuidar da criança'; 'estreitando o vínculo com a criança' e 'adotando conceitos adquiridos na UCIN no cuidado da criança'. A unidade temática 'ganhando segurança para cuidar da criança' retrata o processo de aquisição de segurança e confiança pela mãe para cuidar do recém-nascido no âmbito domiciliar. Os momentos hospitalares são apontados como determinantes para a ampliação de habilidades e confiança para o cuidado do filho. Ter a oportunidade de permanecer junto a ele, vivenciar o Método Canguru (MC) e participar de cuidados diretos com o filho são algumas das ações que permitem a percepção das especificidades dele em termos de necessidades e comportamentos. Isso favorece o reconhecimento desta criança. Em

* Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos; Rua Ana Prado, 187. Bairro Vila Prado – CEP 13574-031 – São Carlos – SP; email: nati.custodiosc@hotmail.com

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos; email: mwernet@ufscar.br

³ Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlo; francine.enf07@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

contraponto, a não oportunidade de estar com o filho nos momentos de internação hospitalar traz dificuldades para a consolidação do vínculo e da familiaridade com o filho, o que posterga e influi na inserção da criança no âmbito familiar. Estando em casa, a mãe se depara com dificuldades no cuidado do filho e, a busca de informações e ajuda recai, de forma primária, na família, tendo na figura das avós o principal apoio. Essa referência deve-se ao fato da avó ser concebida como alguém que tem experiência no cuidado de crianças. 'Estreitando o vínculo com a criança', traz o estabelecimento de uma imagem positiva do filho, uma vez que a vivência da prematuridade determina impactos negativos para o vínculo. A aproximação do filho real é importante e necessária, a prática do MC amplia laços afetivos tornando a mãe cada vez mais próxima do bebê real. Outro fator marcante para a solidificação do apego consiste na ampla solidariedade de familiares e amigos das mães incentivando sua participação no MC, uma vez que essa tecnologia de cuidado exige a internação da mãe junto com o filho. Assim sendo, os estressores vivenciados pela mãe frente ao longo período de internação do filho na UCIN, são convertidos em fortalecimento do laço afetivo, quando a mulher pode optar pelo MC. O tema 'adotando conceitos adquiridos na UCIN no cuidado da criança' descreve como o cuidado em domicílio desenvolvido pela mãe tem influência das concepções e filosofias cuidativas da UCIN. Ao longo da permanência da mulher na UCIN, ela significa o prematuro como alguém que necessita de cuidados especiais e próximos, pronta atenção e ambiente controlado para sobreviver e se recuperar. Com a alta hospitalar, a mãe adota uma atitude de proteção, controle e proximidade do filho e têm nos parâmetros de recuperação e saúde da UCIN tradutores do êxito de seu cuidado, com destaque para o peso e a amamentação. A amamentação é concebida como o principal elemento que garante um crescimento saudável e assim, tem grande representatividade para a mulher no desenvolvimento do cuidado do filho. Concluímos poucos terem sido os estudos que abordam o funcionamento familiar para o cuidado da criança prematura em domicílio, mas apesar dessa escassez, foi possível caracterizar alguns núcleos que determinam o funcionamento familiar, com predomínio do materno, para o cuidado da criança. No estabelecimento do cuidado ao prematuro em domicílio, é destaque a influência dos conceitos adquiridos na UCIN; a importância da integração e proximidade da mulher na dinâmica do cuidado à criança na UCIN; e, o impacto positivo do acolhimento das necessidades e angústias maternas, pela família, em relação ao cuidado da criança, quando as avós são apontadas como pessoas de referência. O funcionamento familiar não foi foco principal da exploração de nenhuma das pesquisas primárias integrantes deste estudo, o que demonstra pouco investimento da enfermagem neste âmbito. Com isto, há uma sinalização para a necessidade de investir na ampliação de evidências científicas que abordem o funcionamento familiar em domicílio, em especial na integração e cuidado da criança nascida prematura.

Palavras-chave: enfermagem; família; prematuro e domicílio.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

37 - Sócioeducação e promoção da cidadania de adolescentes em conflito com a lei: como a enfermagem pode contribuir?

Andréia Couto*
Luiz Antônio Fernandes Filho†
Neila Santini de Souza‡
Wilma Fioravante dos Santos§

Questiona-se o porquê do crescimento das infrações praticadas por jovens, seria um acontecimento condicionado a questões econômicas, culturais, políticas ou psicológicas? Esta situação não é uma singularidade brasileira, no cenário mundial também se presencia o envolvimento de adolescentes com infrações despertando preocupação com o rumo de políticas públicas, que deixaram a punição como forma de resolução deste grave problema (ASSIS; CONSTANTINO, 2009). A expressão da questão social vivida pelo adolescente em conflito com a lei é um fato concreto na realidade atual e vem desafiando profundamente a sociedade brasileira, estando necessariamente articulada a um quadro social, político e econômico em elevado grau de complexidade. Neste contexto histórico brasileiro, o Estatuto da Criança e do Adolescente surgiu como instrumento para garantir a proteção integral às crianças e adolescentes de zero a 18 anos (Kocourek, 2009). Na educação do adolescente, há diferenças de gênero muito acentuadas em nossa cultura. Ao mesmo tempo em que o contexto lhe oferece a proteção e contenção, por outro, o expõe à violência doméstica e à reprodução de papéis. Em função destas conjunturas o adolescente busca a mudança de seu status social, potencializando assim, espaços de violência e abusos. Pensando-se naqueles adolescentes em conflito com a lei, que foram retirados do convívio social por praticarem atos infracionais, e que cumprem medida socioeducativa de internação formulou-se o Projeto de Extensão denominado Educação em Saúde para Adolescentes em Centro de Atendimento Sócio-Educativo (CASE) como proposta de intervenção junto aos adolescentes em conflito com a lei, que são amparados pelo ECA em seus artigos 117, 118 e 119 ressaltando a importância das Medidas Socioeducativas de Prestação de Serviços à Comunidade e Liberdade Assistida. O projeto foi construído a partir das diretrizes propostas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, o qual está organizado sob três grandes sistemas de garantias: políticas públicas de atendimentos a criança e ao adolescente, medidas de proteção às crianças vítimas e as medidas sócioeducativas. As ações propostas neste projeto são executadas por professores e acadêmicos bolsistas e voluntários do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana/RS, em parceria com o curso de farmácia, fisioterapia e educação física e tem como objetivo geral apresentar uma intervenção sócio-educativa junto aos adolescentes, intervindo de forma a garantir aos mesmos a emancipação e novas perspectivas de vida, resgatando e promovendo a auto-estima, o respeito às diferenças, criatividade, ludicidade, solidariedade, integração, participação, inclusão e reinserção social. Para a implementação da proposta, é utilizada a metodologia da problematização junto aos adolescentes, familiares e monitores, com base no referencial de Bordenave (2002) e Cabral (2007), no método de Arco de Charles Maguerez, combinado ao recurso das dinâmicas de criatividade e sensibilidade. São previstos encontros individuais para atender as necessidades particulares e fortalecer o vínculo com os

* Acadêmica do 6º semestre do curso de enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA /Campus Uruguaiana, voluntária do projeto de extensão.

† Acadêmico do 6º semestre do curso de enfermagem da UNIPAMPA, bolsista de iniciação à extensão.

‡ Relatora, Enfermeira, professora assistente do curso de enfermagem da UNIPAMPA, mestre em enfermagem, coordenadora do projeto de extensão. Endereço: Rua General Câmara, 132 – Uruguaiana/RS. Endereço eletrônico: neilasouza@unipampa.edu.br

§ Acadêmica do 6º semestre do curso de enfermagem da UNIPAMPA, voluntária do projeto de extensão.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

adolescentes, bem como, encontros coletivos onde podem ser trabalhadas as necessidades individuais coletivamente (KURT LEWIN apud FEBEM,2002). Junto aos monitores e familiares, os encontros coletivos têm por objetivo facilitar a troca de experiências, por meio de oficinas e grupos de discussão, visando a saúde do trabalhador e da família. As ações educativas desenvolvidas são mediadas com o recurso de folderes educativos/informativos, bem como o recurso da música, revistas, poesia e multimídia. De acordo com o levantamento sobre o histórico institucional, o CASE está em funcionamento na cidade de Uruguaiana (Rio Grande do Sul) há dez anos, possui em média cinquenta adolescentes internos por mês, sendo que o tempo médio de permanência de cada adolescente é de dois a três anos. O Centro de Atendimento Sócio-educativo dispõem de uma escola que funciona internamente na Unidade, em dois turnos, atendendo toda a população interna. A equipe técnica local é composta atualmente por três técnicos, sendo estes: enfermeiro, educador e advogado, conta ainda com 38 monitores para quatro turnos de trabalho, com a rede municipal e estadual de serviços e com outros profissionais que desenvolvem atividades na instituição de acordo com as necessidades apresentadas, entre eles: médico psiquiatra e dentista; em função da inexistência de concursos públicos para suprir a carência dos demais recursos humanos preconizados para trabalhar na área, a instituição apresenta carência de serviços na área social e da saúde. Os adolescentes que freqüentam a instituição apresentam em média o quinto ano do ensino fundamental, sendo que a grande maioria possui entre 14 e 16 anos de idade, são brancos, pertencentes a famílias desestruturadas, sem a figura materna e/ou paterna, são usuários de drogas psicoativas e muitos apresentam algum grau de psicopatia ou já tentaram suicídio. De acordo com a pesquisa sobre as configurações do ato infracional dos adolescentes que cumprem medida sócio-educativa na Região da Fronteira Oeste do RS (Kocourek, 2008), no CASE de Uruguaiana, foi revelado um índice considerável de adolescentes envolvidos com a criminalidade e a violência na região. A instituição conta com um enfermeiro que executa a consulta de enfermagem, grupos educativos e ações de cuidado individual, conforme as demandas dos adolescentes, garantindo aos mesmos, o direito à saúde, o que reforça o importante papel do enfermeiro dentro deste espaço de sócioeducação. O projeto prevê o incentivo ao uso das diversas formas de expressões culturais no cotidiano dos adolescentes para auxiliar no processo de formação, identificação e empoderamento, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento saudável do adolescente. Procura-se desenvolver ações educativas que possam evitar e/ou minimizar os riscos de morbidade junto aos monitores da instituição e familiares dos adolescentes, com vistas aos cuidados com a saúde da família e do trabalhador, a nível individual e coletivo. Evidencia-se também a importância do trabalho com as respectivas famílias dos adolescentes que são consideradas o suporte essencial para que o adolescente cumpra a medida e não volte a reincidir. De acordo com Kocourek (2009), dados preliminares coletados nas fichas dos adolescentes em meio aberto no município de São Borja/RS, junto a organização não-governamental CEDEDICA (Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente), onde os adolescentes cumprem medida de Prestação e Serviços à Comunidade e Liberdade Assistida, revelam que 71% dos adolescentes tem idade entre 17 e 19 anos e 48% deles moram com os pais. Os dados que refletem as expressões da questão social vividos por esses adolescentes são: 60% possuem renda de um salário mínimo ou inferior; 72% não concluíram o 1º Grau do Ensino Fundamental; o ato infracional com maior incidência é o roubo (17%); 37% dos adolescentes já são reincidentes. Evidencia-se a importância de criar estratégias de atendimento multidisciplinar e acompanhamento aos adolescentes em conflito com a lei, bem como de suas famílias, buscando alcançar a superação de suas vulnerabilidades sociais, bem como o resgate de sua saúde e cidadania.

Palavras-chave: enfermagem; adolescente em conflito com a lei; sócioeducação.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

38 - Residência em enfermagem em saúde da criança: atuação nos diferentes cenários do sistema de saúde

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari*

Mauren Teresa G. Mendes Tacla[†]

Márcia Maria Benevenuto de Oliveira[‡]

Maura Veronezi[§]

Introdução: Em geral, as Residências dos cursos dos Centros de Ciências da Saúde, especialmente a Enfermagem e a Medicina, têm enfoque centrado na área hospitalar. Na contramão da formação hospitalocêntrica, desde a década de 90, há iniciativas acadêmicas curriculares inovadoras nos cursos superiores da saúde, sob a perspectiva de se formar novos perfis profissional a serem absorvidos no mercado de trabalho. Este mesmo mercado de trabalho, submetido à reorganização das políticas públicas do Sistema Único de Saúde – SUS – e necessitando de profissionais capacitados para cumprir suas diretrizes e regulamentações em prol dos usuários. Não obstante, a criação de novos Cursos de Pós-graduação, mesmo na modalidade Residência, poderia fugir da lógica da formação profissional para o SUS e assim promover melhorias qualitativas dos recursos humanos responsáveis pelas ações de saúde materno-infantil. O rápido desenvolvimento e propagação de conhecimentos e a especialização no atual contexto das exigências do mercado de trabalho fazem dos cursos de pós-graduação um instrumento essencial de capacitação do profissional graduado. Nesse contexto, encontra-se o Programa de Residência em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina que se configura em modalidade de pós-graduação *Latu Sensu*, caracterizado por desenvolvimento das competências técnico-científica e ética, decorrentes do treinamento em serviço. Considerando a proposta do Ministério da Saúde para a política de educação e desenvolvimento do SUS, que propõe a formação de profissionais de saúde de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, o Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, em parceria com a Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, implantou em 2006 o Programa de Residência em Enfermagem em 05 especialidades: Gerência dos Serviços de Enfermagem; Enfermagem Neonatal; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem em Saúde da Criança e Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado. O Programa está estruturado conforme a Resolução 259/2001 do Conselho Federal de Enfermagem que regulamenta os Programas de Residência em Enfermagem em âmbito nacional como modalidade de pós-graduação *Latu Sensu*. Com relação à especialidade em Enfermagem em Saúde da Criança, primeiro numa Universidade Pública do Estado do Paraná, vem de encontro com as necessidades de qualificação do enfermeiro tanto na área da atenção básica da saúde como na hospitalar. Essa especialização foi construída sob a perspectiva do cumprimento da legislação

* Enfermeira. Mestre. Doutoranda. Docente Coordenadora da Pós-Graduação modalidade Residência em Enfermagem em Saúde da Criança. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná. Av. Robert Koch, nº 60, Vila Operária, CCS, 3º andar, CEP: 86038-440, Londrina, Paraná. Fones: (43) 33222904; 33712249. Email: ropimentaferri@uel.br

† Enfermeira. Doutora. Docente Vice-Coordenadora da Pós-Graduação modalidade Residência em Enfermagem em Saúde da Criança. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná.

‡ Enfermeira. Mestre. Docente da Pós-Graduação modalidade Residência em Enfermagem em Saúde da Criança. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná.

§ Enfermeira. Especialista. Chefe da Divisão Materno Infantil do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

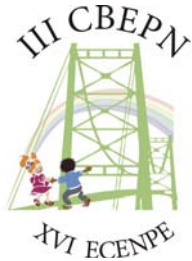
brasileira, especificamente do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, das políticas públicas de atenção integral à saúde da criança do Ministério da Saúde e das Diretrizes Curriculares Nacionais na área da Saúde. O enfermeiro residente vivencia o atendimento da criança desde o período da pré-concepção no serviço de atenção básica de saúde até a internação nas unidades de média e alta complexidade. A premissa do atendimento integral da criança no serviço de saúde se baseia na organização de uma rede integrada de assistência, nos serviços de saúde do município e região. Segundo o Ministério da Saúde, “o cuidado em saúde demanda uma visão integral da rede de assistência, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutive à necessidade do usuário”. **Objetivo:** Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência da execução da Especialização em Enfermagem em Saúde da Criança, modalidade residência, nos diferentes cenários do sistema de saúde e apontar as facilidades e debilidades da articulação entre a academia e estes serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório para apresentar o relato de experiência da execução da Especialização em Enfermagem em Saúde da Criança, modalidade residência, desde a sua implantação no ano de 2006, da área da Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Paraná. **Resultados:** A residência oferta anualmente quatro vagas por meio de seleção pública. O residente tem uma jornada de atividades de 52 horas semanais com direito a bolsa de estudos durante a realização do curso. Do total desta carga horária, 42 horas são designadas para atividades nos campos de atenção à saúde e 10 horas para atividades teóricas. Ao final do curso o residente deverá cumprir carga horária de 5.010 horas, distribuídas em dois anos, sendo 2505 horas em cada ano em tempo integral, incluindo atividades teóricas e práticas. Para a definição das atividades do residente nos diferentes campos, o programa foi elaborado juntamente com os enfermeiros de cada campo para integrar as necessidades do serviço e alcançar as habilidades e competências inerentes ao enfermeiro pediatra. O Programa é desenvolvido nos diversos níveis de atenção à saúde, que se articula em duas etapas, sendo a primeira constituída por práticas interdisciplinares, denominado de *Tronco Comum*, ofertado no primeiro ano e a outra, composta por atividades peculiares às especificidades chamado de *Tronco Específico*, com característica multiprofissional e desenvolvido nos dois anos da residência. O *Tronco Comum* é constituído por 375 horas distribuídas nos 10 meses do ano, em dia e data pré-estabelecida, para todas as modalidades do Programa de Residência em Enfermagem e é composto pelas disciplinas: Metodologia de Pesquisa, Políticas de Saúde, Informática em Saúde e Bioestatística, Metodologia da Assistência de Enfermagem e Gerência dos Serviços de Enfermagem. O *Tronco Específico* cumpre as atividades teóricas das disciplinas Assistência Integral à Saúde da Criança I e II, no 1º e 2º ano respectivamente, Assistência Integral à Criança Hospitalizada I e II, também no 1º e 2º ano respectivamente. No primeiro ano o residente cumpre 2.505 horas, sendo 575 horas teóricas distribuídas em 375 horas do Tronco Comum e 200 horas do Tronco Específico; 900 horas para o cumprimento das atividades práticas, com enfoque na prevenção e promoção da saúde materno-infantil: Banco de Leite Humano, Centro de Lactação, Unidade de Lactação, Centro de Educação Infantil, Centro de Referência de Imunização, Unidade Básica de Saúde e Maternidade; 980 horas na Unidade Pediátrica e 50 horas na Comissão de Suporte Nutricional Enteral do Hospital Universitário. No segundo ano, para completar as outras 2505 horas, as atividades são divididas em 430 horas teóricas, incluindo a monografia; no Hospital Universitário: 168 horas no Ambulatório de Quimioterapia; 168 horas no Centro de Tratamento de Queimados; 611 horas na Unidade Pediátrica; 1050 horas na UTI Pediátrica, sendo 210 horas na UTI Neonatal; soma-se a essa carga horária mais 78 horas de intercâmbio no Hospital de Referência no Estado. As estratégias de ensino adotadas em todas as áreas são constituídas por aulas dialogadas, seminários, estudos de caso, *poster*s, sessões científicas,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

entre outras. A avaliação dos desempenhos é realizada de forma sistemática e individualmente ao término dos rodízios ou sempre que necessário, com participação do residente, enfermeiro da unidade de estágio e professor responsável pela supervisão de campo. Para a conclusão do curso exige-se a realização de dois trabalhos científicos que devem ser encaminhados para publicação em periódicos especializados, sendo que um dos trabalhos é considerado como monografia. Além do desenvolvimento dessas atividades especificamente com os residentes, o docente acompanha semanalmente o desenvolvimento das atividades, juntamente com o enfermeiro de cada unidade, realiza avaliação semestral da residência com o grupo de enfermeiros envolvidos direta e indiretamente e integra a Comissão de Residência em Enfermagem do Departamento de Enfermagem. Atualmente, para o desenvolvimento das ações da residência, estão envolvidos 34 enfermeiros nos diferentes campos, sendo 19 na área hospitalar e 15 na atenção básica e ambulatorial, além do grupo de 10 docentes que ministram as disciplinas do *Tronco Comum* e de três docentes que acompanham as atividades teórico-práticas específicas da área. **Conclusão:** Visto a complexidade de recursos humanos envolvidos para a formação *Latu Sensu* na modalidade residência de um profissional de saúde que atue de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, especificamente na área pediátrica, apontamos que as facilidades são maiores do que as debilidades na articulação entre a academia e os serviços de saúde. Dentre as facilidades, a construção e reconstrução periódica das atividades da residência favoreceram a aproximação entre os profissionais da academia e do serviço, foram estabelecidos outros modos de trabalho para melhorar a qualidade do atendimento à criança e família nos diferentes campos, disseminaram-se conhecimentos entre as equipes de saúde dos diferentes níveis de atenção, motivou-se a participação dos enfermeiros na disseminação de trabalhos em eventos científicos e também a pode-se afirmar que a Residência contribuiu para a implantação do Mestrado em Enfermagem, em 2010, pelo Departamento de Enfermagem. Quanto às debilidades, ainda estão centradas na rotatividade dos profissionais, pois todos são de serviços públicos e, cada mudança do gestor implica no recomeço, reconstrução e reestruturação das atividades com o 'novo' profissional, demandando maior tempo do docente para a manutenção da programação das atividades e também para atender as necessidades do serviço. Cabe salientar que este trabalho tem apenas cunho de relato de experiência e que estudos para avaliar a residência são necessários.

Palavras-chaves: residência de enfermagem, atenção integral à criança, ensino superior, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

39 - A utilização do brinquedo terapêutico dramático e do ecomapa por alunos do curso de graduação de enfermagem para elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem

Nelice Canhoto Gonçalves*
Rosania Pereira Lima†
Tatiana Villaça Cassador‡
Júlia Peres Pinto§

Introdução: O presente estudo de caso foi elaborado a partir da assistência de enfermagem prestada a uma criança hospitalizada, o qual foi realizado por alunas do 5º semestre do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Anhembi Morumbi na disciplina “O Processo de Cuidar no Ciclo Vital II”. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo elaborar diagnósticos e intervenções de enfermagem a uma criança hospitalizada e sua família baseado na utilização do brinquedo terapêutico dramático e no ecomapa. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso, que é definido como uma pesquisa intensiva, que objetiva a compreensão global do assunto investigado, permite a realização de correlações teórico-prático, favorece o planejamento dos cuidados de enfermagem ao cliente e seu caso estudado. O mesmo ocorreu no setor de pediatria de um hospital escola da rede pública na cidade de São Paulo e foi realizado sob a supervisão da professora da disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente, no período da primeira quinzena do mês de junho. Durante este período de estágio escolhemos uma criança aleatoriamente e prestamos cuidados de enfermagem focados na abordagem centrada na criança e sua família, e para tanto, foi proposto a utilização de instrumentos como o Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD), e o Ecomapa, pois ambos permitem um conhecimento mais amplo da criança, de sua família e da vivência de hospitalização. O BTD, além de possibilitar catarse à criança, permite a compreensão sobre as necessidades e os sentimentos da mesma. O Ecomapa, por sua vez, representa uma visão geral da família, seus relacionamentos e vínculos, aponta pontos de conflitos e recursos da família. Assim, tendo uma visão holística do paciente e sua família, utilizamos como referencial teórico o North America Nursing Diagnostic Association (NANDA) e Nursing Interventions Classification (NIC) para elaborarmos diagnósticos e intervenções de enfermagem, tanto para a criança como para sua família, baseados nas informações colhidas através de uma sessão de BTD e do Ecomapa. A sessão do BTD ocorreu no último dia do estágio, e teve a duração de 30 minutos. A construção do Ecomapa foi realizada num primeiro momento com a irmã da criança, e em outro dia a mãe da criança confirmou e acrescentou dados ao instrumento. **Resultados:** Através da análise da sessão do BTD elaboramos os seguintes diagnósticos e intervenções de enfermagem para a criança: 1. Conflito de decisão: definido como incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores de vida pessoais, evidenciado por verbalizar incerteza quanto a escolhas, verbalizar conseqüências indesejadas de ações alternativas que estão sendo consideradas, e sinais físicos de angústia ou tensão. Relacionado a falta de experiência ou interferência na tomada de decisão. Intervenções: aconselhamento e melhora do enfrentamento. 2. Ansiedade: definida como um vago e incho-modo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autômica, sentimento de apreensão

* Discente do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Anhembi Morumbi.

† Discente do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Anhembi Morumbi.

‡ Enfermeira. Mestre pela UNIFESP. Docente da Universidade Anhembi Morumbi. End.: Av. Cons. Rodrigues Alves, 391, apto 21. CEP: 04014-011. S.P. E-mail: tatiana.vc@hotmail.com

§ Enfermeira. Doutoranda. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Anhembi Morumbi.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com ameaças, evidenciado por comportamento receoso, de aflição, de agitação, de incerteza, preocupação. Relacionado a crises situacionais, estresse, ameaça de mudança no estado de saúde e do ambiente, e ameaça de morte. Intervenções: melhora do enfrentamento, técnicas de acalmar e presença. 3. Medo: definido como resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como perigo, evidenciado por estímulos entendidos como ameaça e comportamentos de prevenção. Relacionado a separação do sistema de apoio em situações potencialmente estressantes como a hospitalização e procedimentos hospitalares. Intervenções: reduzir ansiedade e aumentar presença do sistema de apoio. Através da análise do Ecomapa elaboramos os seguintes diagnósticos e intervenções de enfermagem para a família: 1. Risco de vínculo pais e filhos prejudicado: definido como distúrbio do processo interativo que leva ao desenvolvimento de uma interação recíproca de proteção e cuidado entre pais/pessoas significativas e criança, relacionado por separação. Intervenções: promover integridade familiar e promover terapia familiar. 2. Processos familiares interrompidos: definido como a mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família, evidenciado pela mudança na satisfação com a família e mudanças nas tarefas designadas. Relacionado à alteração do estado de saúde de um membro da família. Intervenções: promover integridade e envolvimento familiar e promover terapia familiar. 3. Atividade de recreação deficiente: definida como estimulação (interesse ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer, evidenciado por passatempos habituais que não podem ser realizados no hospital. Relacionado à ausência ambiental de atividades de recreação, como em internações de longa duração e tratamentos prolongados frequentes. Intervenções: estimular o aumento da socialização, incentivar a realização de atividades recreativas e realizar terapia recreacional. 4. Ansiedade: definida como um vago e incomodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autômica, sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com ameaças, evidenciado por nervosismo, agitação, expressão de preocupação e irritabilidade. Relacionado a crises situacionais, estresse, ameaça de mudança no estado de saúde. Intervenções: melhora do enfrentamento, técnicas de acalmar e presença. 5. Disposição para religiosidade aumentada: definida como a capacidade de aumentar a confiança em crenças religiosas e/ou participar de ritos de uma fé religiosa em particular, evidenciado por expressar desejo de reforçar modelos de crenças religiosas e costumes que proporcionam conforto. Intervenções: dar apoio espiritual e facilitar o crescimento espiritual. 6. Medo: definido por resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como perigo, evidenciado por comportamento de ataque e estímulos entendidos como ameaça relacionado a falta de familiaridade com a experiência ambiental. Intervenções: reduzir ansiedade, aumentar a segurança e suporte emocional. **Conclusão:** Concluímos que a utilização do BTD e do Ecomapa é fundamental para compreensão do enfermeiro perante o significado da hospitalização tanto para a criança como para sua família. Além disso, concluímos que o BTD e o Ecomapa são instrumentos capazes de auxiliar o enfermeiro a complementar o plano assistencial à criança e sua família, proporcionando uma assistência além dos cuidados físicos com a criança hospitalizada. Gostaríamos de ressaltar que tivemos dificuldade frente a visão generalista das características definidoras, fatores relacionados e intervenções de enfermagem presentes na literatura. Sendo assim, sentimos a necessidade de adequá-los de acordo com as demandas específicas do paciente em questão e sua família, pois acreditamos que dessa forma, poderemos prestar um cuidado individualizado e humanizado.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, jogos e brinquedos, enfermagem da família, diagnóstico de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**40 - Percepções dos pais de prematuros internados em unidade neonatal em
relação ao atendimento de enfermagem**

Fernanda Tessari de Mello*

Kayna Trombini Schmidt[†]

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza[‡]

Edilaine Giovanini Rosseto[§]

Introdução: A chegada de um novo ser numa família é um momento muito especial que se torna uma crise quando este bebê nasce prematuramente. Quando isso acontece, a estrutura construída pelos pais para recebê-lo se abala, dando lugar muitas vezes à insegurança, medo e expectativa. O recém-nascido prematuro de muito baixo peso, aquele que nasce antes de completar 37 semanas de gestação com peso inferior a 1500g, vem acompanhado de condições clínicas debilitadas, com diversos problemas de saúde que exigem cuidados especiais realizados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) ou na Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN), além da necessidade de longos períodos de internação. Nesse ambiente, os laços afetivos entre pais e filhos quase sempre são comprometidos em razão das rotinas impostas pela instituição e condições clínicas da própria criança, sobretudo, do prematuro. A equipe de enfermagem deve atuar não somente nos cuidados ao recém-nascido, mas também na atenção aos pais, propondo um atendimento individualizado e humanizado. O Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (HURNP), da Universidade Estadual de Londrina, é uma instituição de referência regional para atendimento de gestações de risco. Na UTIN e UCIN é desenvolvido um projeto que tem a finalidade de criar uma rede de apoio às famílias dos prematuros. O projeto conta com uma equipe multiprofissional que presta atendimento integrado ao recém-nascido de risco com levantamento de problemas e estabelecimento de metas a serem alcançadas, procurando oferecer suporte a essas famílias no enfrentamento das situações advindas da demanda de cuidado do seu filho prematuro. Para isso, o projeto visa acompanhar e orientar a primeira visita dos pais a UTIN o mais precoce possível, propicia atendimento familiar individualizado semanalmente com a família, particularmente o pai e/ou mãe, para estímulo e preparo para o Método Canguru, incentiva o aleitamento materno, esclarece dúvidas, realiza preparo para alta hospitalar, visa o desenvolvimento de segurança dos pais para realização dos cuidados com o bebê em casa, estabelece metas e reforça as orientações constantemente. **Objetivo:** Diante dessa proposta de assistência realizada pela equipe de enfermagem, este trabalho tem o objetivo de identificar as percepções dos pais quanto ao atendimento recebido pela equipe de enfermagem durante o período de internação de seus filhos prematuros na unidade neonatal. **Metodologia:** O estudo foi realizado na UTIN e UCIN do HURNP. A população de estudo foi composta por 20 pais de bebês nascidos com menos de 1500g e 37 semanas de gestação que foram internados e são acompanhados pelo projeto de apoio às famílias dos prematuros. O período mínimo de quinze dias de internação foi estabelecido como critério de inclusão para que as famílias tenham certo acúmulo de tempo e vivência com a equipe para

* Graduanda do 4º ano do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Endereço: Rua Serra dos Parecis, 137, Londrina – PR. Fone: (43)3357-4445. E-mail: fernandatm_88@hotmail.com.

[†] Enfermeira. Residente de Enfermagem Neonatal da Universidade Estadual de Londrina.

[‡] Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

[§] Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

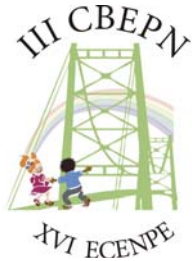
melhor emitir suas percepções. Os pais foram convidados para participar da pesquisa, após o esclarecimento e assinatura do termo de consentimento informado. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética. Foram entrevistados 20 pais que tiveram seus filhos nascidos a partir de julho de 2008 até junho de 2009. Aqueles pais que não estavam mais com seu filho internado na UTIN ou UCIN foram abordados em visita domiciliar e no Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC), onde realizam acompanhamento de rotina do prematuro após a alta hospitalar. A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento Nurse Parent Support Tool (MILES et al, 1998), traduzido e validado culturalmente para a língua portuguesa para avaliação do apoio da equipe de enfermagem aos pais no momento da doença e internação de seus filhos, objetivando proporcionar uma relação mais solidária com a família perante esta situação. **Resultados:** A população total do estudo em questão foram 20 entrevistados. Na caracterização da população estudada, 95% eram do sexo feminino. A faixa etária de entrevistados com idade inferior a 20 anos representou 5% da amostra, 85% tinham entre 20 a 34 anos e 10% eram maiores de 35 anos. O nível de escolaridade prevalente foi o ensino médio completo (45%), seguido pelo ensino médio incompleto (30%) e ensino fundamental completo ou incompleto (25%). Em relação ao estado civil, 45% eram casados, 35% tinham união estável, 10% eram solteiros e 10% divorciados. Quanto à frequência habitual de visita ao RN durante o período de internação, 70% dos pais referiram visitas diárias ao bebê, 25% visitavam de 2 a 6 dias por semana e 5% visitavam menos que 3 dias por semana. Na análise do perfil dos prematuros internados, 55% eram do sexo masculino. Ao nascer, 70% dos prematuros pesavam entre 1000g e 1500g, enquanto 30% pesavam menos de 1000g. A idade gestacional de nascimento foi classificada entre 28 e 32 semanas (85%) e entre 32 e 36 semanas (15%). Referente ao tempo de internação desses bebês, 20% permaneceu menos que 30 dias, 50% ficaram de 30 a 60 dias e 30% mais de 60 dias internados. As questões do instrumento foram classificadas de acordo com as subdimensões preconizadas pelo autor e analisadas por estatístico conforme escala de Likert. As subdimensões foram: suporte de comunicação e informações fornecidas à família, suporte emocional, suporte de incentivo e suporte instrumental. A subdimensão “suporte de comunicação e informações fornecidas à família” compreendeu as questões 2, 6, 7, 14 e 16. Com exceção da questão 14 - “Ajudou-me a conhecer os nomes e funções dos membros da equipe que cuidou de meu filho(a)?” - que obteve média de 3,95 pontos, nas outras questões a média foi satisfatória permeando entre 4,25 e 4,85. A subdimensão “suporte emocional” compreendeu as questões 1, 12, 13, 15, 17, 19 e 20. A questão 15 - “Prestou um bom cuidado ao meu filho(a)?” - obteve média máxima, 5,00. As questões 1 e 13 obtiveram pontuação regular de 3,60 e 3,10 respectivamente. Essas questões abrangeram a atenção da equipe ao próprio familiar, (1- Ajudou-me a falar sobre meus sentimentos, angústias ou preocupações? 13- Demonstrou preocupação quanto ao meu bem-estar?). Esse resultado aparece em contraste com a questão 15 citada anteriormente. As demais questões desta subdimensão (12, 17, 19 e 20) atingiram uma boa média, entre 4,10 e 4,70 pontos. A subdimensão “suporte de incentivo” compreendeu as questões 4, 9, 11 e 21. As questões 4, 11 e 21 obtiveram média satisfatória que permaneceu entre 4,60 e 4,80. A questão 9 -Ajudou-me a entender o comportamento e as reações do meu filho(a)? - obteve pontuação regular com média de 3,95. A subdimensão “suporte instrumental” compreendeu as questões 3, 5, 8, 10 e 18. Este grupo recebeu as menores médias de respostas do instrumento. As questões 5 -Deixou-me decidir se queria ficar ou sair durante os procedimentos técnicos? - e 8 -Incluiu-me em discussões para tomar decisões sobre o cuidado de meu filho(a)? - apresentaram média 2,45 e 2,30 pontos respectivamente. A questão 10 -Orientou-me como confortar meu filho(a) durante ou após os procedimentos? - também apresentou média baixa de 3,70 pontos. Já as questões 3 e 18 receberam média de 4,60 pontos. **Conclusão:** Neste estudo, buscamos compreender melhor as percepções vivenciadas pela amostra de entrevistados. O atendimento prestado aos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

pais neste período delicado de internação de seu filho tem especial significância no enfrentamento da situação. Todas as subdimensões de apoio analisadas neste estudo tem igual importância e devem ser contempladas no atendimento à família. Para que a família receba esta atenção de maneira global é necessário envolvimento, principalmente da equipe de enfermagem, já que esta permanece constantemente no cuidado direto do RN e atenção à família. Desta forma, o relacionamento com a família e apoio oferecido pela equipe auxiliam os pais no aprendizado dos cuidados especiais demandados pelo prematuro e superação deste momento crítico. Em relação aos seguintes suportes: comunicação e informações fornecidas à família; suporte emocional e suporte de incentivo, os pais se sentem satisfeitos, embora algumas questões tenham apresentado médias abaixo do ideal. Quanto ao suporte instrumental que apresentou as menores médias, leva-nos à reflexão do envolvimento das famílias nas decisões sobre o cuidado ao RN. É conhecido que a inclusão dos pais no cuidado e decisões relativas ao seu filho reforça o papel de co-responsáveis na recuperação do bebê. Portanto devemos buscar o aprimoramento desta prática em nosso serviço de maneira a garantir o atendimento integral e satisfatório ao RN prematuro e sua família. A aplicação deste instrumento nos abriu novos horizontes para podermos visualizar pontos onde se deve melhorar à assistência e repensar a rotina exercida em nosso local de estudo.

Palavras-chave: prematuro, papel do profissional de enfermagem, pais.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

41 - A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem*

Jane Cristina Anders[†]

Débora Poletto[‡]

Mariana Itamaro Gonçalves[‡]

Marina Trevisan de Toledo Barros[‡]

Introdução: A palavra estomia é de origem grega e seu significado é boca ou abertura artificial de qualquer víscera oca no corpo, criada cirurgicamente. A designação do nome depende do órgão que será exteriorizado. A estomia intestinal tem como objetivo expelir efluentes (fezes) por este local não podendo ser controlado voluntariamente e devido a essa situação ocorre a necessidade do uso de bolsas coletoras especiais. Na área de pediatria, as estomias têm como função descomprimir, drenar, aliviar tensão de anastomose e restaurar a função do órgão afetado. As crianças com estoma, embora tenham características comuns que as unem em uma condição especial, são seres em crescimento e desenvolvimento, apresentam necessidades específicas e singulares de cada fase, têm diferenças biológicas, emocionais, sociais e culturais que leva a uma abordagem de cuidado diferenciada. Assim, para uma assistência a essas crianças e atender suas reais necessidades, a equipe de saúde e, especificamente, a enfermagem, deve desenvolver estratégias para apreender as demandas de cuidado da criança e família, cujo enfoque seja o cuidado integral. A literatura sobre estomia em pediatria é escassa, e isso nos revela a necessidade de ampliar os estudos na área. Entendemos que o cuidado à criança com estoma exige por parte das famílias a aquisição de novas competências e habilidades que não faziam parte do seu cotidiano e para isso necessitam de apoio dos profissionais envolvidos nessa assistência. Desta forma, este estudo justifica-se pela necessidade de identificar o conhecimento que as famílias têm para cuidar da criança com estoma procurando conhecer, no seu cotidiano, as áreas para intervenção e planejamento dos cuidados de enfermagem, bem como reconhecer a importância dos familiares na condição de cuidadores. É nesse contexto que procuramos inserir a presente investigação que tem por objetivo identificar o conhecimento do cuidador familiar frente aos cuidados da criança com estoma intestinal e suas aplicações para enfermagem. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial, com análise qualitativa dos dados, a qual foi realizada em uma unidade cirúrgica de um hospital escola pediátrica do sul do país. A pesquisa foi desenvolvida segundo as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital que o estudo foi realizado, sob o parecer nº 005/2009. Os participantes foram sete mães de crianças com estoma intestinal que realizaram estomia e receberam as orientações da equipe de saúde do hospital em estudo. A coleta de dados ocorreu durante o período de março a junho de 2009. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada, gravada após a permissão do participante, assegurando a privacidade e o sigilo dos dados. A estrutura básica da entrevista consta de duas partes: a primeira com a identificação da família, que aborda questões relacionadas às condições de vida como moradia, renda familiar, ocupação, grau de

* Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

[†] Enfermeira, Docente do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA).

[‡] Acadêmicas da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Membros do Grupo de Apoio à Pessoa Ostomizada e do GPECCA.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

parentesco do cuidador e a segunda parte com questões diretas relacionadas às facilidades e dificuldades no cuidado com o estoma intestinal. Os dados foram coletados durante a internação e no domicílio das famílias. A análise e interpretação dos dados foram realizadas em duas etapas: fase de análise – processo de apreensão e codificação; e fase de interpretação – processo de síntese e o processo de teorização. Resultados e discussão: Agruparam os dados ao redor de três categorias: as dificuldades diante da nova situação, o cuidado que necessita de conhecimento específico e a percepção da família diante do cuidado realizado pela equipe de saúde. O processo de nascimento de um filho desperta sentimentos de alegria, esperança, crescimento, futuro e vida, em contraposição ao processo que envolve sofrimento, dor, estresse aos pais ao reconhecer que a criança nasceu com alguma imperfeição. Diante desta perspectiva ocorrem incertezas e ambigüidades e há necessidade de equilibrar esperança e medo, frente à nova realidade que se impõe no cotidiano da família. A criança estomizada necessita de cuidados específicos e seu familiar deverá ser orientado pela equipe de saúde, pois ao retornarem para casa terão que cuidar do estoma e dos seus acessórios. Essa tarefa não é fácil, principalmente que estes cuidados não faziam parte de sua rotina. É, também, o momento que o cuidador se defronta com o estoma intestinal gerando ansiedade e medo, tornando os pais sobrecarregados, transcendendo os cuidados habituais. A estomia provoca um impacto negativo na vida da criança e família. Nesse sentido é importante que o profissional de enfermagem proporcione os esclarecimentos acerca da doença e das medidas que serão tomadas para benefício da criança, fazendo com que os pais desfaçam a imagem de criança ‘imperfeita’ e aceitem seu filho. Outra dificuldade vivenciada pela família está na inserção social da criança com estoma intestinal e esta, pode resultar em situações constrangedoras e de difícil enfrentamento para a criança e sua família. O convívio social de uma criança dependente de dispositivos tecnológicos, geralmente é reduzido devido às imposições do cuidado, levando a família a uma espécie de confinamento domiciliar. Ao ingressar em um ambiente hospitalar, a família da criança que está necessitando de cuidados de saúde almeja que a equipe de saúde seja competente, atenciosa, disponível e preparada para atender as necessidades que venham a surgir durante a hospitalização. As diferentes atitudes dos profissionais da saúde determinam o grau de satisfação dos familiares em relação à assistência recebida durante a hospitalização. São atitudes de empatia que deixam as mães mais seguras e fortalecidas para este enfrentamento. A enfermagem, em geral, é lembrada pelas mães em dois momentos: primeiro sendo responsável pelo cuidado com a criança durante o período de hospitalização e no segundo, durante a realização das orientações necessárias para desenvolver o cuidado. Observou-se junto aos familiares, quais os conhecimentos que estes receberam da equipe de saúde durante o período de internação hospitalar; revelando assim, suas principais dificuldades enfrentadas diante desta nova situação vivenciada, mostrando seus sentimentos sobre a assistência que receberam e quais as mudanças que consideram importantes a serem realizadas pela equipe de saúde. Constatou-se ainda, que o jeito de falar e a escolha de palavras adequadas dão qualidade à comunicação estabelecida com o cliente, delineando o cuidado efetivo integral, evidenciando a importância do esforço dos profissionais de saúde neste processo de ensino-aprendizagem, como facilitadores no enfrentamento familiar frente ao, até então, desconhecido. Além disso, identificou-se a necessidade de atualização constante do profissional de saúde para a melhoria da qualidade da assistência à criança com estoma e sua família. Conclusão: Este estudo possibilitou o conhecimento acerca do cuidado vivenciado pelo familiar cuidador de crianças com estoma intestinal. A nova situação imposta desencadeia diversas etapas de aceitação e compreensão para qual o familiar, necessita de uma assistência com qualidade realizada pelos profissionais de saúde que estão envolvidos neste processo. A enfermagem deve contribuir de forma positiva no cuidado à criança com estoma e sua família, implementando ações sistematizadas, desde o diagnóstico da doença e realização da cirurgia,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

seguindo-se em todas as etapas dessa trajetória, a fim de contribuir para a melhor aceitação das alterações causadas pela estomia e no processo de reabilitação.

Palavras chave: criança, estoma, cuidado de enfermagem, família.

Referências:

1. Martins ML, Silva RD, Ardigo FS, Pereira VC, Perugini VC, Poletto D, Gonçalves MI. Atenção à saúde a criança e do adolescente com estoma intestinal e seus familiares. Porto Alegre: Artmed/Panamericana 2008 3(1): 105-44.
2. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente assistencial. 2^aed. Florianópolis: Insular; 2004.
3. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1997 [acesso em: 2008 dez]. 20p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sisnepabrasco.pdf>.
4. Bóscollo ACP, Stopa MJ, Vincente YA. Peculiaridades dos Estomas Infantís. In: Crema E, Silva R. Estomas: Uma Abordagem Interdisciplinar. São Paulo: Pinti, 1997; p.107-24.
5. Seccani LME, Ribeiro PA, Gravalos S, Paula MAB, Vasconcellos ACLP. Estomas Intestinais em Crianças: Dificuldades Relatadas pelos Cuidadores Familiares no Processo de Cuidar. Rev. Estima. São Paulo. 2007; 5 (3): 16-21.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

42 - Transposição gástrica em crianças: peculiaridades da assistência de enfermagem no pós-operatório

Suzy Groeger Lapa*
Márcia Barbosa de Paiva†

Introdução: A atresia de esôfago é uma malformação congênita que hoje afeta aproximadamente 1 em 4.000 neonatos, impedindo o bebê de se alimentar de forma natural sendo necessário para isso a resolução cirúrgica. A primeira cirurgia reparadora de sucesso, com anastomose primária e ligadura da fístula distal, foi relatada em 1940. Nesta época a transposição gástrica em crianças começa a ser realizada, nos casos em que ocorre a interrupção da luz esofágica, impossibilitando a comunicação do esôfago com o estômago. No entanto, o procedimento só se faz quando não é possível proceder a anastomose primária devido a grande distância entre os cotos. Durante a atuação enquanto residente de enfermagem na área de pediatria chamou-me a atenção o quantitativo de crianças com esofagostomia e gastrostomia. Observei que as crianças portadoras dessas duas ostomias tinham uma história pregressa de atresia de esôfago ao nascer ou ingestão de soda cáustica durante a infância. A reconstrução do trânsito alimentar realizada através da cirurgia de transposição gástrica ou esofagogastroplastia, quando possível, era então realizada de forma eletiva e planejada com pós-operatório realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Na ocasião pude constatar que além de não haver produções científicas na área da enfermagem em relação aos cuidados no pré, trans e pós-operatório, a temática se refere apenas à conteúdos médicos restritos à área oncológica, cirurgias anti-obesidade e à clientela adulta. A equipe de enfermagem que presta cuidado a estas crianças utiliza um olhar diferenciado e sensível frente às situações ocorridas no cotidiano de sua prática produzindo ajustes no desenrolar da assistência que acabam consolidando uma prática profissional. Surgiu então o interesse em conhecer os cuidados de enfermagem prestados a estas crianças durante sua permanência na UTIP, ou seja, no momento mais crítico do pós-operatório. Delineou-se como objeto de estudo a assistência de enfermagem à criança em pós-operatório de transposição gástrica internada na unidade de terapia intensiva pediátrica. **Objetivos:** Identificar o perfil das crianças submetidas a cirurgia de transposição gástrica e descrever os cuidados prestados à criança no pós-operatório de transposição gástrica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa. A coleta de dados foi realizada a partir da observação não participante e análise documental através da consulta aos prontuários. O cenário do estudo foi a UTIP de um hospital materno infantil do município do Rio de Janeiro. Os sujeitos da pesquisa foram todas as crianças em pós-operatório de transposição gástrica que foram admitidas na UTIP no período de 2006 a 2009. A observação compreendeu o período da admissão da criança na UTIP até sua transferência para outras unidades, sendo priorizado o horário da manhã por corresponder ao momento em que a maioria dos cuidados eram realizados. O registro dos dados obtidos através da observação não-participante foi anotado em um diário de campo e contemplava todos os cuidados e procedimentos realizados durante a permanência na unidade. Além disso, eram

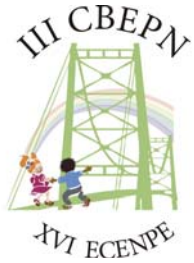
*Enfermeira da Unidade Intermediária do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ e da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/UFRJ. Endereço: Rua Primeiros Sonhos, 250/apt 104. Ilha do Governador. Rio de Janeiro. e-mail: suzylapa@terra.com.br.

† Mestre em Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade do Rio de Janeiro. Gerente da Unidade de Pacientes Graves do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Prof. Assistente da USS/Vassouras. e-mail: marciabpaiva@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

registrados dados do prontuário relativos à identificação, anamnese, história patológica pregressa, entre outras informações. Em atendimento a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos responsáveis das crianças que participaram do estudo. Por envolver seres humanos, esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição, tendo sido aprovado sob o protocolo nº 0005.0.008.000-08. Após a coleta de dados foi realizada a análise seguida do processo de categorização. **Resultados:** No período estudado 5 crianças foram submetidas a cirurgia de transposição gástrica, dessas uma foi a óbito no 3º dia de internação na UTIP. A idade das crianças variou de 2 anos e 3 meses a 6 anos de idade. Em relação ao sexo constatou-se que 60% eram do sexo feminino. A transposição gástrica foi indicada em 80% dos casos devido à atresia de esôfago e 20% por ingestão de soda cáustica. Das crianças que apresentavam atresia de esôfago, 50% tiveram fístula traqueoesofágica distal ligada no período neonatal. Nessas crianças o período de realização da gastrostomia variou do 2º ao 15º dia de vida, e a esofagostomia foi realizada até o 7º dia de vida. A criança que teve indicação cirúrgica por ingestão de soda cáustica realizou a gastrostomia aos 2 anos e esofagostomia aos 5 anos de idade. Todas as cirurgias foram eletivas e duraram em média 8 horas. Ao término do procedimento todas foram encaminhadas a UTIP onde permaneceram por um período de 9 a 12 dias. Da análise dos dados emergiram 5 categorias: Cuidados relacionados a monitorização hemodinâmica, Cuidados relacionados à promoção do conforto, Cuidados com dispositivos tecnológicos, Cuidados relacionados à terapêutica medicamentosa e Cuidados para prevenção e controle de infecção. A monitorização à beira do leito é fundamental nessas crianças, devendo ser contínua e permanente na unidade de terapia intensiva. A instituição em questão dispõe de monitorização multiparamétrica para cada leito, onde são obtidos dados de frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), saturação de oxigênio (satO₂), temperatura transcutânea, pressão arterial não invasiva (PA), pressão arterial invasiva (PAI), caso haja inserção de cateter arterial para essa mensuração, além de monitorização do débito cardíaco através de doppler transesofágico. É aferida também a temperatura axilar com termômetro de mercúrio. Como a cirurgia de transposição gástrica é uma cirurgia eletiva, os enfermeiros são previamente comunicados e o preparo da unidade do paciente é feito de forma a facilitar e tornar mais eficaz a assistência prestada na chegada do paciente. Os recursos tecnológicos, estrutura organizacional, área física, qualificação e quantitativo de recursos humanos são elementos essenciais para o planejamento das ações. A instabilidade hemodinâmica e o posicionamento à que a criança é submetida implicam em manuseio mínimo nos primeiros dias, dificultando por vezes a realização de uma higiene corporal mais apurada. Observou-se, portanto, que neste período os profissionais evitam a realização do banho no leito com a utilização de água e sabão, utilizando como estratégia uma higiene corporal com lenços higiênicos antialérgicos, umectantes e aquecidos. Esse dispositivo viabiliza a realização da higiene, diminuindo o manuseio além de evitar exposição da criança ao frio em lençóis molhados. Um cuidado imprescindível e primordial no sucesso cirúrgico para garantir uma boa cicatrização da área anastomosada é o posicionamento no leito, que apesar de extremamente desconfortável, é necessário por tempo prolongado e deve ser rigorosamente assegurado. A cabeceira do leito deve estar a 45° e a cabeça flexionada para frente e retificada, de forma que o queixo se aproxime do tórax. Para manter esta postura que apesar de incômoda é fundamental, são utilizados coxins e travesseirinhos, além de sedativos, analgésicos potentes e neurobloqueadores musculares que auxiliam na tolerância da postura, na ansiedade e na minimização da dor e do desconforto. Constatou-se que todas as crianças permaneceram nesta posição por aproximadamente 5 à 7 dias e a equipe demonstra grande preocupação com a postura. Em relação à cânula endotraqueal observou-se que a troca da fixação era realizada, sempre que a mesma apresentava sujidade ou começava a descolar da pele. O



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

cuidado de enfermagem na troca da fixação deve ser redobrado tendo em vista a utilização de neurobloqueador muscular, que exige a comprovação e a certeza da intubação. A garantia de uma boa fixação é imprescindível a fim de evitar uma extubação acidental e evitar que as suturas cirúrgicas sejam danificadas no caso de uma reintubação. As sondas nasoenteral, nasogástrica e vesical estavam presentes em todas as crianças e foram introduzidas no centro cirúrgico. A primeira é inserida com objetivo de alimentar a criança, e o início da dieta ocorreu no 4º ou 5º dia de pós-operatório. A sonda nasogástrica foi mantida em sifonagem para evitar acúmulo de ar e secreções no abdome. O dreno de tórax foi outro dispositivo utilizado em 3 das 5 crianças, sendo instalados no 1º e 2º dia de pós-operatório pela ocorrência de derrame pleural. O sedativo de escolha foi o midazolam, que induz à sedação rápida e produz amnésia, e o fentanil foi o analgésico utilizado. Ambos foram utilizados por um período médio de 8 dias. **Conclusão:** As crianças submetidas a cirurgia de transposição gástrica têm um perfil diferenciado e demandam cuidados especiais na assistência. São crianças portadoras de ostomias, que foram submetidas a intervenções cirúrgicas e tiveram várias internações no hospital. A intervenção cirúrgica implica em um pós-operatório delicado, no qual a criança tem grande instabilidade hemodinâmica, e por isso requer dos profissionais capacitação e conhecimento para atuar de forma precisa e eficaz. Os resultados mostram que a enfermagem desempenha um papel fundamental no pós-operatório, pois é ela a responsável por monitorizar a criança, posicioná-la adequadamente no leito, realizar as trocas de curativos, promover conforto e higiene, entre outros cuidados.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, criança, atresia esofágica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

43 - Banho humanizado do recém nascido segundo técnica japonesa

Carla Senna*
Tatiana Kammerst[†]
Vânia Sorgatto Collaço[‡]

Introdução: Trata-se de um relato de experiência sobre a técnica do banho humanizado do recém-nascido. Esta foi desenvolvida pelas enfermeiras obstetras japonesas e trazidas por enfermeiras brasileiras que estiveram no Japão no Curso de Assistência ao Parto Humanizado nas Maternidades e Casas de Parto nos anos de 2003 a 2007. As enfermeiras japonesas fazem desse banho um momento especial, pois o objetivo principal do mesmo é proporcionar um ambiente e cuidados que ativem a memória do bebê, lembrando a vida intra-uterina, que lhe transmitiam segurança, proteção, carinho, aconchego. **Objetivo:** Refletir e compartilhar a vivência sobre o banho humanizado do recém-nascido, segundo técnica japonesa. **Metodologia:** estudo com abordagem qualitativa e exploratória. Os dados emergiram na prática assistencial das acadêmicas de enfermagem em conjunto com a docente responsável pela Disciplina de Materno Infantil, no estágio de Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto de uma Maternidade Escola no mês de junho de 2009. Os fatores que levaram a análise da qualidade do banho na técnica japonesa em relação ao realizado nas unidades foram: experiência profissional anterior com o banho tradicional, no qual se lava primeiro a cabeça do RN e depois o corpo numa segunda etapa, como se bipartisse o RN; a avaliação e comentários sobre o banho realizado pelas funcionárias da enfermagem da instituição que nos viam realizar o banho nesta nova técnica; os relatos dos pais no momento da técnica japonesa e a visualização da resposta da criança perante a técnica no momento do banho. A técnica do banho humanizado: 1 - Escolher um momento para dar o banho, que não seja logo após uma longa mamada, pelo menos uma hora após a última mamada. 2 - Se o ambiente estiver frio ou ventando muito, fechar portas e janelas para evitar correntes de ar e choques térmicos. 3 - Retirar anéis e pulseiras, lavar bem as mãos e antebraços e organizar o espaço onde dará o banho. 4 - Separar o material: a) água morna; b) toalha fralda e toalha normal (de tamanho que dê para você enrolar o bebê, que seja suave ao toque e com boa absorção).c) gazes e algodão; d) sabonete neutro (SE HOUVER NECESSIDADE) e) álcool a 70%; f) fraldas limpas; g) roupinhas do bebê incluindo cueiros e cobertores se necessário; h) termômetro para água; i) banheira; j) Jarra; k) pente ou escova; l) garrafa térmica. 5 - Preparar o ambiente, banheira com água aquecida em temperatura de 36-37°C (use termômetro apropriado ou coloque o cotovelo imerso na água para testá-la). A quantidade de água deve ser o suficiente para o bebê ficar com o corpo imerso na água. 6 - É importante que se tenha preparada uma jarra com água limpa e aquecida na temperatura de 38°C para que esta esteja a 36-37°C no enxágüe do bebê e ao fim do banho. 7- Ter as roupinhas prontas, abertas, com as etiquetas cortadas. Preparar a toalha aberta em cima da superfície para vestir

* Acadêmica de Enfermagem da 6ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina-UNISUL. Rua: das Macieiras, 197, Pedra Branca, Palhoça-SC CEP.: 88137-230. Email: cvsenna@hotmail.com

† Acadêmica de Enfermagem da 6ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. Rua: Irmã Dulci, 28, Jardim Aquários, Palhoça-SC CEP.: 88133-270. Email: tatiana@wavesystem.com.br

‡ Enfermeira. Dda Enfermagem na UFSC. Enfª do CO HU/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) da UFSC. Membro da ABENFO-SC. Profª da Disciplina de Materno-Infantil da UNISUL, Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal; Membro e Coordenadora da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida. Rua: Amaro Antônio Vieira, 1200, Bloco 1, apto 102, Itacorubi, Florianópolis-SC CEP.: 88034-101. Email: parto.domiciliar@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

o bebê. O local da banheira do bebê e local de vestir devem estar a uma boa altura para não prejudicar a coluna do cuidador. 8 - Preparar a toalha fralda na superfície deixando-a arrumada como se fosse um losango. 9 - Tirar a fralda e fazer a limpeza dos genitais com algodão e água morna. Continuar removendo toda a roupa do bebê e enrolá-lo completamente em uma toalha fralda, deixando apenas o rosto para fora. 10 - Cuidadosamente imergir o bebê na banheira, como quem o embala, começando pelos pés, pernas e tronco. 11 - Com sua mão livre, molhar o pano que envolve o bebê, assim ele deverá se sentir seguro e protegido. 12 - Conversar com o bebê, calma e carinhosamente. 13 - Apoiá-lo de forma segura, o pescoço no interior do punho esquerdo e segurar o braço esquerdo com o polegar e o indicador, para que seu corpinho fique flutuando na água por alguns instantes. 14 - Começar a higiene pelo rosto, utilizar somente água limpa. Usar gazes não esterilizadas, discos de algodão ou a própria mão limpa. Começar pelos olhos. Uma gaze para cada olho. Limpar do canto exterior para o interior e chegando ao interior, para baixo. Repetir se necessário. Lavar o resto do rosto. Lave o nariz, reentrâncias dos ouvidos e atrás das orelhas. 15 - Lavar o cabelo utilizando a toalha fralda, se necessitar destape a cabeça e lave-a massageando o couro cabeludo. Depois volte a envolvê-lo com a toalha fralda novamente. 16 - Afrouxar a toalha fralda na região do tronco para lavar o pescoço dando atenção nas pregas de pele. 17 - Eleger um dos lados para lavar e este que irá ser destapado, lavar com suavidade a mãozinha, o braquinho, as pregas de pele na axila, o tronco e o cordão umbilical, como quem também o massageia, após volte a tapá-lo. 18 - Fazer o mesmo com o lado oposto. 19 - Manter o bebê todo coberto até a região da cintura e descobrir a parte da genitália, das pernas e pés, e por fim, realizar a higiene da região. Nas meninas, lavar sempre da frente para trás, evitando contaminar a uretra ou vulva com restos de fezes. Nos meninos, não se deve retrair o prepúcio. 20 - Remover toda a toalha fralda do bebê o mais rápido possível e virá-lo de bruços. Apoiar o peito no interior do punho, passar o braquinho esquerdo por cima e segurar o braquinho direito com o polegar e o indicador. Apoiar os joelhos do bebê no fundo da banheira. Cuidado para não mergulhar o rosto na água. Lavar as costas e a região glútea. 21 - Se achar conveniente utilize novamente a toalha fralda para proteger as costas, mas na maioria das vezes os bebês sentem-se protegidos assim não necessitando da fralda. Lave as costas e se precisar fazer retoque na parte de trás do cabelo aproveite para fazê-lo. 22 - Remover a toalha fralda e enxaguar o bebê utilizando a jarra com água limpa, certificando de que a água está 37°C. 23 - Manter o bebê ainda de barriga para baixo, colocando uma toalha seca sobre ele. Leve-o nesta posição até uma superfície na qual ele possa ser aconchegado com a toalha, mantendo o contido por alguns segundo na cabeça e nádegas Assim a toalha absorve a maior parte da umidade e o bebê aquece. É importante sempre conversar com o bebê e após secar todos os membros e dobras com suavidade. 24 - Colocar uma fralda, fazendo uma dobra à frente, de modo a que o cordão umbilical fique de fora, no caso do menino procurar posicionar o pênis na fralda para baixo ou para o lado, pois assim, molha facilmente o coto. 25 - Vestir o pagão no bebê. Antes de fechá-lo completamente, realizar o curativo do coto umbilical: usar gazes não esterilizadas e álcool a 70°. Limpar bem na zona de inserção da pele e incluir também o restante do coto. Depois de secar durante um minuto, tapá-lo apenas com a roupa do bebê. Não se aplicam compressas ou faixas no umbigo. 26 - Vestir o resto da roupinha e penteá-lo. As roupas devem ser adequadas para a estação do ano. 27 - Como resultado terá um bebê relaxado e pronto para mamar. 28 - Amamente e desfrute junto com o bebê o momento pós-banho. Obs.: Você pode dar o banho humanizado Japonês até que o bebê lhe diga que não precisa mais dele, por se sentir seguro suficiente para um banho sem estar envolvido em uma toalha fralda. **Resultados:** foram encontrados: 1º o desconhecimento dessa técnica de banho pela maioria dos profissionais da enfermagem e todos os pais; 2º os pais e profissionais ficaram encantados com a tranqüilidade do bebê no banho; 3º enquanto alunas nos sentimos mais seguras em dar o banho, pois o recém-nascido



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

fica calmo e raramente chora; 4º neste banho o RN boceja muito e até dorme em alguns momentos; 5º Ao sugerirmos a utilização dessa técnica como rotina a devolutiva foi que o déficit de profissionais na unidade dificultaria a implementação, pois para eles a realização desta técnica aumenta o tempo de cuidado para cada recém-nascido. **Conclusão:** Reforçamos a importância da adesão a técnica japonesa, por ser pouco agressivo, ser prazeroso e relembrar o ventre materno. Destacamos que é prazeroso a quem dá o banho (aluno), facilitando o aprendizado, pois como a resposta do bebê é calma e tranquilidade, deixa o aprendiz mais seguro e a família feliz. Identificamos que o mesmo além de proporcionar higiene e conforto promove um momento de relaxamento e bem estar ao RN, deixando-o mais sereno. Observamos que essa técnica promove a participação ativa da mãe, do pai e da família aumentando o vínculo afetivo, como o RN quase não chora facilita os momentos de interação e trocas. Como resultado final, você terá um bebê relaxado, limpo e pronto para ser amamentado, por isso é muito humanizado.

Palavras-chaves: banho humanizado, técnica japonesa, recém nascido

Referência:

FEYER, Iara Simoni Silveira et al. **O Florescer da Vida:** parto domiciliar planejado, orientações para gestação, parto e pós-parto. Florianópolis: Lagoa Editora, 2009.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

44 - O aleitamento materno após a mamoplastia redutora

Bianca Knevitiz Costa*

Aline Goulart Kruel*

Michele Fernandes Andrade Silva*

Maria da Graça Corso da Motta†

Introdução: A partir da motivação das alunas em saber se a mamoplastia redutora interfere na amamentação, foi realizada uma revisão bibliográfica para a disciplina Pesquisa e Enfermagem I do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Visto que a mulher vive numa sociedade que valoriza muito a aparência física e que, absurdamente, menospreza as pessoas que têm um corpo que se desvia de um padrão estabelecido, foi desenvolvido esse estudo.¹ Dessa forma, muitas mulheres que possuem os seios excessivamente grandes são motivadas a realizar a cirurgia plástica redutora da mama, seja por uma questão estética, seja por orientação médica decorrentes de outros problemas que a mama possa apresentar ou acarretar. As pacientes que buscam a plástica mamária encontram-se geralmente em período reprodutivo² e, muitas delas, apresentam a auto-estima abalada pelo tamanho da mama, de modo que se sentem melhores após a cirurgia nos aspectos sexual, afetivo, social e profissional.¹ O número de mulheres submetidas à mamoplastia redutora que desejam amamentar vem aumentando, especialmente devido à difusão das campanhas de estímulo e incentivo à amamentação nos hospitais,³ porém uma mãe que tenha realizado esse tipo de cirurgia fica angustiada para saber se vai conseguir amamentar normalmente. Com isso surgem as dúvidas quanto ao aleitamento materno, se a cirurgia plástica redutora da mama interfere na prática da amamentação. A enfermagem surge nesse contexto com um papel muito importante: informar às pacientes se a mamoplastia redutora interfere no aleitamento materno bem como, incentivá-las à sua prática, informando os benefícios que acarreta não somente ao bebê, como também, à própria mãe, de maneira que a maioria das mães que amamenta diz sentir-se renovada, completa, realizada e feliz. As evidências mostram que as taxas e o tempo de duração da amamentação aumentam quando a mulher recebe aconselhamento. Aconselhamento em amamentação implica o profissional escutar, compreender e oferecer ajuda às mães que estão amamentando, fortalecendo-as para lidar com pressões, promovendo sua autoconfiança e auto-estima e preparando-as para a tomada de decisões.⁴ **objetivo:** Identificar se a cirurgia plástica redutora da mama exerce influência na amamentação. **Metodologia:** Para a realização desse estudo foram feitas pesquisas em livros e artigos sobre amamentação e cirurgia plástica. **Resultados:** Para as mulheres e, também, para os que a observam, os seios simbolizam feminilidade, sensualidade, fertilidade e habilidade de nutrir. A importância das mamas como expressão máxima da sensualidade feminina ficou evidente com os profundos distúrbios psicológicos causados pela mastectomia, que é vista como a castração feminina.⁸ O tamanho da mama “ideal” varia de tempos em tempos e não necessariamente coincide com a normalidade biológica. De forma que, para alcançar esse padrão imposto pela sociedade, as mulheres se submetem a cirurgias plásticas.⁸ A mamoplastia redutora é uma dessas cirurgias que são feitas com o objetivo de buscar o tamanho de mama desejado, com uma boa aparência. Motivos de ordem médica também influenciam bastante para a realização da cirurgia, são eles: sulco nos ombros; dor nas costas, nos ombros e pescoço; mastodínia;

* Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. End.: Rua Ocívio de Oliveira, 106. Bairro: Jardim da Figueira. Gravataí – RS. Fone: (51) 93356023. E-mail: biancaknevitiz@hotmail.com

† Doutora, professora da Escola de Enfermagem da UFRGS.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

maceração, infecção da região inframamária⁷, hipertrofia maciça das mamas na gravidez.¹⁰ As razões psicológicas também contribuem para esse tipo de cirurgia: melhorar a auto-estima, ter mais afeto e aprovação de outras pessoas⁹, vergonha, sentimentos de desvalorização, desconforto para exercícios, perda de atrativo sexual e feminilidade⁷. Uma preocupação apresentada por mulheres que realizam cirurgia plástica redutora de mamas é se ela interfere na prática da amamentação. Isso porque já está bem documentada a importância do aleitamento materno para a criança, a mãe e a sociedade em geral. Uma análise baseada em seis estudos mostrou que as crianças menores de 2 meses de idade não amamentadas apresentaram um risco 6 vezes maior de morrer por doenças infecciosas (diarréia, infecção respiratória aguda, otite média, entre outras) quando comparadas com crianças amamentadas. Além disso, o aleitamento materno contribui para uma menor prevalência de alergias, prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, melhor desenvolvimento neurológico da criança, proteção contra câncer de mama e de ovário na mulher e promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho.⁸ Segundo alguns autores, o aleitamento materno pode ser possível após a realização da mamoplastia redutora. O motivo da não possibilidade de amamentação pode advir de causas anteriores a cirurgia como: inversão mamilar não tratada pela cirurgia, alterações hormonais maternas ou dificuldades do próprio lactente. É importante não garantir a uma paciente que ela poderá amamentar após a cirurgia plástica mamária. Caso isso seja uma condição à realização da cirurgia, o cirurgião não deverá realizar o procedimento.²⁻⁵ Outros afirmam que a técnica utilizada na cirurgia plástica redutora de mamas influencia na prática da amamentação, pois se não forem preservados vasos e nervos da mama não ocorrerá uma adequada produção de leite, da mesma maneira que é necessária a preservação dos ductos lactíferos para o escoamento do leite produzido. A lesão de vasos e nervos também pode alterar a sensibilidade do conjunto mamilo-aréola, que, sugado pelo bebê, passa a não determinar estímulo adequado para que a hipófise anterior produza prolactina, com conseqüente baixa na produção de leite. Nesse caso, também não há estímulo adequado para a produção de ocitocina pela hipófise posterior, diminuindo a liberação do pouco leite produzido.^{1,6,7} Um desses autores diz que quando se tratar de mamas muito grandes, que foram reduzidas acentuadamente, a lactação poderá ficar prejudicada independentemente da técnica utilizada.⁶ Foi realizada uma pesquisa com 49 mulheres submetidas à mamoplastia redutora no HCPA, na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e em uma clínica privada de cirurgia plástica e com 96 mulheres que pertenciam ao grupo controle (aquelas que não realizaram esse tipo de cirurgia). Nesse estudo, observou-se que as mulheres que fizeram a cirurgia relataram, com maior freqüência, problemas no período de estabelecimento da lactação (primeiros 10 dias) do que as do grupo controle, 92% e 54% respectivamente. As dificuldades foram: ingurgitamento, fissuras, mastite e pouca produção de leite. Após os primeiros 10 dias de amamentação as mulheres que realizaram mastoplastia redutora também apresentaram mais dificuldades quando comparadas com as do grupo controle, 76% e 28% respectivamente. As dificuldades foram as mesmas encontradas nos primeiros 10 dias. Na pesquisa também foram analisadas a freqüência e a duração do aleitamento exclusivo. Quase 30% das mulheres que se submeteram à mamoplastia redutora nunca amamentaram exclusivamente seus filhos, enquanto para aquelas que não realizaram essa cirurgia o índice foi de 7%. Quando a criança completou 1 mês somente 21% das mulheres com cirurgia redutora das mamas amamentavam exclusivamente e 70% das mulheres sem cirurgia faziam esse tipo de amamentação. No fim do quarto mês, 4% das mulheres com cirurgia e 22% das mulheres sem cirurgia amamentavam exclusivamente. O tempo médio de aleitamento materno exclusivo entre as mulheres com mamoplastia redutora foi de 0,8 mês ou 25 dias e para as mulheres sem cirurgia foi de 2,8 meses.⁸ Esse estudo mostrou que a mamoplastia redutora com freqüência é um obstáculo à amamentação bem sucedida, ao evidenciar que as mulheres submetidas a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

essa cirurgia apresentaram mais dificuldades durante o aleitamento e amamentaram menos, quando comparadas com mulheres que não realizaram essa cirurgia. **Conclusão:** A partir dos resultados encontrados, percebe-se que o aleitamento materno pode ser possível após a cirurgia plástica redutora de mamas, desde que seja utilizada a técnica correta em que os vasos e os nervos das mamas sejam preservados. Entretanto, constatou-se também, que mulheres que realizaram esse tipo de procedimento cirúrgico, apresentaram, com maior frequência, problemas com a lactação, em relação às mulheres que não foram submetidas a essa cirurgia. Desse modo, apesar de a mamoplastia redutora frequentemente ser um obstáculo à amamentação bem sucedida, não existem evidências de que não seja possível a sua prática após esse tipo de cirurgia.

Palavras-chave: aleitamento materno, cirurgia plástica, mamoplastia redutora, mastoplastia redutora.

Referências:

1. LANA, A. P. B. O livro de estímulo à amamentação: Uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001.
2. JAEGER, M. R.; BARCELLOS, C. H. Aleitamento materno após a cirurgia plástica redutora da mama. Arq. Catarin. Med., Florianópolis, v. 29, n. 1, p. 275-277, 2000.
3. REGO, J. D. Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu, 2006.
4. BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.80, n.5, p. 126-130, 2004.
5. JAEGER, M. R.; TERRES, M. É possível o aleitamento materno após a cirurgia plástica redutora da mama? Rev. Bras. Mastol., Rio de Janeiro, n.8, p. 185-189, 1998.
6. CARVALHO, M. R. de. Amamentação - Bases Científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
7. WEINZWEIG, J. Segredos em Cirurgia Plástica: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artmed, 2001.
8. SOUTO, G. C. O efeito da mamoplastia redutora na prática do aleitamento materno. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001. (Dissertação para obtenção do título de mestre em pediatria).
9. RIBEIRO, S. F. M.; FERREIRA, M. C.; JÚNIOR, P. T.; BONAMICHI, G. T. Aspectos de personalidade e motivações de pacientes para mastoplastia. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med, São Paulo, v. 47, n.6, p. 290-294, 1992.
10. FILHO, A. R. S.; BURLA, J. M.; JESUS, N. R.; GOMES, N. D; GONZALES, A. B. Hipertrofia das mamas na gravidez: relato de caso. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.413-417, 2002.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

45 - Integralizando saberes e atitudes em busca do restabelecimento emocional da criança, adolescente e seus familiares nas unidades de internação pediátrica

Adriana da Silva Ferraz*
Gisele Perin Guimarães†
Laura C.da S. Lisboa de Souza ‡
Micheline de Fátima da Silva§

Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras que vivenciam o cotidiano de crianças e adolescentes em uma unidade pediátrica de um hospital escola da rede pública de saúde, que acolhem um total no momento de 24 crianças, de diferentes classes sociais, credo e etnia, com faixa etária de 30 dias até 14 anos 11 meses e 29 dias, procedentes da Grande Florianópolis, e de diferentes partes do Estado de Santa Catarina, até mesmo em alguns casos fora deste. O objetivo deste relato é de alertar os profissionais que tem sua prática assistencial em unidades pediátricas para a necessidade da integralização de saberes e atitudes como determinante no sucesso do restabelecimento emocional e/ou psicopatológico destas crianças, adolescentes e seus familiares. Esta necessidade surge diariamente no nosso caminhar onde estamos a cada dia evidenciando que a clientela que compõem o quadro de internações nesta unidade pediátrica está cada vez mais variado com um aumento progressivo na demanda de hospitalização desses sujeitos por doenças de ordem emocional/psíquica. Em nosso cotidiano quando recebemos as crianças/adolescentes na pediatria temos a informação de que a princípio a internação se dá por um diagnóstico relacionado há alguma patologia física ou até mesmo com diagnóstico a esclarecer, mas no decorrer da internação muitas vezes a situação muda de rumo e se chega à conclusão de que é uma hospitalização por determinada desordem emocional/psíquica, podendo ou não estar associada há alguma doença aguda ou crônica. O que nos chama a atenção é que na sua maioria as internações são reincidentes, geralmente pelo mesmo motivo da hospitalização anterior. Fica também evidente nestes casos de que os pais e/ou acompanhantes desta criança/adolescente, é que solicita que o cliente seja hospitalizado para que se possa definir melhor o diagnóstico que a princípio não foi aceito por eles. Nesta trajetória os pais passam por um processo clássico de negação quando lhes é dado o diagnóstico diferencial, não acreditando que seu filho (a) possa estar realmente vivenciando um processo de desajuste em algum processo sensorial seja este perceptivo, cognitivo e/ou motor. Para os familiares é muito mais aceitável que seja comunicado alguma alteração física do que de conduta, passando a pedirem pareceres de outros especialistas, exames, dentre outros que possam comprovar que o profissional de ponta esteja equivocado em sua colocação. Em muitos casos o desajuste da criança/adolescente está relacionado a atividades ou responsabilidades em excesso, brigas ou separação dos pais, ingresso na escola (separação contínua dos pais),

* Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva. Enfermeira Assistencial da Prefeitura Municipal de Florianópolis e da SOS Cardio.

† Mestre em Enfermagem. Enfermeira Assistencial do Serviço de Neonatologia do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes de São José e da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Comitê de Mortalidade Neonatal de São José/SC. Membro do Grupo de Pesquisa de Educação em Enfermagem (EDEN).

‡ Doutora em Enfermagem. Chefe do Serviço de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora da UNISUL. Membro do Grupo de Pesquisa NUPEQUIS.

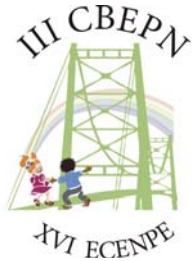
§ Enfermeira Assistencial da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC. End: Antonio França, 177, apto 306 – Bloco: B – Areias – São José/SC. E-mail: michelinisilva@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

morte na família, exigências por parte dos colegas, rejeições da turma, disciplina confusa por parte dos pais, exigências ambíguas da sociedade (aquisição da linguagem, independência, responsabilidades), hospitalização e doenças, agressões físicas e/ou psicológicas, dentre outros. Frente a tantos desajustes percebemos que mesmo nós profissionais temos muitas vezes dificuldades no desvelamento das fragilidades psicológicas não só da criança/adolescente como também de seus familiares. Talvez esta seja a nossa dificuldade enquanto pessoas aparentemente preparadas para atuarmos nesses espaços sejam por termos uma visão unidirecional, mais voltada para as doenças que acometem o nosso dia-a-dia, estando pouco preparada para as doenças da tal “modernidade”, ou “pós-modernidade”. Nossas crianças/adolescentes estão assoladas por medos, inseguranças, vítimas de abusos psicológicos, físicos e morais, longe do que acreditamos e esperamos para um futuro próspero. A criança de hoje será o adulto de amanhã. Pensando deste modo, e considerando que a criança não possui um desenvolvimento intelectual e emocional que as capacitem ao enfrentamento do mundo moderno, estão extremamente suscetíveis as alterações do seu estado emocional e até mesmo a um elevado grau de estresse. O fato é que à medida que enfrentam novos desafios, pressões e expectativas dos que as cercam, ficam vulneráveis a ansiedades, conflitos, frustrações e sentimentos de culpa, em sua maioria provenientes do contexto social e até mesmo familiar que as cercam, acabam por desencadear doenças emocionais/psíquicas e até mesmo físicas. Uma infância carente e problemática onde as dificuldades dos pais, de passar afeto e suprir as carências afetivas da criança, vão fazendo com que ela vá se sentindo insegura, e incapaz de enfrentar as dificuldades que forem surgindo em cada etapa de sua vida. De certa forma nossa experiência tem denotado que as questões diagnósticas e de conduta vai depender sem dúvida do profissional que estiver conduzindo a hospitalização, mas a enfermagem pediátrica deve e tem seu papel de louvor, considerando sua atuação ampla, direcionada e continua no serviço. Assim vale ressaltar que o modo de agir, compartilhar e de se comunicar deve ser algo singular, principalmente se pensarmos na humanização da assistência ao ser humano desprovido de suas condições favoráveis de saúde. Deste modo concluímos que talvez a melhor forma de trabalharmos estas questões com os protagonistas desta história é através do simbólico e do lúdico; com uma equipe interdisciplinar, composta principalmente por: pediatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, que consigam ver o ser humano na sua totalidade, buscando aspectos familiares e de desempenho social para fazermos a melhor abordagem possível. Além destas questões intra-hospitalares, torna-se importante que seja oferecida uma continuidade do acompanhamento extra-hospitalar, com apoio das Unidades Básicas de Saúde, através dos Programas de Saúde da Família, com extensão para as Unidades Escolares de Ensino, oportunizando o restabelecimento do ser humano em sua essência. Muitas vezes a criança tem dificuldade de expressar suas emoções, daí a necessidade de criar mecanismos que possibilitem a ela exteriorizar seus sofrimentos. O diálogo é fundamental, mas fazer o uso de desenhos, brincadeiras e até mesmo do teatro de fantoches tem nos mostrado de forma positiva um reajuste desta criança no seu espaço ajudando a vencer seus medos e angústias, conseguindo restabelecer a sua personalidade preservando sua saúde e seu bem-estar nessa fase da vida. Cremos que trabalhar com o brinquedo terapêutico, com atividades lúdicas que auxiliem as crianças e as famílias a se prepararem para o processo de hospitalização e conviver com as doenças da pós-modernidade típicas do mundo de correrias e a realidade do fast-life. Como diz Carl Honoré, precisamos buscar lentificar nossos passos para ter qualidade de vida, caso contrário estaremos adquirindo doenças da alma, como vêm ocorrendo até com as crianças.

Palavras-chave: pediatria; crianças; adolescentes, familiares; equipe de saúde.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

46 - Compreendendo a evolução da sessão de brinquedo terapêutico no contexto da prática assistencial à criança*

Vera Lucia Alves dos Santos[†]

Circea Amalia Ribeiro[‡]

Fabiane de Almeida Amorim[§]

Regina Issuzu Hirooka de Borba^{**}

Introdução: O brinquedo é um dos fenômenos sociais e psicológicos que há muito vem sendo estudado, devido sua importância na vida da criança. Ele é um recurso imprescindível ao desenvolvimento infantil nas diferentes culturas, nos diferentes continentes do planeta e na maioria dos períodos da história da humanidade. É no brinquedo que a criança tem a oportunidade de observar e refletir o mundo que a rodeia, bem como entender e reformular seu próprio comportamento, incorporando gradualmente habilidades motoras, psicológicas e sociais mais complexas. Desenvolvido por enfermeiros, o Brinquedo Terapêutico – BT – é um modo de brincar estruturado que possibilita à criança entender e aliviar a ansiedade provocada por experiências desconfortáveis, ameaçadoras ou dolorosas, atípicas para a infância, e que exigem mais que recreação para serem amenizadas. Há vários estudos cujo tema principal é o BT, os inúmeros benefícios que ele apresenta para a criança e para a satisfação profissional da enfermeira ao ver seu trabalho valorizado e reconhecido, além outros relacionados ao ensino do BT nos cursos de graduação em Enfermagem. Mesmo sendo tão importante, o BT não é amplamente utilizado e não há, trabalhos publicados, relacionados especificamente ao transcorrer da Sessão de BT, se há fases ou etapas em uma sessão de BT e quais são elas, para que ela sinta maior segurança na sua aplicação. **Objetivo:** identificar e descrever as etapas das sessões de BT realizadas com uma criança hospitalizada. **Método** Para alcançar o objetivo proposto foi escolhido como estratégia metodológica o estudo de caso com abordagem qualitativa e adotados como referenciais teóricos a teoria de Vygotsky sobre o brincar e o Interacionismo Simbólico. Vygotsky estabelece a situação imaginária como característica definidora do brinquedo infantil e o olhar interacionista possibilitou a compreensão de como a criança interage com a doença e a hospitalização, a partir das situações imaginárias manifestadas por ela durante a Sessão de BT. O estudo de caso foi desenvolvido na unidade de internação pediátrica de um hospital estadual de ensino, de médio porte, situado no município de Santos, SP, referência no atendimento da população de toda a Região Metropolitana da Baixada Santista. O sujeito da pesquisa foi um menino de nove anos de idade, com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica e Peritonite, que anteriormente havia sido hospitalizado para inserção de cateter para diálise peritoneal e, no período do estudo realizava hemodiálise três vezes por semana, aguardando a cirurgia de

* Dados preliminares da pesquisa A SESSÃO DE BRINQUEDO TERAPÊUTICO: BUSCANDO SUBSÍDIOS PARA SUA COMPREENSÃO E UTILIZAÇÃO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA, vinculada ao Grupo de Estudos do Brinquedo – GEBrinq

[†] Mestre em Enfermagem e Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo; docente da Universidade Católica de Santos. Endereço (UNISANTOS/NECOM): Av. Conselheiro Nébias, nº 300, Santos – SP CEP:11015-002. E-mail: veraluciaas@terra.com.br ou necom@unisantos.br

[‡] Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

[§] Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Docente da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo e da Universidade Metropolitana de Santos.

^{**} Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

transplante de rim, cuja doadora foi a mãe. Por motivos de sigilo de identidade, neste estudo, o menino recebeu o nome de Flávio. Os dados foram coletados junto à criança, durante a realização das sessões de BT Dramático, considerando também seu entorno. As técnicas para coleta de dados, além da observação, foram: análise documental do prontuário da criança para conhecer seu histórico de hospitalização; e entrevista com a mãe do menino, para saber como a criança se comportava antes das manifestações da doença e da hospitalização. A observação da criança aconteceu durante as sessões e sempre que a pesquisadora estava presente, para que fosse possível fazer um cotejamento de como a criança se comportava nas diferentes circunstâncias cotidianas como alimentação, higiene, realização de procedimentos, recreação e na presença de membros da equipe hospitalar, de outras crianças, de familiares e de amigos. Foram realizadas quatro sessões de BT, todas filmadas por duas alunas do curso de graduação em Enfermagem treinadas para a atividade; e transcritas pela pesquisadora, em seguida a cada sessão. A análise dos dados aconteceu concomitante à coleta dos mesmos, exigindo um cuidado especial na organização do registro e armazenamento dos dados, para que cada informação importante fosse facilmente encontrada sempre que necessário. Para análise das Sessões, de acordo com o referencial teórico adotado, foram observados principalmente: significado atribuído por Flávio aos objetos de brincar escolhidos por ele; situações imaginárias dramatizadas por Flávio; reações ou manifestações de Flávio e o que as provocava; momento da Sessão em que aconteceu cada reação, manifestação ou situação imaginária, o que a antecedeu, o que a sucedeu e desdobramentos; informações oferecidas pela mãe e pela equipe de enfermagem, a respeito de Flávio; e informações obtidas através do prontuário hospitalar do menino. **Resultados:** O estudo indicou que há no mínimo quatro etapas diferentes em cada sessão: “observando e explorando”; “estabelecendo vínculo” ou “Rapport”; “dramatizando”; “parando de brincar – encerramento da Sessão”. A etapa, “observando e explorando” ficou clara desde a primeira sessão, quando a criança manuseou e observou cuidadosamente o material que lhe era oferecido para brincar. O “observando e explorando” parece relacionar-se de modo significativo com a etapa “estabelecendo vínculo”, pois o estabelecimento de um vínculo de confiança parece estar relacionado à observação feita pela criança. A criança observa a enfermeira, o ambiente e o material disponível para brincar, até que comece a experimentar os resultados de suas primeiras conclusões e comece a brincar. Observar e explorar foram ações que se mostraram muito próximas e interligadas. As evidências de “estabelecendo vínculo” aconteceram na segunda Sessão quando foi identificado que a criança esforçou-se em ouvir ou entender o que era dito a ele; esboçou um sorriso, por duas vezes, a primeira quando a pesquisadora pediu que mostrasse para a câmera o desenho que havia acabado de pintar e a segunda quando foi pedido que ele mesmo segurasse os desenhos para a câmera focalizar; e a evidência mais significativa de que havia o estabelecimento de vínculo ocorreu ao final da segunda sessão quando a criança ofereceu espontaneamente o desenho feito por ela, como presente para a pesquisadora. A etapa “dramatizando” é uma das mais importantes, pois é nela que a criança mostra claramente para a enfermeira a situação imaginária e como ela se relaciona com a doença e a hospitalização, oferecendo informações valiosas para o planejamento da assistência de enfermagem àquela criança. No caso estudado as situações imaginárias manifestadas pela criança, relacionavam-se às sucessivas punções venosas a que era rotineiramente submetido. Na terceira sessão a criança dramatizou, articulando a circunstância real vivida por ele com a doença/hospitalização e a situação imaginária criada por ele, de modo evidente e eficiente; representou, no brinquedo pessoas de diferentes idades, doentes e hospitalizadas, que precisavam ser “furadas” para melhorar. A partir da etapa “dramatizando” a criança mostrou-se falante, interessada, conversando fluentemente com a pesquisadora, fazendo perguntas sobre tudo o que lhe despertava a atenção. A última etapa observada no estudo é a “parando de brincar – encerrando a sessão”. As três primeiras sessões foram encerradas de acordo com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

a técnica do BT, isto é, a enfermeira-pesquisadora combinou previamente com a criança que avisaria quando chegasse o momento de parar de brincar e guardar os brinquedos. Na quarta sessão, quatro dias depois da terceira, a criança aparentou não estar interessada pelo brinquedo, dando a falsa impressão de que havia retornado ao estado de apatia observado na primeira sessão e foi a criança que depois de poucos minutos de iniciada a sessão ela guardou os objetos de brincar oferecidos ao início de cada sessão. Porém, imediatamente após encerrada a sessão a criança correu para brincar, chutando bola, imaginando-se em um estádio de futebol em dia de clássico e chamando a acadêmica de enfermagem que fazia as filmagens, e a pesquisadora para serem suas adversárias no jogo. Esta atitude da criança demonstrou que a brincadeira estruturada na sessão de BT não era mais necessária e ela estava pronta para as brincadeiras livres, que havia abandonado desde o início da hospitalização. **Conclusão:** O estudo mostrou que é importante que a enfermeira identifique em qual sessão BT dramático alcançou seu objetivo e o momento em que a sessão esta terminada para a criança. Em uma visão mais ampla, incluindo as quatro Sessões, podemos visualizar que na primeira Sessão aconteceu o explorar, mas a ênfase foi observar; na segunda, a criança continua a observar, porém o explorar fica evidente quando ela escolhe e decide o que fazer; e na terceira, acontece o observar, o explorar e as situações imaginárias, isto é, a dramatização, é evidente. O estudo deixou claro que há diferentes etapas em uma sessão de BT e que elas podem ser delimitadas a partir das manifestações verbais e não verbais da criança. Porém, a enfermeira deve estar atenta às etapas que podem sobrepor-se, especialmente durante a primeira sessão, quando o “observando e explorando” está muito ligado ao “estabelecendo vínculo”. Mesmo conhecendo a importância do Brinquedo para a criança, fui surpreendida pela força de seus benefícios e a rapidez nos resultados positivos que ele apresentou na seqüência das Sessões. Isto fortaleceu meu interesse em conhecer e aplicar melhor esta intervenção imprescindível à assistência a criança.

Palavras-chave: criança, brinquedo, cuidado.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**47 - A utilização do brinquedo terapêutico instrucional para Punção de Porth
Cath - relato de experiência**

Flávia de Cássia José Russo*
Renata Pereira[†]

Uma criança quando hospitalizada pode vivenciar situações negativas em seu estado físico como em seu estado emocional; desta forma, a utilização do brinquedo terapêutico pode ser uma forma de minimizar os efeitos negativos da doença e da hospitalização, proporcionando aumento das suas chances de sobrevivência e cura com qualidade de vida. A compreensão de brincar como necessidade básica é essencial ao profissional que cuida da criança, inclusive no meio hospitalar, devendo ser valorizada tanto quanto a higiene, a alimentação, a medicação ou o curativo. Através do brinquedo, a criança inicia sua interpretação social, aprende a conviver com os outros, a situar-se frente ao mundo que a cerca; ela se exercita brincando. Brincando a criança desenvolve seu lado emocional e afetivo, bem como algumas áreas de domínio cognitivo, tais como a capacidade de síntese e o jogo simbólico. No que se diz respeito à criança doente, o brinquedo apresenta quatro funções, a primeira é permitir liberar a raiva por meio da expressão, a segunda é a repetição de experiências dolorosas a fim de compreendê-las, a terceira é o estabelecimento de um elo entre o lar e o hospital e a quarta função é retrair-se para readquirir controle. Essas quatro funções permitem a criança manipular o seu mundo, bem como obter o controle da situação. O Brinquedo Terapêutico corresponde a um brinquedo estruturado que possibilita a criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas a sua idade, que costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada; devendo ser usado sempre que a criança tiver dificuldade em compreender ou lidar com a experiência, tem também a função de auxiliar no preparo da criança para procedimentos terapêuticos assim como para que ela descarregue sua tensão após os mesmos, dramatizando as situações vividas e manuseando os instrumentos utilizados ou brinquedos que os representem. O uso do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem a criança é importante, pois pode facilitar uma resposta positiva da criança durante um procedimento doloroso, após demonstração de comportamentos ou respostas na brincadeira. Atualmente o brinquedo é amplamente reconhecido como uma forma de comunicação universal das crianças, nesse sentido, o brinquedo terapêutico ajuda na comunicação enfermeira – criança durante o preparo para um procedimento doloroso. Assim, na sistematização da assistência de enfermagem a criança hospitalizada o enfermeiro deve prever, prover e facilitar a participação da criança nos diferentes tipos de brincadeira, além de participar dessa atividade; essa participação torna-se importante para que a criança não o relacione apenas a procedimentos desagradáveis e dolorosos e para que se estabeleça uma relação de confiança e amizade entre eles. Para transformar um brinquedo em terapêutico, a enfermeira deve tecer alguns objetivos, como diminuir estresse gerado pela hospitalização, utilizar o brinquedo como instrumento educativo por meio de orientações, dar oportunidade à criança e ao adolescente de brincar ou jogar, preparar a criança e ao adolescente para procedimentos a serem realizados, ou melhorar o relacionamento entre os profissionais de enfermagem e as crianças. Para que o brinquedo seja significativo para a criança, é preciso que ofereça pontos de contatos com a

* Enfermeira do Hospital Infantil Sabará e Coordenadora do Grupo de Humanização – flavia.jose@uol.com.br
Rua Eleutério, 171, Bloco E apto 133, Camilópolis – Santo André – SP – CEP: 09230 – 350.

[†] Enfermeira do Hospital Infantil Sabará, Sub Coordenadora do Grupo de Humanização, Integrante do Grupo de Estudo do Brinquedo (GBRINQ).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sua realidade, sendo a hospitalização a realidade vivenciada. Proporcionando ainda a criança hospitalizada a oportunidade de reorganizar a sua vida, seus sentimentos e diminuir a ansiedade, podendo também ser utilizado para ajudá-la a reconhecer seus sentimentos, assimilar novas situações, compreender o que se passa no hospital e esclarecer conceitos errôneos, ajudando-a em sua recuperação. É brincando que ela consegue imaginar, criar, extravasar sentimentos positivos e/ou negativos. O objetivo do trabalho é aliviar a tensão da criança diante de um procedimento invasivo e novo, esclarecendo através do brinquedo a importância e a necessidade do mesmo. Foi realizada uma sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional o mesmo prepara a criança por meio de uma brincadeira, para os procedimentos a qual será submetida, a fim de promover suas compreensões do tratamento e clarear conceitos errôneos, permite à criança saber o que deve esperar e como deve participar durante o procedimento; compreender a finalidade do procedimento; envolver-se na situação em vez de ser tratada como objeto passivo, manipular o material da experiência previamente e posteriormente, estabelecer relação de confiança no adulto e profissional; a sessão durou aproximadamente 40 minutos e foi realizada em uma criança de cinco anos portadora de Leucemia Mieloide Aguda para primeira punção de porth cath, utilizamos a boneca (Malu) e materiais hospitalares, o local escolhido foi o leito da criança. Durante a sessão a criança manipulou tranquilamente a boneca e os materiais hospitalares em especial a agulha utilizada, a mesma realizou o procedimento por várias vezes na boneca, porém quando falado que seria a hora de realizarmos o procedimento nela a mesma começou a chorar e recusar nossa presença, foi necessário a contenção das mãos da criança para podermos realizar a punção. Acredito que mesmo sendo visualizada a recusa da criança para tal procedimento o objetivo da sessão foi alcançado, pois a criança observou que tudo o que foi explicado através do boneco foi realizado, acredito também que iniciou uma relação de confiança entre a enfermeira e a criança, pois por outras vezes foi necessário a realização da troca da agulha de porth cath e a mesma foi realizada sem grandes traumas. Ao assistir a criança com o brinquedo terapêutico, a enfermeira favorece a modificação das atitudes da criança em relação a rotina e os procedimentos hospitalares, elaborando os motivos da internação hospitalar, expressando seus sentimentos, sendo mais ouvida e compreendida, pois consegue através do brincar externar suas ansiedades e sofrimentos. Acreditamos que faz se necessário a implementação do brinquedo terapêutico nas instituições de saúde infantil, a fim de realizar uma assistência centrada na criança/família. Garantindo aos enfermeiros pediatrias capacitação e valorização desta prática pelas instituições pediátricas, para que a falta de conhecimento não seja um empecilho nesta prática. Torna-se um desafio para as enfermeiras inserirem em sua assistência à criança o brinquedo terapêutico. Diante das inúmeras e rápidas atualizações no sistema de saúde e a assistência centrada na doença, as enfermeiras precisam de formação pertinente para introduzir essa estratégia de trabalho, a fim de promover uma assistência centrada na criança e sua família, suprimindo as necessidades da criança.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**48 - Humanização lúdica: satisfação do binômio criança-família na pediatria do
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**

Ana Cristina da Silva Soares Lira*
Cassilda Dantas da Rocha Sebastião*
Daniela Ribeiro Linhares[†]
Maria Ariane da Silva Messias*
Karin Emília Rogenski[‡]

Introdução: A brinquedoteca é o local onde a importância do brincar se manifesta. Isto porque todos, mas em especial a criança, exploram e elaboram suas dúvidas de forma livre e espontânea. Esse espaço vai muito além do brinquedo porque a gratuidade, a livre adesão, a diversidade, a descentralização dos brinquedos e a participação de diferentes gerações permitem a apropriação deste bem cultural de forma reflexiva. A reflexão coletiva sobre o atendimento integral, inserindo o lúdico, aos diferentes grupos humanos de variados perfis nos faz delinear um agir comunicativo que atende às crianças/ adolescentes internados e seus acompanhantes planejando espaços que envolvam diversas ações para uma clientela que abrange diferentes faixas etárias. Deste modo, a brinquedoteca se insere na prática humanizada ampla que reconhece o outro e percebe que deve ser estabelecida uma comunicação entre o que atende e o que é atendido legitimando-o como sujeito, resgatando sua essência e constituindo novas perspectivas. Esta responsabilidade ativa considera que a criança é um ser dinâmico e participativo de seu processo terapêutico de saúde-doença-saúde, que além de si traz para o ambiente hospitalar sua família, mesmo que segmentada. O atendimento lúdico deve ser feito com satisfação e respeito visando um cuidado humanizado que não esteja restrito à situação de sobrevivência/tratamento. Além disso, este atendimento vincula o lúdico a todos, pois contempla todas as etapas do desenvolvimento humano. O nosso **objetivo** neste estudo é avaliar a satisfação do binômio criança/família, durante o período de internação, em relação ao aspecto lúdico no serviço de humanização da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). A Clínica Pediátrica esta situada no 4º andar, é composta por duas alas e possui 36 leitos para atendimento de pacientes com idade entre 29 dias a 14 anos, 11 meses e 29 dias. A equipe multiprofissional conta com 12 enfermeiras, 40 auxiliares e técnicos de enfermagem, 07 médicos pediatras, 2 fisioterapeutas, 1 técnica de apoio educativo (brinquedista), 2 nutricionistas, 1 assistente social, 1 farmacêutico. Além da equipe, aloca docentes e alunos da graduação e especialização nas áreas das quais a equipe é composta, juntamente com a psicologia e terapia ocupacional. **Metodologia:** A população do estudo constituiu-se de pacientes e acompanhantes que estiveram presentes na clínica de pediatria durante a coleta de dados e não se encaixavam nos critérios de exclusão. Foram aplicados um instrumento de avaliação para crianças maiores de 5 anos e outro para os acompanhantes com questões estruturadas e semi-estruturadas. **Resultados:** Participaram do estudo 259 acompanhantes, sendo que 175 (68%) acompanhavam crianças internadas com idade entre um mês a cinco anos incompletos e/ou neuropatas e 84 (32%), crianças com cinco anos ou mais. Desses acompanhantes 202 (78%) são do sexo feminino e 57 (22%) do sexo masculino. Foram entrevistadas 84 crianças, 48% (41) são do sexo feminino e 52% (43) do sexo masculino.

* Técnico de enfermagem da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da USP.

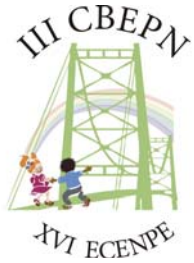
[†] Técnico de Apoio Educativo da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da USP.

[‡] Enfermeira da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da USP, Mestre em Enfermagem pela EEUSP. AV. Profº Lineu Prestes, 2565, Cidade Universitária. São Paulo. Kaemilia@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Observamos que 80,7% (178) dos acompanhantes, de acordo com o grau de parentesco, são mães. Para 75% dos entrevistados, entre crianças e acompanhantes, o período de internação foi inferior a uma semana. 94,98% (245) adultos responderam que os espaços de recreação são adequados. Observamos que os acompanhantes vêm utilizando os espaços de recreação para brincar com as crianças (148), conhecer novas pessoas e fazer as amizades (96), em menor proporção relatam que utilizam os diferentes ambientes para amenizar a falta do lar (88) e ocupar o tempo livre (77), e a minoria prefere não utilizar (7). A maior parte dos acompanhantes acredita que os espaços de recreação da clínica pediátrica ajudam na recuperação da criança (185), seguido das respostas que apontam melhora do humor da criança (142) e amenizam a saudades de casa (117), referem ainda em menor número que aumentam a proximidade entre a família e a criança (61) e a minoria refere que aumentam o risco de transmissão de doenças (15) e não influenciam coisa alguma (13). Durante avaliação das atividades destinadas aos acompanhantes, 140 referiram conversar com outras mães e fazer amizade, seguido de 98 acompanhantes que trocam experiências, 52 não vêem o tempo passar, 49 acompanhantes sentem-se úteis e produtivas, 44 aprendem uma nova ocupação que pode servir de renda familiar, 33 não participam. Quanto à avaliação das atividades que acontecem na clínica pediátrica, 46 crianças (55%) optaram por ótimas, seguido de 43% (36) como bom conseqüentemente às maiorias das crianças gostam das atividades que lhe são proporcionadas. Notamos que 69% (58) das crianças participam das atividades desenvolvidas nos espaços de recreação todos os dias, enquanto que 28% (23) brincam as vezes e 3% (3) referem não brincar, essas muito provavelmente deveriam estar em isolamentos. Concluímos que a brinquedoteca é o espaço que tem maior aceitação, tanto pelos acompanhantes (184) quanto pelas crianças/ adolescentes (46). Após a preferência deste ambiente, a sala de TV e dos adolescentes são os ambientes de maior predileção. As crianças avaliaram as brincadeiras como ótimas ou boas e apontaram que gostam de brincar todos os dias, em sua maioria, com diferentes opções de brinquedos. Os acompanhantes também indicam diversas alternativas de entretenimento. Ambos, acompanhantes (81) e pacientes (24) referem que não falta coisa alguma na Clínica Pediátrica e os que apontam como opção de maior falta é o aumento do horário de funcionamento, 64 acompanhantes e 19 pacientes, mostrando o quando sentem-se acolhidos neste momento de angústia. Os acompanhantes acreditam que os espaços lúdicos colaboram para a recuperação da criança, melhoram no humor da mesma e amenizam a falta do lar. Deste modo, é um ambiente que oportuniza a criação de relacionamentos inter-pessoais com pessoas de diferentes culturas, além de ser um espaço de apreensão de conhecimentos e fortalecimento de vínculos. Contudo, os familiares expressaram que utilizam os ambientes lúdicos para brincar com a criança e, deste modo, as famílias reforçam os laços afetivos com suas crianças porque encontram tempo e estímulo para assegurarem o desenvolvimento das mesmas. Assim, os espaços de recreação são vistos pela rede familiar de suporte da criança como um local onde as pessoas podem se conhecer e fazer amizades. A grande maioria das crianças referem que neste momento de brincadeira sentem-se felizes (37), fazem amigos (32), se divertem (27), outras crianças em menor proporção indicam que esquecem que estão doentes (23), chamam outras crianças para brincar (22) e um grupo pequeno referem sentir saudades da família/irmão (17), da escola (15) e dos amigos (12), enquanto que a minoria referem não fazer as atividades da brinquedoteca (05) e uma criança fica indiferente. A existência de um espaço estimulador e considerado como adequado viabiliza às pessoas trocar experiências, procurar e receber apoio, além de apreender diferentes maneiras de se relacionarem. Isso nos mostra o quanto a socialização e a criação de laços afetivos entre amigos e familiares, neste período de crise, colabora para o enfrentamento de conflitos. Dois pontos que nos remetem à reflexão são o isolamento que impossibilita que crianças e acompanhantes possam usufruir dos espaços lúdicos e o medo de contrair doenças. **Conclusão:** Acreditamos que atingimos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

nosso objetivo e pudemos avaliar a satisfação dos usuários em relação ao atendimento lúdico em nossa unidade de internação. Isto porque, os pontos positivos superam os negativos o que nos faz avaliar que a nossa clientela está satisfeita com nossa prática profissional, porém ressaltamos que ajustes devem ser feitos para a melhoria do ambiente buscando a excelência no atendimento. Percebemos de forma global que tanto crianças quanto seus familiares sentem-se bem ao utilizarem nossos recursos, apresentam maior sociabilidade, ficam felizes e acreditam que isto torna sua vida mais próxima do cotidiano porque confiam neste atendimento como auxílio na recuperação das crianças/ adolescentes.

Palavras-chaves: brinquedoteca hospitalar, clínica pediátrica, ludicidade.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

49 – Recém-nascido em tratamento de fototerapia: avaliando o conhecimento da equipe de enfermagem

Jaqueline Carneiro Aguiar Cortez*
Amanda dos Santos Gonçalves[†]
Susan Garcia Rego[†]

Introdução: A icterícia neonatal é uma manifestação clínica comum no recém-nascido a termo e mais freqüente no neonato prematuro e se caracteriza por uma coloração amarelada visível na pele, na esclera, nas mucosas e urina decorrente da hiperbilirrubinemia indireta. A hiperbilirrubinemia é a quantidade acima do normal de bilirrubina no sangue que se caracteriza por icterícia e é um achado comum no recém-nascido e na maior parte dos casos é relativamente benigna, contudo pode também indicar um estado patológico. A hiperbilirrubinemia é causada por uma alteração nos processos normais de metabolismo e excreção da bilirrubina. Aproximadamente metade a dois terços do total dos recém-nascidos tem icterícia durante os primeiros dias de vida, entretanto todas as crianças nesta fase têm a bilirrubina plasmática mais alta do que a do adulto normal, já que a capacidade do recém-nascido de excretar bilirrubina é de apenas 1 a 2% da capacidade de excreção dos adultos. A fototerapia é a principal forma de tratamento da icterícia neonatal. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento teórico da equipe de enfermagem sobre a icterícia neonatal e a fototerapia e identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os aspectos práticos relacionados à fototerapia: mecanismo de ação, efeitos colaterais, equipamentos e assistência de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, transversal. A coleta de dados foi realizada em uma Maternidade e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital particular da cidade de São Paulo no período de janeiro a fevereiro de 2008. Como instrumento de coleta de dados foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas para a equipe de enfermagem que trabalha nos respectivos setores, que aceitaram e tinham disponibilidade para a participação da pesquisa, excluindo os que estavam de férias, de licença médica e maternidade. O questionário foi composto da seguinte maneira: 4 questões relacionadas aos dados sócio-demográficos; 3 questões relacionadas à formação profissional; 1 questão aberta em relação à icterícia neonatal; 2 questões fechadas em relação aos tipos de icterícia neonatal e tratamento; 4 questões fechadas em relação à fototerapia (mecanismo de ação, efeitos colaterais, materiais e equipamentos); 5 questões fechadas em relação aos cuidados de enfermagem com fototerapia. A amostra constituiu-se de 47 funcionários e os resultados foram apresentados em forma de gráficos. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) do Centro Universitário São Camilo, protocolo nº 179/07 e os envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Nos resultados obtidos, mediante os critérios de seleção estabelecidos, a amostra foi constituída por 47 funcionários da equipe de enfermagem. Destes 45 (96%) eram do sexo feminino e 2 (4%) do sexo masculino, confirmando o caráter de profissão predominantemente feminina da enfermagem. No que se refere a faixa etária, 14 (29,9%) dos sujeitos tinham entre 21 e 30 anos, 15 (32%) de 31 a 40 anos, 12 (25,5) de 41 a 50 anos, sendo que outros 3 (6,3%), acima de 51 anos e 3 (6,3%) dos sujeitos não responderam. Em relação a variável estado civil, constatamos que a grande parte dos profissionais pesquisados, ou seja, 19 sujeitos (42%) eram casados, 17 (37%) solteiros, 10

* Enfermeira, Mestre e Docente do Centro Universitário São Camilo. Rua Estela, 22 apto 1011- Paraíso -São Paulo-SP - CEP- 0411-000. E-mail: racf@terra.com.br

[†] Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo.



Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009

(21%) enquadravam-se em outras categorias e 1 (2,1%) sujeito não respondeu. Em relação à formação profissional, 11 (24%) eram graduados em enfermagem, sendo 4 (36%) com tempo de formação profissional menor ou igual a 4 anos; 5 (46%) com tempo de formação entre 5 e 10 anos; 1 (9%) com tempo de formação maior de 10 anos e 1 (9%) enfermeiro não respondeu. 18 (38%) eram formados em técnicos de enfermagem, 8 (44%) com tempo de formação menor ou igual a 4 anos; 5 (28%) formados há 5 a 10 anos; 1 (6%) formou-se com um tempo entre 11 e 15 anos; 2 (11%) formados há mais de 16 anos; 2 (11%) técnicos não responderam. 18 (38%) eram auxiliares de enfermagem, com tempo de formação menor ou igual há 4 anos havia apenas 1(6%); com tempo de formação entre 5 e 10 anos haviam 7 (38%); 2 (11%) profissionais tinham sido formados entre 11 e 15 anos passados; 5 (28%) auxiliares já haviam de formado há mais de 16 anos; 3 (17%) profissionais não responderam. Em relação ao o que é a icterícia neonatal apenas 30% dos funcionários responderam corretamente; quanto ao mecanismo de ação da fototerapia 64% ; quanto à coloração das lâmpadas 91%; quanto a troca de lâmpadas 67% ; quanto à proteção corpórea 72,5% ; quanto a amamentação durante o tratamento 98% ; quanto à mudança de decúbito 98% ; quanto aos efeitos colaterais causados pela fototerapia: aumento do número de evacuações (27%), urina escurecida (26%) e hipertermia (18%); quanto aos cuidados de enfermagem: despir o recém-nascido o máximo possível (85%), observar as características das eliminações (83%) e remover a proteção ocular ao manipular o recém-nascido fora da fototerapia (74%).

Conclusão: A atuação do enfermeiro e equipe de enfermagem na avaliação e manejo do tratamento de icterícia neonatal com fototerapia é fundamental para a eficácia do mesmo, entretanto ainda é necessário maior treinamento destes profissionais para que estejam realmente capacitados para desenvolver ações no tratamento com fototerapia. O possível desconhecimento dos profissionais da equipe de enfermagem quanto à icterícia neonatal e sua forma de tratamento em questão pode expor o recém-nascido a um período maior de hospitalização e pode também interferir na relação mãe-bebê. Portanto, é preciso que todos da equipe de enfermagem que manejam a fototerapia estejam informados das normas e rotinas existentes, conscientizados da necessidade de sua aderência a elas, treinados adequadamente para a prestação da assistência e preparados para avaliar regularmente a eficácia da modalidade terapêutica. Conhecer é poder, poder de decisão e de mudança. É imprescindível o conhecimento sobre fototerapia na unidade hospitalar em relação aos aspectos práticos tais como : o mecanismo de ação, a revisão dos equipamentos, os efeitos colaterais e a assistência de enfermagem, sendo que todos precisam ser constantemente aprimorados. A partir do momento em que a equipe for gradativamente preparada através da educação continuada, estarão cada vez mais capacitados para concretizarem efetivamente as ações de enfermagem necessárias ao tratamento da icterícia neonatal com a fototerapia.

Palavras chave: recém nascido, icterícia fisiológica, fototerapia, cuidados de enfermagem.

Referências:

ALMEIDA, M F B de. Quando devemos iniciar a fototerapia em recém-nascidos pré-termo? **J.**

Pediatria. Rio de Janeiro, v. 80, n.4, 2004.

American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. **Pediatrics**, v.114, n.1, jul 2004.

BARBOSA, A D M. transcutaneous bilirubinometry: important method in the evaluation of newborns with hiperbilirubinemia. **J. Pediatr.** (Rio de Janeiro). Porto Alegre, v.83 n.5, 2007.

BUENO, M. et al. Hiperbilirubinemia neonatal: propostas de intervenções de enfermagem. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 16, n.2, p.75-83, 2003.

CAMPOS, A C S. et al. Enfermería y el cuidado humanístico: propuesta de intervención para la madre del neonato bajo fototerapia. **Cienc enferm.** Concepción, Chile, v.12. n.1. jun.2006.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

- CAMPOS, A C S; CARDOSO, M V L M L. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12 n.4. jul. ago. 2004.
- CARVALHO, M de. Recentes avanços em fototerapia. **I Simpósio Internacional de Neonatologia**. Rio de Janeiro. Anais. Distrito Federal: MARGAROTTO, Paulo: Unidade de Neonatologia do Hospital Regional da Asa Sul/SES/DF, 1999.
- CARVALHO, M de; LOPES, J M de. Indicações de fototerapia em recém-nascidos a termo com icterícia não hemolítica: uma análise crítica. **J. Pediatria**. Rio de Janeiro, v.71 n.4, 1995.
- CERVO, A L; BERVIAN, P A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.
- DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA. **Manual de Neonatologia: Icterícia em neonatologia**. 3. ed. Paraná: Universidade Federal do Paraná, 2002.
- FACCHINI, F P. Proposta de padronização para aferição de equipamentos de fototerapia. **J. Pediatria**. Rio de Janeiro, v.77 n.2, 2001.
- FACCHINI, F P. et al. Acompanhamento da icterícia neonatal em recém-nascidos de termo a prematuros tardios. **J. Pediatria**. Rio de Janeiro, v.83 n.4, jul. ago. 2007.
- FANEM. Brasil: Fanem ® Ltda. Disponível em :
<<http://www.fanem.com.br/BR/produtoscategorias.php?linha=3&categoria=28>>.
Acesso em: 28 jan 2008.
- FIGUEIRA, F. **Diagnóstico e tratamento em pediatria**: Instituto Materno-Infantil/ Professor Fernando Figueira (IMIP). Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006.
- KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.
- Informe fornecido por Jaqueline Carneiro Aguiar Cortez na aula de graduação de enfermagem no Centro Universitário São Camilo de fototerapia, em São Paulo, em setembro de 2007.
- LEITE, M G C. et al. Comparação entre a dosagem transcutânea e plasmática de bilirrubina. **J. Pediatria**. Rio de Janeiro: v.83 n.3. maio.jun.2007.
- MARCONDES, E. **Pediatria Básica: Pediatria Geral e Neonatal**. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2002.
- MARTINS, B M R. et al. Avaliação da eficácia clínica de uma nova modalidade em fototerapia utilizando diodos emissores de luz. **J.Pediatria**. (Rio de Janeiro). Porto Alegre, v.83, n.5, mai.jun, 2007.
- MELSON, K A. et al. **Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados**. 3 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.
- MICHAELIS: **Dicionário escolar da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2002.
- MILLS, J F; TUDEHOPE, D. Fototerapia de fibra óptica para la ictericia neonatal (Cochrane Review). In: **La Biblioteca Cochrane Plus**, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
- MIURA, E; PROCIANOY, R S. **Neonatologia: princípios e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- PINEIRO; PEREZ; LEYVA. **Dicionário Ciências da Saúde**. Portugal: McGraw Hill, 1997.
- OLIVEIRA, R G. **Black Book Pediatria**. 3 ed. Belo Horizonte: Black Book, 2005.
- SILVA, M A F da. **Métodos e Técnicas de Pesquisa**. 2 ed. Curitiba: Ibplex, 2005.
- SOLA, A. Apague as luzes e feche o oxigênio quando forem desnecessários: fototerapia e estresse oxidativo no recém-nascido. **J Pediatria**. V.83, n.4, 2007.
- SOUSA, A L T M et al. **O neonato, a criança e o adolescente**. São Paulo: EPU, 2001.
- TAMEZ,R N; SILVA, M I P. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- VIANA, D L. **Manual de procedimentos em pediatria**. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.
- VIEIRA, A A. et al. O uso da fototerapia em recém-nascidos: avaliação da prática clínica. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. Recife, v.4, n.4, dez. 2004.
- WHALEY, L F; WONG, D L. **Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 1999.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

51 - Fatores predisponentes para o subtratamento da dor neonatal

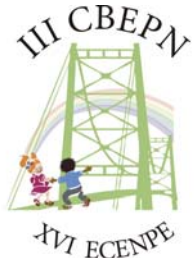
Maria Cristina Pauli da Rocha

Lisabelle Mariano Rossato

Cláudia Ebner

Regina Szyllit Bousso

O estímulo doloroso repetido ou prolongado ao neonato pode ocasionar alterações no sistema nervoso central a curto e em longo prazo, tais como catabolismo, hipermetabolismo, hipóxia, apneia e hemorragia intraventricular(1-3). Resultados de investigações demonstram que, ao ser submetido a constantes estímulos dolorosos, o neonato também pode apresentar consequências negativas, como aumento ou diminuição da sensibilidade à dor(4,5). Além disso, a dor sentida por ele pode alterar a sua estabilidade respiratória, cardiovascular e metabólica, aumentando os índices de morbidade e mortalidade neonatal(6). A partir destas evidências relacionadas aos efeitos deletérios, torna-se necessário rever a assistência ao neonato em situação de dor com o objetivo de buscar estratégias eficazes para o alívio da dor. Nesse sentido este estudo oferece ao profissional de saúde a oportunidade de conhecer o cenário atual em relação ao tema abordado, destacando os fatores significativos encontrados na literatura que contribuem para o subtratamento da dor neonatal. Este estudo foi realizado mediante uma revisão integrativa da literatura. Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional. Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa. Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura. Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Quinta etapa: interpretação dos resultados, ou seja, corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento(7,8). Foi realizada uma busca de artigos científicos através das bases de dados do MedLine, LILACS e Pubmed, no período de 1999 a 2009, nos idiomas inglês e português por serem de maior domínio das pesquisadoras. Os descritores utilizados foram: dor, neonato, avaliação da dor, enfermagem neonatal, terapia intensiva neonatal, analgesia e equipe de enfermagem. Foram incluídas nesta investigação: revisões de literatura, artigos originais de pesquisas e dissertações referentes ao tema. Inicialmente foram identificados 80 artigos. Destes todos os resumos foram lidos e posteriormente foram selecionados uma amostra de 45 trabalhos. Foi desenvolvido um formulário para a coleta de dados que foi preenchido para cada artigo da amostra. A utilização do formulário permitiu a obtenção de informações sobre a identificação do artigo, autores, fonte de localização, país de origem, idioma, objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Após a análise criteriosa destes estudos foi possível destacar alguns temas provenientes da organização dos dados permitindo a descrição dos fatores predisponentes para o subtratamento da dor neonatal. Dentre esses fatores, destacam-se os fatores relacionados aos profissionais de saúde e os fatores relacionados aos serviços de saúde. Apesar da crescente disponibilidade de recursos de avaliação e de tratamento da dor neonatal descrita na literatura científica, a prática clínica do profissional de saúde mostra, ainda, um cuidado ineficaz em relação ao alívio da dor neonatal(3,9-14). Nesse sentido, vários estudos vêm sendo desenvolvidos com profissionais de saúde de diversos países visando verificar a prática profissional relacionada à percepção, avaliação e tratamento da dor neonatal(3,9,10,14,15). A partir dos resultados destes estudos, os fatores relacionados aos profissionais de saúde dão origem aos fatores individuais e fatores



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

técnicos. Dentre os fatores individuais incluem a falta de sensibilização do profissional de saúde e o tempo de experiência do profissional de saúde em relação à dor neonatal. Já os fatores técnicos englobam a falta de domínio dos profissionais de saúde sobre a temática dor neonatal; desconhecimento dos profissionais de saúde acerca dos métodos de avaliação da dor neonatal; desconhecimento dos profissionais de saúde acerca dos tratamentos não farmacológicos para o alívio da dor neonatal; administração insuficiente de analgésicos e resistência de alguns profissionais para o alívio da dor neonatal. Em relação aos fatores relacionados ao serviço de saúde incluem a inexistência de protocolos de avaliação e tratamento da dor neonatal; insuficiência de recursos humanos e escassez de tempo para avaliação da dor do neonato. A falta de sensibilização do profissional de saúde e o tempo de experiência do profissional de saúde em relação à dor neonatal são fatores que relacionam o quanto o profissional apresenta-se sensibilizado à dor do neonato assim como o seu tempo de experiência profissional interfere para um cuidado efetivo. A sensibilização do profissional na avaliação da dor parece aumentar a constatação da mesma e otimizar seu tratamento nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)(16). A inexperiência profissional é um dos fatores que a enfermeira relata como fator dificultador para a avaliação da dor no neonato(17). Aspectos relacionados à idade, escolaridade, experiência profissional e especialização na área de neonatologia exercem influências no enfoque da enfermeira em relação à dor(18). Falta de domínio dos profissionais de saúde sobre a temática dor neonatal- para um cuidado efetivo em relação à dor neonatal com o estabelecimento de um plano de cuidado adequado e um tratamento eficaz em relação a avaliação e o tratamento, torna-se necessário que o profissional de saúde tenha em primeiro lugar um conhecimento em relação ao desenvolvimento sensorial do neonato desde o seu período fetal e dos principais mecanismos de percepção e inibição do estímulo doloroso nas diversas idades gestacionais, assim como um domínio geral sobre a temática. O conhecimento científico dos profissionais tem importante função na capacitação dos mesmos para avaliação da eficácia das ações realizadas para o alívio da dor(17,19,20). Desconhecimento dos profissionais de saúde acerca dos métodos de avaliação da dor- a busca por melhores métodos de avaliação da dor serve para aumentar a sensibilidade dos profissionais de saúde em relação à natureza das experiências dolorosas e, conseqüentemente, proporcionar ao neonato em situação de dor um cuidado mais eficaz(21). Desconhecimento dos profissionais de saúde acerca dos tratamentos não farmacológicos para o alívio da dor neonatal- o desconhecimento teórico sobre métodos complementares acarreta a dificuldade de implementação de medidas de controle da dor(15). As medidas não farmacológicas possibilitam à equipe de enfermagem realizar intervenções para a prevenção e controle da dor(22). O uso apropriado de intervenções ambientais e comportamentais pode prevenir ou eliminar a dor do neonato em situações clínicas(23). Administração insuficiente de analgésicos- informações adequadas faltam aos profissionais de saúde acerca dos efeitos colaterais dos analgésicos, que somado ao medo da dependência física dos opiáceos contribuem para o subtratamento da dor(9). Resistência de alguns profissionais no alívio da dor neonatal- a enfermeira se depara com barreiras decorrentes da equipe multidisciplinar quando busca concretizar sua intenção de aliviar a dor do neonato. Há relatos de enfermeiras que se sentem impotentes diante da não autorização médica para administrar analgésicos(17). Em relação aos serviços de saúde resultados de pesquisas evidenciam, ainda, que a dor neonatal não tem recebido a devida atenção(3,9,10-14). O descaso tem sido explicitado pela inexistência de normas e rotinas para avaliar a dor, assim como, a inexistência de protocolos específicos para o tratamento da dor neonatal. Inexistência de protocolos de avaliação e tratamento de dor neonatal- as instituições de saúde devem desenvolver e implementar políticas de cuidados de avaliação, prevenção e tratamento da dor em neonatos com o objetivo de evitar o seu subtratamento(24). Um controle adequado da dor exige a implementação de protocolos de avaliação e tratamento



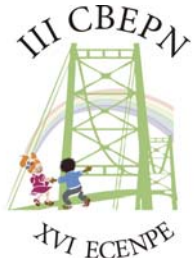
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

que contemplem: a avaliação da intensidade da dor como quinto sinal vital; os procedimentos dolorosos mais comuns; o uso de analgesia tópica, o uso de sacarose e de opióides(25). Insuficiência de recursos humanos- É relatada por enfermeiras como fator impeditivo para oferecer um cuidado de qualidade ao neonato em situação de dor, sendo que a quantidade de tarefas faz com que algumas atividades deixem de serem realizadas, o que reflete diretamente na atenção voltada ao neonato(17). Escassez de tempo para avaliação da dor do neonato- a falta de tempo também tem sido relatada pela equipe de saúde nas pesquisas como fator predisponente para a não aplicação dos instrumentos de avaliação de dor neonatal(10) ou a ausência de administração de drogas durante procedimentos de emergência(26). Acredita-se que essa falta de tempo esteja interligada com a escassez de recursos humanos deixando que os profissionais de enfermagem sintam-se sobrecarregados e não sensibilizados com a dor do neonato. Conhecer esses fatores predisponentes leva a uma reflexão do quanto se torna necessário à capacitação e o envolvimento dos profissionais de saúde no cuidado do neonato vivenciando dor, visando uma prática de excelência. É primordial que o profissional de saúde busque conhecimento científico através de pesquisas e treinamento em serviço, atualizando sua prática clínica, aplicando o conhecimento teórico sobre métodos de avaliação e prevenção da dor neonatal e promovendo medidas não farmacológicas e farmacológicas para o tratamento da dor. Para que o neonato receba um controle adequado da dor, é necessária uma maior conscientização dos profissionais de saúde acerca da dor neonatal, a implementação de protocolos de avaliação e tratamento nos serviços de saúde de forma que a avaliação da dor seja normatizada como o quinto sinal vital.

Palavras-chave: Dor, neonato, avaliação da dor, enfermagem neonatal, terapia intensiva neonatal, analgesia e equipe de enfermagem.

Referências:

1. Dittz E, Malloy-Diniz LF. Dor neonatal e desenvolvimento neuropsicológico. REME-Rev Min Enfermagem 2006 jul/set; 10(3):266-70.
2. Porter FL, Grunau RE, Anand KJ. Long-term effects of pain in infants. J Derv Behav Pediatr. 1999; 20(4):253-61. Review.
3. Bueno M, Toma E, Berti ER. Percepção do enfermeiro assistencial acerca da dor aguda no recém-nascido. Rev Dor 2003 abr/mai/jun; 4(2):71-80.
4. Stevens B, Gibbins S, Frank LS. Treatment of pain in neonatal intensive care unit. Pediatric. Clin North Am. 2000; 47: 633-50.
5. Mathew PJ, Mathew JL. Assessment and management of pain in newborns. Postgrad Med J 2003 Aug; 79(934):438-43.
6. Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. J Pediatr (Rio J) 1999 mai/jun; 75(3):149-60.
7. Beyea SC, Nicoll LH. Writing na integrative review. AORN J. 1998 Apr; 67(4):877-80.
8. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafelz KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50
9. Gaíva MAM, Dias, N da S. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. Rev.Paul Enf. 2002; 21(3):234-9.
10. Debillon T, Bureau V, Savagner C, Zupan-Simunek V, Carbajal R. Pain management in French neonatal intensive care units. Acta Paediatr 2002; 91(7):822-6.
11. Pulter ME, Madureira VSF. Dor no recém-nascido: percepções da equipe de enfermagem. Ciênc Cuid Saúde 2003 jul/dez; 2(2):139-46.
12. Harrison D, Loughnan P, Johnston L. Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. J Paediatr Child Health 2006 Jan; 42(1-2): 6-9.
13. Sousa BBB, Santos MH, Souza FGM de, Gonçalves APF, Paiva S de S. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascido pré termo. 2006; 15 (n.esp): 88-96.
14. Rocha MCP, Rossato LM. Dor em neonatos: Uma revisão da literatura no período de 1998 a 2008. Online Brazilian Journal of Nursing. 2008; 7(3).
15. Neves FAM, Corrêa DAM. Dor em recém-nascidos: a percepção da equipe de saúde. Ciênc Cuid Saúde. 2008; 7(4):461-7.
16. Viana DL, Dupas G, Pedreira M da LG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. Pediatría (São Paulo).2006; 28(4):251-61.
17. Viana LD. Sensibilizando-se para o cuidar: a experiência da enfermeira frente à avaliação da dor na criança [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 2004.
18. Halimaa S. Pain management in nursing procedures on premature babies. J Adv Nurs. 2003; 42:587-97.
19. Pimenta CAM et AL.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Controle dor no pós-operatório. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. 2001; 35(2). 20. Setz VG et al. Avaliação e intervenção para o alívio da dor da criança hospitalizada. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo 2001; 14(2):55-64. 21. Silva YP e, Gomes RS, Máximo TA, Silva ACS e. Avaliação da dor em neonatologia. Rev Bras Anesthesiol. 2007 set/out; 57(5):565-74. 22. Medeiros M das D, Madeira LM. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. REME- Rev Min Enf, 2006 abr/jun 10(2):118-24. 23. Anand KJ- International Evidence-Based Group for Neonatal Pain Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. Arch Pediatr Adolesc Med, 2001; 155:173-80. 24. American Academy of Pediatrics. Canadian Paediatric Society. Prevention and management of pain and stress in the neonate. Pediatrics. 2000; 105(2):454-61. 25. Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Dor em cuidados intensivos neonatais. Acta Pediatr Port 2007; 38(4):144-51. 26. Lago P, Guadagni A, Merazzi D, Ancora G, Belliene CV, Cavazza A. Pain management in the neonatal intensive care unit: a national survey in Italy. Pediatr Anaesth. 2005 Nov; 15(11):925-31.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

53 - Perfil epidemiológico de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do sul do Brasil

Larissa Domingas Grispan e Silva*
Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla[†]
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[‡]

Introdução: As unidades de terapia intensiva pediátricas (UTIP) foram criadas com o objetivo de prover o cuidado ideal às crianças gravemente doentes, de tal forma a propiciar a cura de doenças, na tentativa de salvar a vida de pacientes graves, com risco iminente de morte e promover assistência qualificada, visando alcançar os melhores resultados e uma melhor evolução para as crianças criticamente enfermas. Até a década de 1970, o tratamento intensivo pediátrico apresentava evolução lenta, quando, então, um avanço importante, técnico, terapêutico e científico faz surgir novas instalações. Nasceram, nessa época, as unidades especializadas, no Canadá e Estados Unidos, sendo estes, os primeiros grupos criados nos Hospitais Infantis de Filadélfia e Toronto. No Brasil, as primeiras unidades de terapia intensiva pediátricas foram inauguradas na década de 70. A elevação da sobrevivência de crianças com agravos de saúde e patologias de elevado nível de complexidade, em unidades de terapia intensiva pediátrica, tornou-se possível em decorrência do grande avanço tecnológico, sobretudo na década de 1990. **Objetivos:** Considerando a importância do atendimento prestado pelas UTIP ao cuidado de crianças criticamente enfermas, é necessário conhecer a clientela atendida com o intuito de qualificar e adequar o atendimento. Sendo assim, este estudo teve como objetivo identificar o perfil das crianças internadas na UTIP de um hospital universitário do sul do Brasil no ano de 2008. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo, envolvendo todas as crianças internadas na UTIP de um hospital universitário de grande porte localizado em Londrina-PR no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2008. O campo de estudo é considerado referência para o município de Londrina e demais municípios do Paraná, sul de São Paulo e Mato Grosso do Sul. A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica em questão foi inaugurada em 1994 e dispõe de 5 leitos para internação de crianças acima de 28 dias de vida até 12 anos, e eventualmente, recém-nascidos que vêm transferidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal desta instituição. A população em estudo foi constituída por todas as crianças internadas na UTIP, durante um ano. Os dados foram obtidos através de relatórios fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e as variáveis estudadas foram: sexo, idade, diagnóstico da internação (CID-10), procedência, tempo de permanência na unidade, tipo de saída hospitalar (alta ou óbito) e causas de óbito (CID-10). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. **Resultados:** Durante o ano de 2008 houve 185 internações de 157 crianças na UTIP, sendo 90 do sexo masculino (57,3%) e 67 do sexo feminino (42,7%). A predominância do sexo masculino também foi encontrada em outro estudo epidemiológico realizado em uma UTIP no Rio Grande do Sul.

* Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina - PR e pós-graduanda em Enfermagem com Ênfase em Pediatria Faculdades Pequeno Príncipe Curitiba - PR. Rua Mossoró, nº 600 Apto. 11 Bl. 1 CEP: 86020-290 Londrina - PR
Endereço eletrônico: lali_grispan@hotmail.com

[†] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto e Vice-coordenadora da Residência em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR.

[‡] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professor Assistente e Coordenadora da Residência em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Vale ressaltar que do total de crianças atendidas 62 (39,5 %) eram residentes em Londrina, sendo 36 meninos e 26 meninas. Os demais pacientes, que correspondem à maioria das crianças atendidas eram procedentes de outros municípios o que pode estar relacionado ao fato de o hospital em estudo ser um serviço de referência para a região. A taxa de ocupação da referida unidade em 2008 foi de 77,3% e a média de permanência de 7,6 dias, resultado similar a um estudo realizado na unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital universitário de Maringá- PR. Estudos demonstram a importância de se conhecer o tempo de internação, pois este está intimamente relacionado com o aumento de complicações e da mortalidade. A idade variou de 0 a 14 anos com predominância do grupo de 1 a 3 anos. O fato de o sistema imunológico ser menos eficiente durante os primeiros anos de vida faz com que o lactente se torne mais suscetível a contrair infecções agudas, com complicações sistêmicas, o que explica o grande número de internações nessa faixa etária. Quanto ao diagnóstico de admissão, a grande maioria apresentou doenças predominantemente clínicas. As duas principais causas de internação foram as pneumonias (67 casos) seguidas das septicemias com 38 atendimentos. Entre as causas de óbito destacaram-se as septicemias com 28 casos e em segundo lugar as pneumonias. Este resultado corrobora os estudos encontrados na literatura que apontam as doenças respiratórias como uma das principais causas de internação hospitalar, sendo a pneumonia a primeira responsável por essa ocorrência. A sepse também é uma das causas mais comuns de óbito na UTIP e sua incidência vem aumentando e pode ser considerada a 3ª causa de mortalidade infecciosa, na última década. Com a evolução de tratamentos mais agressivos e a melhora da sobrevivência de pacientes com doenças crônicas e graves, gerou-se um maior tempo de hospitalização dos mesmos e ocorreu um aumento da incidência de sepse. Um dado relevante encontrado neste estudo que confirma essa hipótese é o fato de que entre os menores de 1 ano as septicemias foram a primeira causa de óbito. A taxa de mortalidade foi de 32,1 % (49 óbitos: 29 meninos e 20 meninas). Este dado apresenta discrepância em relação aos apresentados na literatura, um numa UTIP situada na região noroeste do Paraná cuja taxa de mortalidade foi de 6,94% e outro traçado ao longo de dezesseis anos numa UTIP do Rio Grande do Sul onde a taxa de mortalidade geral dessa unidade foi de 7,4%. Esse fato pode ser explicado devido ao pequeno tamanho da amostra e pelo fato de este serviço ser referência às crianças gravemente enfermas da região, como mencionado anteriormente. Confirmando os artigos encontrados, percebeu-se uma relação inversamente proporcional entre faixa etária e óbito. Isto é, quanto mais jovem era o paciente, maior foi a mortalidade. Observou-se ainda que as crianças menores são as que mais morrem, correspondendo a grande parte do total de óbitos por faixa etária. Essa informação vai de encontro ao estudo realizado no Rio Grande do Sul onde foi observado que o índice de mortalidade diminuiu com o aumento da idade. Quanto ao sexo, os óbitos foram maiores entre os meninos, o que contradiz o que foi encontrado no estudo de Maringá onde as meninas apresentavam maior risco de morrer do que os meninos.

Conclusão: Os dados obtidos neste estudo revelam que as estatísticas hospitalares, transformadas em informações, são ferramentas importantes, que podem otimizar a gerência para o planejamento de ações dos serviços de saúde para que estes atendam, de forma apropriada, às necessidades de saúde da população. A partir dessas informações, podemos apontar para a necessidade de desenvolvimento de ações de saúde mais eficazes no nível primário, objetivando a prevenção das complicações, de forma a evitar ou reduzir as internações hospitalares. Muitas das internações na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica poderiam ser evitadas se os programas voltados à saúde da criança fossem intensificados e os problemas de saúde fossem resolvidos na atenção primária. A educação em saúde da população para o reconhecimento dos sinais de gravidade e a capacitação de recursos humanos no manejo adequado das doenças prevalentes na infância também são instrumentos valiosos que podem ser utilizados.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

54 - Intervenções não-farmacológicas para minimizar a dor no recém-nascido na unidade neonatal: revisão de literatura

Edvânia Kelly Leite da Silva*
Flávia Simphronio Balbino[†]

Introdução: A dor é considerada uma sensação desagradável associada a dano tecidual real ou potencial. Durante muitas décadas acreditava-se que o recém-nascido (RN) não era capaz de sentir e responder a estes estímulos, porém atualmente sabe-se que isto já ocorre a partir da 22^a semana de gestação. A mielinização incompleta do sistema nervoso implica somente em uma velocidade mais lenta do impulso, que é compensada pelo menor trajeto que o mesmo percorre. A exposição prolongada à dor prejudica o sistema nervoso e imunológico, desestabiliza o RN hemodinamicamente, estimula a incidências de hemorragias intracranianas, provoca atraso no desenvolvimento cognitivo, motor e social, além das sequelas emocionais. O recém-nascido apresenta uma sensibilidade maior à dor, um estímulo doloroso no adulto dura cerca de três a dez minutos, no RN dura de trinta a noventa minutos, ou seja, o RN não chega sequer a recuperar-se de um estímulo e já sofre novamente as consequências de outro estímulo doloroso, para o alívio desta sensação podem ser utilizadas medidas farmacológicas e não-farmacológicas, é fundamental minimizar o desconforto causado pela longa internação e exposição a procedimentos dolorosos, sendo assim, a equipe de enfermagem deve estar habilitada para agir de forma humanizada prestando uma assistência de qualidade a esses recém-nascidos, visto que a enfermagem mantém contato 24h com estes frágeis pacientes. O **objetivo** deste estudo foi realizar um levantamento bibliográfico de estudos já publicados sobre intervenções não farmacológicas utilizadas diante de procedimentos dolorosos no recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Metodologia: revisão de literatura que envolveu um levantamento bibliográfico de estudos realizados entre os anos de 1999 e 2009, em literatura nacional que abordassem as intervenções não farmacológicas para minimizar a dor dentro da unidade neonatal, foi utilizada como base de dados BDEFN, LILACS, BIREME. **Resultados:** através de dez artigos científicos publicados que abordam o tema chegou-se a categorização de oito intervenções não farmacológicas, que são: Uso de sucção não nutritiva: consiste no uso de chupeta ou dedo enluvado para estímulo da sucção, deve ser utilizada como medida coadjuvante porque não possui propriedades analgésicas intrínsecas, apenas auxilia o RN a se organizar após o estímulo doloroso diminuindo as respostas fisiológicas e comportamentais, ela libera serotonina durante os movimentos rítmicos de sucção e isto inibiria a hiperatividade e modularia o desconforto do neonato, vale ressaltar que a sucção não nutritiva deve ser utilizada apenas diante dos pequenos procedimentos dolorosos, estimulando seu uso antes da realização do procedimento, visando à prevenção da dor no RN; Uso de glicose e sacarose: o seu efeito analgésico ocorre pela liberação, através das papilas gustativas da porção anterior da língua de opioides endógenos, sendo assim a sacarose ou a glicose deve ser sempre administrada por via oral, seu uso deve ocorrer dois minutos antes do procedimento e seu efeito analgésico dura cerca de cinco minutos, a concentração mais utilizada e de 25% em dose de 2 ml em RN termo e em RNPT o volume mais utilizado e de 0,1 ml a 24%, o uso da sacarose ou da glicose é reconhecido e eficaz, sendo

* Enfermeira, Especialização em Enfermagem Neonatal pela UNIBAN-SP, Enfermeira da UTI Neonatal/Pediátrica do Hospital dos Fomecedores de Cana de Piracicaba-SP. Endereço: R: Heitor Guimarães, 476 Parque Egisto Ragazzo Limeira-SP. E-mail: kellyls@hotmail.com

[†] Enfermeira, Mestre pela UNIFESP-SP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

indicado em 14 dos 15 procedimentos listados pelo Consenso de Prevenção e Manejo da dor no Recém-Nascido do “International Evidence-Based Group for Neonatal Pain”, de acordo com os estudos o efeito da sacarose e da glicose são semelhantes; Aleitamento materno: a amamentação reduz significativamente a dor no RN, ela possui quatro fatores que a congregam: contato, sucção, odor e sabor do leite materno, avaliando a possibilidade do RN em sugar o seio materno, esta prática deve ser adotada como medida coadjuvante para minimizar a dor; Contato pele a pele: ou método Canguru consiste em manter o RN despido em posição ventral amarrado sobre o tórax da mãe, este método libera opióides endógenos diminuindo a expressão facial de dor após o procedimento; Contenção e posicionamento: manter o RN em posição confortável, geralmente em flexão, sempre apoiado com coxins ou “ninhos”, reduz a ocorrência do choro e aumenta a estabilidade do neonato, devido à melhora na organização postural; Intervenções ambientais: o ambiente na UTIN é extremamente estressante, cabe ao Enfermeiro utilizar medidas que diminuam o impacto desse ambiente no recém-nascido hospitalizado, eliminar ruídos desnecessários, utilizar abafadores nas gavetas e lixeiras, reduzir a luminosidade, são medidas que acalmam o RN, humanizando a assistência prestada; Mínima manipulação: o RN deve ser constantemente avaliado sobre a possibilidade e necessidade de intervenções, devido a instabilidade do mesmo, deve-se limitar a frequência de procedimentos dolorosos ou concentrá-los no mesmo momento para que o RN possa reorganizar-se fisiologicamente; Toque e massagem: o toque é um gesto que oferece segurança, transmite confiança e carinho e estimula os reajustes do corpo, a massagem terapêutica harmoniza a ação do sistema neurovegetativo simpático e parassimpático promovendo a saúde e bem-estar do RN, o toque e a massagem devem ocorrer de forma planejada, levando em consideração a estabilidade dos parâmetros fisiológicos do RN. **Conclusão:** todas as intervenções não farmacológicas encontradas evidenciam o aspecto da humanização da assistência de enfermagem prestada ao RN dentro da unidade neonatal, cabe ao Enfermeiro assegurar a humanização da assistência elaborando protocolos baseados nas evidências científicas encontradas sobre a eficácia do tratamento não farmacológico da dor no RN internado na UTI Neonatal, esses protocolos podem nortear a equipe e serem aplicados de acordo com a realidade de cada unidade, o treinamento e a conscientização da equipe de enfermagem também são primordiais para que a dor e todas as repercussões fisiológicas que a mesma causa possam ser minimizadas através da utilização de forma sistematizada de intervenções não farmacológicas durante os procedimentos dolorosos praticados pelo profissional de enfermagem, existem evidências científicas que comprovam a eficiência das intervenções não farmacológicas para o alívio da dor no RN, porém o Enfermeiro deve sempre avaliar e decidir sobre quais medidas utilizar para minimizar a dor no RN. Identificar e minimizar a dor do recém-nascido é um aspecto que engloba não apenas conhecimentos científicos, mas também sensibilidade para compreender que apesar de serem pequenos e não conseguirem expressar de maneira incisiva a dor e o sofrimento que sentem, esses recém-nascidos dependem de nós enquanto cuidadores para protegê-los das consequências da hospitalização e contribuir de forma eficaz para o seu desenvolvimento orgânico e emocional.

Palavras-chave: dor, recém-nascido, enfermagem neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

55 - Assistência à criança hospitalizada: o contexto da unidade de internação pediátrica

Jakcilane Rosendo de Gois*
Isabel Cristina dos Santos Oliveira†

Introdução: Existem pelo menos três tipos diferentes de modelos assistenciais à criança hospitalizada, a saber: centrado na patologia da criança, centrado na criança e centrado na criança e sua família. A escolha de um determinado modelo assistencial por uma instituição é influenciada pelos valores e crenças dos profissionais da equipe de saúde e administrativa, seus conhecimentos acerca da saúde e doença, e ainda, pelos recursos disponíveis. Esse estudo faz parte da dissertação de mestrado intitulada “Modelo de Assistência à Criança em Unidades de Internação Pediátrica: Perspectiva da Enfermeira Pediatra” e está inserido no Projeto Integrado de Pesquisa/CNPq “Modelos Assistenciais à Criança Hospitalizada: Implicações para a Enfermagem Pediátrica”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira. Objetivos: descrever as características das unidades de internação pediátrica e analisar os modelos assistenciais adotados nas unidades de internação pediátrica. Acredito que esse estudo contribua para a assistência de enfermagem, no sentido de apontar os modelos utilizados nas unidades de internação pediátrica e servir para que as enfermeiras reflitam acerca da assistência que prestam no cenário hospitalar e assim pensar em estratégias para mudanças na sua prática, o que pode desencadear avanços na assistência à criança hospitalizada e sua família. Em relação ao ensino, o estudo poderá contribuir na medida em que descreve a assistência prestada à criança e sua família no contexto atual das unidades de internação pediátrica, possibilitando aos alunos correlacionar o conhecimento produzido cientificamente com os modelos de assistência à criança hospitalizada vigentes. Dessa forma, o estudo contribuirá para os cursos de graduação e principalmente para os cursos de pós-graduação lato sensu, com destaque para os cursos de especialização em enfermagem pediátrica, para uma formação crítico-reflexiva acerca da prática assistencial. Espera-se que para a pesquisa, o estudo sirva como subsídio para outras pesquisas. O referencial teórico desse estudo está vinculado ao estudo de Elsen & Patrício acerca dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada. Metodologia: Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. Os sujeitos são seis enfermeiras que fizeram o Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica (CEEP) numa escola de enfermagem pública do Município do Rio de Janeiro nos últimos nove cursos (1997-2007) e que atuam em unidades de internação pediátrica clínica ou cirúrgica de hospitais pediátricos ou gerais das redes públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro. Os procedimentos metodológicos são o formulário para a caracterização das enfermeiras e a entrevista não-diretiva em grupo. Cabe destacar que, em observância a Resolução nº 196/1996, a coleta dos dados foi desenvolvida após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual foi desenvolvido o CEEP. Os dados foram analisados através da análise temática. Resultados: Através da análise dos depoimentos, constata-se que as unidades de internação possuem, em média, 25 leitos que estão dispostos em enfermarias ou em quartos individuais. Em duas

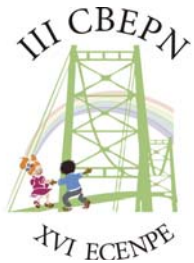
* Enfermeira Pediatra. Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ. Membro do Grupo de Pesquisa - Saúde da Criança / Cenário Hospitalar e do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança. Endereço: Av. Presidente Vargas, 187 apto 503, 25 de Agosto – Duque de Caxias – RJ – CEP: 25070-330. E-mail: jakcilane@yahoo.com.br

† Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ. Orientadora. Líder do Grupo de Pesquisa - Saúde da Criança / Cenário Hospitalar. Pesquisadora / CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

unidades de internação as crianças são distribuídas de acordo com a faixa etária. A distribuição por idade favorece a interação entre as crianças, minimizando o estresse da hospitalização. Essa conduta está em conformidade com o Ministério da Saúde, o qual preconiza que as acomodações da unidade de internação pediátrica devem atender a divisão por grupo etário, além disso, aponta para o modelo de assistência centrado na criança. Em uma unidade de internação da rede pública, a distribuição ocorre de acordo com a disponibilidade de leito, o que retrata a realidade de muitos hospitais da rede pública do Brasil, em destaque, o Município do Rio de Janeiro que apesar de possuir uma das maiores redes hospitalares do país, com hospitais municipais, estaduais e federais, e uma oferta de leitos que seria suficiente para sua população, apresenta uma superlotação das unidades por atenderem a demanda de todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro devido à carência de serviços oferecidos nestes locais. Vale ressaltar que as três depoentes que mencionam a distribuição das crianças atuam em instituições públicas. Supõe-se que as enfermeiras que pertencem à rede privada não tenham se detido à esta questão pelo fato dessas unidades de internação possuírem quartos individuais. No que diz respeito à caracterização das crianças, as unidades de internação pediátrica admitem crianças com diferentes patologias e graus de complexidade. Constata-se a valorização das cores na descrição de duas unidades de internação de instituições que pertencem à rede pública de saúde. No modelo de assistência centrado na criança ressalta-se a relevância de um ambiente com caracterizações infantis e a particularidade da criança relacionada à sua necessidade de manter vínculo afetivo com as pessoas, o ambiente e os objetos. Por outro lado, uma das depoentes que atua numa unidade de internação pediátrica de uma instituição privada relata um ambiente com pouco estímulo para a criança, o que aponta para o modelo centrado na doença. Neste modelo encontra-se um ambiente com ausência ou pobreza de caracterizações infantis e as cores das paredes e tetos da unidade não são próprias para a estimulação da criança. Em três unidades de internação da rede pública existe local próprio para recreação da criança. Conforme o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde deve haver uma área de recreação para cada unidade de internação pediátrica. A brinquedoteca hospitalar tem como objetivos: proporcionar a continuidade à estimulação do desenvolvimento da criança, preservar sua saúde emocional, minimizar o trauma psicológico provocado pela hospitalização através do lúdico, entre outros. Por outro lado, outras três unidades de internação não dispõem de sala de recreação para as crianças, sendo uma pertencente à rede pública e duas à rede privada de saúde. Quanto aos objetivos das instituições, duas depoentes verbalizam que os hospitais onde atuam têm como finalidades o ensino e a pesquisa, além da assistência. A equipe de saúde de duas unidades de internação da rede pública é composta pelas equipes médica e de enfermagem e também de nutricionista, assistente social e psicólogo. Porém, uma das unidades conta com o auxiliar operacional de serviços diversos e com odontólogo infantil. Enquanto na outra unidade também fazem parte da equipe os residentes de enfermagem, a fonoaudióloga e o fisioterapeuta. Na rede privada, constata-se que as equipes de saúde são constituídas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista e fisioterapeuta. A maior diversidade de profissionais nas duas unidades pediátricas da rede pública aponta para a possível existência de um trabalho multiprofissional. A composição das equipes nas unidades de internação das redes pública e privada se difere ainda quanto às escalas de serviços diurno e noturno. Em duas unidades de internação da rede pública apenas a enfermeira e suas auxiliares fazem parte da equipe de saúde no serviço noturno. Por outro lado, na rede privada a unidade de internação pediátrica conta com enfermeiros, técnicos de enfermagem e médico no horário da noite. Os demais profissionais atendem a todo o hospital. Conclusão: Conclui-se que o modelo de assistência adotado pelas unidades de internação pediátrica da rede pública de saúde é o centrado na criança, enquanto na rede



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

privada, destaca-se o modelo centrado na patologia da criança.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, criança hospitalizada.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

56 - Modelos assistenciais à criança hospitalizada: implicações para a enfermagem pediátrica

Isabel Cristina dos Santos Oliveira*

Introdução: Nas últimas décadas do século XX, as bases da assistência à criança hospitalizada foram se modificando em decorrência dos estudos nas várias áreas (ciências médicas, humanas e sociais). Com isto, diferentes perspectivas na assistência à criança no processo saúde-doença vêm orientando a prática assistencial. Com base em estudos e vivência profissional, Elsen & Patrício identificam três tipos de abordagem: centrada na patologia da criança; centrada na criança e sua família. Essas abordagens não são as únicas existentes e nem encontradas na sua forma pura, mas a conjugação dessas abordagens talvez seja o mais comum. Na abordagem centrada na patologia da criança, o foco da assistência está voltado para a criança portadora de uma determinada patologia, sinal ou sintoma. Essa abordagem é fundamentada na filosofia biologicista, que predominou até meados do século XX, quando a assistência à criança tomou novos rumos. A tomada de decisões acontece de forma vertical, centrada no médico. Em relação à abordagem centrada na criança, este foco passa a ser a criança em sua unidade biopsicoespiritual, em fase de crescimento e desenvolvimento. As mudanças descritas com base na filosofia psicossocial e nos conhecimentos teóricos sobre o desenvolvimento infantil determinaram modificações no modelo assistencial. Assim, o foco da assistência à criança deixa de ser o diagnóstico e o tratamento das doenças, e passa a ser as questões do desenvolvimento infantil. A tomada de decisões passa a ser horizontal e centrada na equipe de saúde, ou seja, os profissionais procuram manter a família atualizada e discutir com a mesma os resultados esperados. A abordagem centrada na criança e sua família é a mais recente nas instituições hospitalares. Nesse modelo, a família ocupa a posição central, sendo a unidade básica dos cuidados à saúde de seus membros. Assim, as necessidades de todos os familiares, não somente das crianças são consideradas, bem como as estruturas e composições familiares, metas, sonhos, entre outros. Nessa abordagem, a internação é vista não apenas como um agravo psicológico à criança, mas também para a família, por isso a tomada de decisões é horizontal, e feita por todos os membros. O estudo está vinculado ao Grupo de Pesquisa “Saúde da Criança - Cenário Hospitalar” do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e tem como objeto os modelos de assistência de enfermagem à criança em diferentes cenários hospitalares. Objetivos: descrever as características da assistência prestada à criança pela equipe de enfermagem; analisar os modelos assistenciais adotados pela equipe de enfermagem; e discutir as implicações dos modelos assistenciais adotados pela equipe de enfermagem para criança e sua família. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. O referencial teórico está vinculado aos tipos de abordagens na assistência à criança hospitalizada descritos no estudo de Elsen & Patrício. Os sujeitos são nove enfermeiras especialistas em enfermagem pediátrica. Os critérios de seleção do sujeito constituem-se em: enfermeiros que tenham concluído curso de especialização em enfermagem pediátrica no período de 1990 a 2007. Este recorte temporal se justifica pelas repercussões na prática assistencial do Estatuto da Criança e do Adolescente no tocante à

* Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Líder do Grupo de Pesquisa “Saúde da Criança/Cenário Hospitalar”. Pesquisadora/CNPq. Endereço: Avenida Oswaldo Cruz nº 90 apto 106 – Flamengo – Rio de Janeiro/Brasil. CEP: 22250-060. E-mail: chabucri@ig.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

hospitalização infantil e consolidação dos cursos de especialização e enfermagem pediátrica nas três escolas de enfermagens públicas do Estado do Rio de Janeiro; enfermeiros que atuam em unidades de pediatria dos hospitais gerais e hospitais pediátricos do Estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi constituída de três etapas: consulta ao cadastro dos cursos de especialização em enfermagem pediátrica com o objetivo de identificar os sujeitos do estudo; aplicação de um formulário para a caracterização dos sujeitos; e realização de entrevista não diretiva em grupo com o objetivo de aprofundar os aspectos subjetivos da prática assistencial dos enfermeiros relacionados ao modelo assistencial utilizado pela equipe de enfermagem. Os temas que subsidiarão a entrevista foram caracterização da unidade de internação, criança hospitalizada, família, equipe de saúde (funções, tomada de decisão, membros), plano de assistência (elaboração e execução) e critérios para avaliação da assistência. Vale destacar que foi realizada a validação dos temas após o encontro do primeiro grupo com vistas aos possíveis ajustes dos temas a fim de atender os objetivos do estudo. Em observância a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis da UFRJ. **Resultados:** Com base na análise dos depoimentos, constatou-se que as enfermeiras descrevem as características físicas da unidade de internação, a distribuição das crianças por faixa etária e grau de complexidade da doença. Quanto à equipe de enfermagem, os depoimentos mencionam as atribuições assistenciais: procedimentos técnicos (punção venosa, preparo de medicação, curativo, entre outros), avaliação da curva de crescimento e desenvolvimento, participação nas discussões dos casos, orientação ao familiar/acompanhante (doença, tratamento e cuidados no domicílio), e as atribuições administrativas. Em relação ao familiar/acompanhante, as enfermeiras destacam os tipos de parentesco (mãe, pai, avó, tio), cuidados básicos de higiene corporal, dificuldades e facilidades do entendimento quanto à doença e o tratamento da criança e identificação das dificuldades econômicas e sociais da família. As depoentes destacam também a composição da equipe de saúde, escala de serviço, interação entre as equipes e com a família da criança, reunião da equipe de saúde com o familiar (identificação das necessidades, esclarecimento de dúvidas e exposição de ansiedade e medo). As necessidades biopsicossociais da criança estão relacionadas ao controle da dor, hábitos alimentares, sala de recreação, classe escolar, visita livre (irmãos, colegas da escola, amigos). As necessidades do familiar/acompanhante durante a internação estão voltadas para a alimentação (horário, refeitório), higiene corporal, local para descanso, armário para guarda das roupas, sala de estar/televisão, entre outros. As depoentes mencionam as diferentes formas de registro da equipe de saúde tais como: folha única, folha específica para a equipe de enfermagem, bem como a elaboração da evolução do quadro clínico das crianças, em destaque, das crianças graves pelas enfermeiras. Conclusão: Com base na análise preliminar, concluiu-se que o modelo assistencial predominante nas unidades de internação é o centrado na criança, contudo em algumas situações de agravamento do quadro clínico da criança, o modelo centrado na patologia é apontado pelas enfermeiras. O estudo está em fase final de análise.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, criança hospitalizada, modelos assistenciais



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

57 - Baixo peso ao nascer e sua relação com as características maternas em uma instituição privada do Município de São Paulo

Jucilene Soares Lodi
Mariângela Abate de Lara Cassati
Alice Deutch

O melhor indicador que retrata o que ocorre durante a fase fetal é o peso de nascimento da criança. O baixo peso ao nascer é definido como todo nascido vivo com peso inferior a 2.500 gramas no momento do nascimento. Sendo assim, o baixo peso pode estar diretamente relacionado à prematuridade, que é definida como todo recém-nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas. O baixo peso ao nascer é uma das principais causas de internação nas unidades de neonatologia e é um fator responsável por elevar a taxa de mortalidade neonatal. A mortalidade de recém-nascidos de baixo peso, no primeiro ano de vida, é vinte vezes maior que a de recém-nascidos de peso adequado. A associação entre idade materna avançada e o nascimento de recém-nascido de baixo peso também se faz presente. Mulheres com idade superior aos 35 anos apresentam maior risco obstétrico; isto pode ser decorrente da própria senescência ovariana e da frequência aumentada de doenças crônicas em mulheres nessa faixa etária, como a hipertensão arterial e a *diabetes mellitus*, que acarretam riscos potenciais para a gravidez. Em relação ao prognóstico do bebê, pesquisadores indicam um aumento na frequência de anomalias de crescimento quando a idade materna é avançada. No Brasil, a prevalência ao baixo peso está relacionada à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência ao pré-natal. Sendo assim, faz-se necessário que a equipe de enfermagem ofereça uma assistência qualificada aos recém-nascidos de baixo peso, visando uma possibilidade maior de sobrevida aos mesmos. Acredita-se que a organização da assistência ao recém-nascido é um desafio não apenas para o enfermeiro, mas é um verdadeiro desafio para todos os profissionais de saúde. Logo, a atenção pré-natal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal, com ações de prevenção e promoção de saúde, além de tratamentos adequados para possíveis complicações que possam ocorrer nesse período. Diante das considerações acima o presente estudo teve como objetivo, avaliar o baixo peso ao nascer e o perfil das mães de gemelares em uma instituição privada do município de São Paulo. Quanto à metodologia, trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva e retrospectiva, sendo utilizada a documentação indireta, através dos prontuários de recém-nascidos de baixo peso. A pesquisa foi realizada no SAME (Serviço de Atendimento Médico Estatístico) do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), após aprovação do comitê de Ética, para a verificação desses prontuários. A população de estudo desta pesquisa foi constituída pelos prontuários de recém-nascidos de baixo peso (< 2.500g) nascidos de gemelares no hospital no ano de 2007. Sendo assim, no ano de 2007 ocorreu um total de 3000 partos. Destes, 206 recém-nascidos foram classificados como baixo peso. Entretanto, 50,5% (104) foram de gestação única e o restante (49,5%) foi de gestação gemelar. O estudo teve como critério de inclusão apenas a verificação das mães de gemelares. O instrumento da coleta foi um formulário que abrangia questões que abordassem as características maternas e as condições de nascimento que podem estar relacionadas com o baixo peso ao nascer. Essas informações foram obtidas através do prontuário do recém-nascido e de suas mães, que ficam anexados juntos. Para a análise destes dados foi realizada uma digitação, utilizando-se como banco de dados o programa Microsoft Excel®, contendo todos os campos de informação do instrumento. Posteriormente, foi efetuada uma análise descritiva, para avaliar as características maternas relevantes do baixo peso dos recém-nascidos.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

De acordo com as condições maternas, a idade média das mães foi de 34 anos, variando de 23 a 44 anos; sendo que, 39% correspondiam à faixa etária de 31 a 35 anos. Já o estado civil, 56% das mães eram casadas. Quanto à estatura materna, 39% correspondiam à faixa de 1,56 a 1,60 m. Foi analisado o peso das mães antes da gestação e foi constatado que 51% tinham peso > 75 kg. Em relação ao IMC (índice de massa corpórea), foi verificado que 62% tinham peso adequado pré-gestacional. Sendo assim, 32% das mães ganharam peso na faixa de 11 a 15 kg durante a gestação. Em relação as condições maternas, apenas 2% eram tabagistas. Quanto ao tipo de parto, houve o domínio em 99% de parto cesáreas. Sobre as condições de nascimento desses recém-nascidos, metade era para cada do gênero. O peso de nascimento teve o predomínio na faixa de 1501 a 2499 g e a idade gestacional predominante foi de 31 a 36 semanas, mostrando que esses recém-nascidos eram pré-termos. O Score de apgar no primeiro minuto de nascimento indicou que 46% obtiveram nota oito. Já no quinto minuto, 57% obtiveram nota dez. Quanto a complicações ao nascimento, 63% desses RNs tiveram complicações ao nascimento e a principal complicação foi a Síndrome da Angústia Respiratória (SAR) em 52% dos casos. De acordo com as condições perinatais, foi verificado que todas as mães realizaram o pré-natal, entretanto, em 76% dos prontuários não constava o número de consultas realizadas no mesmo. Quando analisado se as mães internaram na gestação, 81% não precisaram ser internadas e 14% tiveram infecção do trato urinário (ITU). Sobre a paridade, 75% das mães eram primíparas. Das restantes, a média interpartal era de três anos. Sobre a presença de aborto, 12% tiveram aborto espontâneo, com a predominância de um aborto. Das mães múltiparas foi analisado se tiveram prematuridade anterior, 60% não informavam no prontuário este item; a mesma coisa aconteceu quando analisado se a mãe teve outro filho com baixo peso ao nascimento mostrando novamente uma grande porcentagem de não informa. Sobre as patologias gestacionais, 48% tiveram anemia seguido em 26% da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e 16% tiveram diabetes gestacional. Por fim, as condições socioeconômicas maternas mostraram que, 91% tinham ensino superior e 97% exerciam trabalho remunerado. Por ser um hospital particular, 98% foram atendidas através do convênio e o restante foi particular. Concluimos que, devido á alta porcentagem de parto gemelares, representando 49,5% da amostra, mostra forte evidência de que esse fato reflete maior estímulo para a realização de métodos de fertilização e de tecnologia de reprodução assistida. Uma vez que, a média de idade materna era de 34 anos, com curso superior e alta taxa de cesáreas, mostrando forte associação com o nível socioeconômico mais elevado. Entretanto, a própria gestação múltipla já é classificada para desenvolver maiores chances de nascimento com baixo peso, uma vez que, as taxas de crescimento fetal dos gemelares são mais atrasadas quando comparados com o de gestação única. A limitação desse estudo, foi não ter conversado com as mães para obter mais informações, pois o estudo era de análise de prontuários, sem contato com as mesmas. No entanto, os resultados obtidos nortearão novos estudos e poderão contribuir para a implementação de melhorias no processo de saúde materno-infantil.

Palavra-chave: baixo peso ao nascer, condições maternas.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

58 - Prática do processo de enfermagem a uma criança com insuficiência hepática fulminante secundária a poliquimioterapia para hanseníase

Luciana de Lione Melo*

Aline Depintor Coelho Ramos de Oliveira[†]

Michelle Dias Schneider[‡]

Siliany de Fátima Jandotti Pesconi²

O processo de enfermagem que consiste em cinco etapas inter-relacionadas – investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação – é um método, uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem. Através deste método, o enfermeiro promove cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo e, ainda, esse é capaz de impulsionar os enfermeiros a continuamente examinarem suas práticas, refletindo sobre formas de fazê-las melhor. O foco do processo de enfermagem é o indivíduo como um todo e não apenas sua doença, o que possibilita uma abordagem ampla, buscando maximizar a autonomia do indivíduo, considerando suas respostas humanas a um determinado problema, além de facilitar a interação enfermeiro-cliente. A Resolução COFEN 272/2002 afirma ser função exclusiva do enfermeiro, realizar o processo de enfermagem tendo como finalidade identificar situações de saúde/doença e subsidiar ações de enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. A implementação do processo de enfermagem, utilizando na fase diagnóstica, a Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association – NANDA iniciou-se nos Estados Unidos da América, em meados da década de 80. Porém, no Brasil, sua utilização é mais recente. O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) que há mais de duas décadas fundamenta sua prática assistencial no processo de enfermagem começou, em 2001, sua trajetória na implantação do diagnóstico de enfermagem fundamentado na NANDA. Esta trajetória tem mostrado que a implantação e a implementação exigem tempo e determinação dos envolvidos. O Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do Hospital de Clínicas – UNICAMP há mais de uma década realiza o processo de enfermagem fundamentado em Horta. Entretanto, foi a partir de 2004 que surgiu a necessidade de reestruturação deste processo, com vistas à utilização da classificação diagnóstica da NANDA e da classificação das intervenções de enfermagem - NIC. Desta forma, podemos evidenciar que a utilização destas classificações ainda é recente no Brasil. O objetivo deste estudo é aplicar o processo de enfermagem fundamentado na North American Nursing Diagnosis Association - NANDA e na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, para uma criança com insuficiência hepática fulminante secundária a poliquimioterapia para hanseníase, visando o cuidado integral. Trata-se de um estudo tipo estudo de caso. O estudo de caso é considerado um dos mais relevantes tipos de pesquisa qualitativa, permitindo realizar investigações em profundidade de um indivíduo, grupo ou instituição. Apesar de não necessitar, a priori, da elaboração de hipóteses, sua complexidade aumenta à medida que o investigador adota um ou mais referenciais teóricos. O processo em questão foi realizado no município de Campinas

* Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Pesquisadora do Grupo de Estudos do Brinquedo–Gebrinq - Unifesp. Endereço: Rua Lino Guedes, 98 apto 42 – Jardim Paulistano – Campinas SP CEP:13026-370. Fone: (19)35219094. Fax: (19)35218822. E-mail: lulione@fcm.unicamp.br

[†] Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.

[‡] Aluna do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

– SP, em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital universitário, classificado como de níveis terciário e quaternário, no 1º semestre de 2009, durante a disciplina EN791 Estágio Curricular Supervisionado, do curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. A população foi composta por uma criança, nove anos, sexo feminino, hospitalizada por insuficiência hepática fulminante secundária a poli-quimioterapia para hanseníase. Durante todo o processo assistencial respeitamos os aspectos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Os dados foram coletados através de entrevista e exame físico, utilizando-se um instrumento fundamentado nos padrões da NANDA, além de evoluções diárias das intervenções de enfermagem prescritas. Após a análise dos dados coletados, planejamos as intervenções de enfermagem embasadas na NIC, de acordo com os seguintes diagnósticos de enfermagem: dor aguda, volume excessivo de líquidos, síndrome do estresse por mudança, medo e risco de infecção. As intervenções de enfermagem prescritas e implementadas para dor aguda foram administração de analgésicos, controle da dor, redução da ansiedade e distração. Já para o diagnóstico de volume de líquidos excessivo elegemos como intervenções prioritárias, controle de hipervolemia, monitoração hídrica, controle do edema cerebral e monitoração neurológica. Com respeito ao diagnóstico de enfermagem intitulado síndrome do estresse por mudança selecionamos como intervenção de enfermagem, terapia recreacional. Aumento da segurança e assistência a exames foram implementados para o diagnóstico de medo. Por fim, o diagnóstico de risco de infecção recebeu as intervenções proteção contra a infecção e controle de infecção. A utilização da Classificação Diagnóstica da NANDA e da Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC possibilitou-nos oferecer um cuidado de enfermagem efetivo, uma vez que evidenciamos que os diagnósticos e intervenções de enfermagem colaboraram para que a criança pudesse, durante a hospitalização e paulatinamente, compreender seu estado de saúde. Com relação ao diagnóstico de dor aguda, vale ressaltar que quando a dor era classificada pela criança por meio da escala de faces como moderada, essa aceitava intervenções não farmacológicas como as técnicas de distração e terapia recreacional. Entretanto, na vigência de dor intensa, a criança descontrolava-se emocionalmente, apresentando, após a administração de analgésicos e diminuição da sensação dolorosa, características de isolamento social. Uma das terapias recreacionais oferecidas - jogos de computador - motivou a criança a interagir com outras crianças e adultos na brinquedoteca, ainda que acompanhada por um membro da equipe de saúde. Em outro momento, também com o uso de jogos de computador, a criança mostrou-se mais disposta e com maior resiliência durante a coleta de exames sanguíneos. Vale ressaltar que nestes momentos, a mãe também aparentava maior tranquilidade, uma vez que a criança demonstrava enfrentamento eficaz. Embora as intervenções prescritas fossem essenciais para melhora do estado de saúde, parte delas tinha como foco o aspecto biológico. Diante da relutância da criança em aceitar estas intervenções, foi necessário extrapolar o foco inicial, intervindo de modo a oferecer suporte emocional para as situações estressantes e dolorosas. Este modo de cuidar do outro, fez-nos refletir sobre a formação biologicista, com ênfase na patologia que vem sendo oferecida. Apesar disso, faz-se necessário extrapolar o corpo, buscando compreender o indivíduo em sua totalidade, considerando o contexto no qual está inserido. A utilização dos referenciais adotados - NANDA e NIC – possibilitou o exercício do raciocínio clínico que promoveu, concomitantemente, o aprendizado de uma linguagem padronizada de enfermagem e a evidência de um planejamento voltado às reais necessidades da criança, resultando na melhoria das condições de saúde física e emocional.

Palavras-chave: criança, hanseníase, insuficiência hepática fulminante, processos de enfermagem, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

59 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica: um estudo prospectivo

Michelle Dias Schneider^{*}

Aline Depintor Coelho Ramos de Oliveira[†]

Siliany de Fátima Jandotti Pesconi²

Luciana de Lione Melo[‡]

A criança, durante o seu processo de crescimento e desenvolvimento, está sujeita a apresentar afecções patológicas que necessitam de hospitalização. A cura da criança e o êxito do tratamento em um ambiente hospitalar dependem de uma conduta multiprofissional integrada com a participação ativa da família. Em décadas passadas, as crianças gravemente doentes eram atendidas por pediatras de diversas subespecialidades, sem formação específica para o atendimento intensivo. Atualmente as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) são bastante conhecidas e difundidas em todos os países. Elas foram criadas com o intuito de prover o cuidado ideal às crianças criticamente enfermas, bem como favorecer o crescimento em direção a uma vida com qualidade, com o pleno desenvolvimento de suas potencialidades. Considerando a importância do cuidado de enfermagem para o restabelecimento da criança em estado crítico, é imprescindível que esse seja fundamentado no Processo de Enfermagem que pode ser definido como um método através do qual a estrutura teórica da enfermagem é aplicada à prática por meio de cinco fases: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A fase diagnóstica e a fase de planejamento podem ser implementadas utilizando-se a classificação diagnóstica da NANDA e a classificação das intervenções de enfermagem – NIC. Estas classificações foram adotadas no Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas – Unicamp como parte da reestruturação do processo de enfermagem. O objetivo deste estudo foi identificar e caracterizar os diagnósticos de enfermagem da NANDA e as intervenções de enfermagem da NIC mais incidentes na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas - UNICAMP. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, prospectivo, de avaliação, tipo análise de processo. Foi realizado no município de Campinas – SP, no 1º semestre de 2009, durante a disciplina EN791 Estágio Curricular Supervisionado, do curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Os dados foram coletados no período de 22 de abril a 22 de junho de 2009, a partir de um impresso onde se buscavam informações nos prontuários sobre os diagnósticos médicos, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 196/96. Os diagnósticos médicos de maior incidência no serviço em questão foram insuficiência respiratória aguda, malformações cardíacas congênitas e pneumonias. Os quantitativos referentes aos diagnósticos de insuficiência respiratória aguda e pneumonia ocorrem porque na população pediátrica há um comprometimento do sistema respiratório. A criança é particularmente suscetível a desenvolver insuficiência respiratória, pois existem diversos fatores inter-relacionados que favorecem essa evolução, que vão desde peculiaridades

^{*} Aluna do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Endereço: Avenida Albina Scarasati Missio, 176 Campinas SP CEP:13052-200 Fone: (19)92078400 Fax: (19)32656582 E-mail: midschneider@gmail.com.

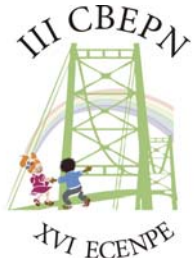
[†] Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.

[‡] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Pesquisadora do Grupo de Estudos do Brinquedo–Gebrinq - Unifesp.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

anatômicas a características fisiológicas e imunológicas. Já com respeito às malformações cardíacas, o alto índice ocorre pelo fato do hospital ser referência regional em cirurgia cardíaca pediátrica. Os diagnósticos de enfermagem identificados pertencem aos domínios nutrição, eliminação/troca, atividade/repouso, percepção/cognição, relacionamentos de papel, enfrentamento/tolerância ao estresse, segurança/proteção e conforto, sendo identificado um número significativo de crianças com resposta disfuncional ao desmame ventilatório, integridade da pele prejudicada e risco de aspiração. A incapacidade da criança de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico, interrompendo e prolongando o processo de desmame é multifatorial. Sabemos que mesmo diante dos benefícios universalmente aceitos da ventilação mecânica (VM) em crianças com insuficiência respiratória, os riscos associados a esta prática exigem que a equipe de cuidado intensivo busque constantemente conhecimentos que possam embasar a decisão de interromper a VM o mais cedo possível. Integridade da pele prejudicada, pode ser definida como epiderme e/ou derme alteradas. Este diagnóstico é incidente devido a procedimentos invasivos, incisões cirúrgicas e lesões cutâneas, principalmente as dermatites de fraldas. O diagnóstico risco de aspiração deve sua incidência ao fato de que a aspiração pulmonar pode ter conseqüências graves para criança, como pneumonites aspirativas e atelectasias, podendo evoluir para o óbito. Em relação às intervenções de enfermagem prescritas, vale ressaltar que identificamos um número considerável de intervenções de enfermagem prescritas sem a utilização da referida classificação. Das 987 intervenções de enfermagem prescritas, as mais prevalentes foram monitoração de sinais vitais, monitoração respiratória, supervisão da pele, assistência ventilatória, controle de vias aéreas, desmame da ventilação mecânica e controle de infecção. As intervenções de enfermagem assistência ventilatória, controle de vias aéreas, desmame da ventilação mecânica, monitoração respiratória, monitoração de sinais vitais foram prescritas para o diagnóstico resposta disfuncional ao desmame ventilatório. Desta forma, é possível confirmar que as intervenções de enfermagem são qualitativamente proporcionais ao diagnóstico de enfermagem mais incidente. Em relação ao diagnóstico integridade da pele prejudicada, evidenciamos a intervenção supervisão da pele em 55 prescrições. Porém, outras intervenções preconizadas pela NIC como cuidados com úlceras de pressão e cuidados com local de incisão não foram determinadas. Outra intervenção de enfermagem implementada apenas em 24 ocasiões é controle de infecção, a sétima intervenção mais prescrita na unidade de terapia intensiva pediátrica. Entretanto, esta intervenção é sugerida para atender diversos diagnósticos de enfermagem identificados como integridade da pele prejudicada, risco de infecção, ventilação espontânea prejudicada, proteção ineficaz e integridade tissular prejudicada, o que sugere que a intervenção em questão não é implementada efetivamente. Esta constatação merece destaque já que na unidade de terapia intensiva pediátrica há um montante considerável de procedimentos invasivos que expõe a criança a um maior contato com patógenos. Com respeito ao diagnóstico de enfermagem risco de aspiração, o terceiro mais incidente, comprovamos que a intervenção de maior relevância foi prescrita somente em 12 momentos. Outras intervenções prescritas foram controle de vias aéreas artificiais e posicionamento também em número reduzido. Esta evidência serve de alerta, já que as crianças hospitalizadas na unidade estudada apresentam vários fatores de risco como alimentação por sondas, deglutição prejudicada, esvaziamento gástrico retardado, presença de sonda endotraqueal e de traqueostomia. O presente estudo possibilitou identificar e caracterizar os diagnósticos de enfermagem da NANDA e as intervenções de enfermagem da NIC mais incidentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Pôde-se comprovar que as cinco fases do processo de enfermagem são realizadas, embora os enfermeiros, na fase de planejamento, por vezes não utilizem a NIC. Infere-se que a não utilização da NIC possa estar relacionada ao curto período de implantação do processo de enfermagem com esse referencial – um ano e ainda



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

ao tempo de formação da maioria dos enfermeiros do serviço ser maior que 10 anos, demonstrando que no ensino do processo de enfermagem durante o curso de graduação, ainda não era utilizada, em todas as escolas, as classificações de enfermagem. Entende-se que é necessário enfatizar, aos enfermeiros, a importância da utilização da classificação das intervenções de enfermagem – NIC, pois por meio desta classificação pode-se aperfeiçoar a prática de enfermagem, além de colaborar na busca de uma ótima qualidade do serviço prestado, reforçando os saberes/poderes de enfermagem como essenciais para o restabelecimento da criança gravemente doente. Vale ressaltar ainda que a utilização da NIC, em especial, pode facilitar a construção de protocolos de cuidados, nomear atividades realizadas, facilitar o registro dessas atividades e conferir maior visibilidade ao processo de trabalho do enfermeiro. Os resultados obtidos neste estudo impulsionaram novos questionamentos e reflexões para outras pesquisas reforçando a relevância do trabalho do enfermeiro.

Palavras-chave: processos de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem, unidades de terapia intensiva pediátrica, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

60 - Cardiopatia complexa: contribuições para a atuação da enfermagem em neonatologia

Joana D'arc Nazareth Gallup*
Neuza Maria Corrêa Paula[†]

As cardiopatias complexas ocupam o segundo lugar em prevalência e o primeiro em morbimortalidade clínico-cirúrgica na população neonatal, o que evidencia sua magnitude epidemiológica e as torna um desafio para a atuação multidisciplinar. As associações de defeitos anatomofuncionais são diversas e podem fazer com que lesões corrigíveis tenham sua resolução limitada por outro defeito que não é passível de correção e, ainda, cuja tentativa de palição pode obscurecer os resultados esperados. Neste caso, o reparo cirúrgico precoce fica inviabilizado, pois as repercussões hemodinâmicas evidenciadas causam instabilidade importante incrementando a gravidade do caso e o risco de seqüela e morte. Em função de seu elevado índice de morbimortalidade, requerem assistência de enfermagem especializada e intervenção cirúrgica precoce, principalmente em neonatos sintomáticos. Os enfermeiros devem ser capazes de compreender as várias alterações morfofuncionais envolvidas nestes eventos direcionando o cuidado de forma sistematizada e específica para cada caso. Sua elevada incidência e relevância sobre a qualidade de vida neste período crítico para criança e família impõem a necessidade cada vez maior da assistência de saúde efetiva e qualificada, onde o enfermeiro insere-se como membro imprescindível da equipe multidisciplinar que busca devolver à família e sociedade um indivíduo com suas capacidades (neurológica, motora, cognitiva e social) preservadas ao máximo. O trabalho objetivou aprofundar o conhecimento sobre cardiopatias complexas com o intuito de obter subsídios para qualificar o saber-fazer-profissional da Enfermagem em neonatologia, pois entendemos que o conhecimento do impacto destas anomalias sobre o prognóstico da criança dará suporte científico para a transformação do potencial profissional dos Enfermeiros no cuidado integrado ao neonato. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica de cunho exploratório-descritivo e caráter transversal entre setembro de 2008 e maio de 2009. O enfoque crítico-dialético foi utilizado como eixo epistemológico para a compreensão do referencial. As informações obtidas revelaram que a cardiopatia complexa é uma doença grave onde ocorrem, simultaneamente, mais de um defeito cardíaco cujas associações são necessárias para a manutenção da vida do bebê. É a doença congênita mais prevalente na população neonatal, afetando aproximadamente 10% dos recém-natos com desfecho letal em até 40% dos casos. Dos sobreviventes, 20% morrem no primeiro ano de vida e 5% sucumbem a cada ano nos quatro anos subseqüentes. Esses dados evidenciam que a magnitude mórbida destas cardiopatias se faz a curto e longo prazo, afetando a qualidade de vida de neonatos e familiares. Entendemos que a letalidade aguda esteja relacionada à necessidade do recém-nascido em administrar as repercussões anatomofuncionais geradas pelo conjunto de lesões cardíacas ao mesmo tempo em que procura superar as peculiaridades fisiológicas de adaptação à vida extra-uterina, sobretudo quando existe a prematuridade. Os efeitos à longo prazo, podem basear-se no fato de que a incapacidade funcional imposta pela doença

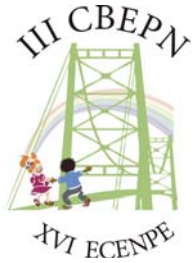
* Enfermeira. Especialista em Enfermagem Intensiva Neonatal e Adulto. Assistencialista da UCSI/UTIN da Maternidade Municipal de Manaus. Preceptora de Enfermeiros da UTIN na Maternidade Dona Nazira Daou. Av. Constantino Nery, 2503, Bloco H, Ap 315, Chapada, Manaus, AM. Cep: 69050-001. E-mail: joanagallup@rocketmail.com

[†] Enfermeira. Professora MSc do Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Amazonas.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

predispõe sequelas, mesmo que a correção do defeito tenha sido realizada precocemente. Insuficiência cardíaca associada à caquexia compromete o estado nutricional e a compleição muscular contribuindo para o diagnóstico de enfermagem: atraso no crescimento e desenvolvimento. Acreditamos que a correção da deficiência ponderal possa ser alcançada com oferta equilibrada de nutrientes, adequados à faixa etária, porém, a correção do déficit estatural torna-se uma questão complexa, pois a desnutrição compromete o desenvolvimento de todos os grupos musculares, inclusive o cardíaco. A intolerância às mamadas relacionada ao desconforto respiratório constitui fator potencial para o diagnóstico de risco para nutrição desequilibrada para menos do que as necessidades corporais, já que provoca ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer suas demandas metabólicas, agravando o risco de desnutrição. Inferimos, então, que as cardiopatias complexas afetam a qualidade de vida do binômio criança-família, pois não podemos vislumbrar o cuidado integrado ao neonato desvinculado de seus familiares. Cremos que a qualidade de vida da criança é afetada pelas repercussões fisiopatológicas que a cardiopatia impõe enquanto a da família é alterada em função da angústia pela resolução do caso e da luta diária na tentativa de melhorar as condições de vida do filho cardiopata. As estratégias traçadas pela família para enfrentar as limitações impostas pela doença da criança muda o estilo de vida existente e o idealizado, afetando de forma incisiva a história de todo o contexto parental. Quanto à causa, alguns autores acreditam ser multifatorial com influência de fatores genéticos e ambientais, haja vista sua associação com trissomia do cromossomo 21 e síndrome da rubéola congênita, por exemplo. Esta afirmativa procede tendo como apoio relatos que afirmam que o desenvolvimento do coração resulta da interação entre três categorias de genes que: definem a região onde o tecido cardíaco será formado, induzem à formação do seu fenótipo e promovem a diferenciação das células do coração. Podemos inferir, então, que uma alteração no gene que define a região de formação do coração poderia fazer com que este fosse gerado de forma ectópica, por exemplo. Há afirmativas ainda mais específicas que sugerem um caráter heterozigótico para o problema, apontando que a disfunção de um alelo causada por uma mutação não pode ser compensada pela regulação do alelo normal. Além disso, um gene nulo ou hipofuncional fragiliza o desenvolvimento cardíaco deixando-o vulnerável a influências nocivas, sejam elas cromossômicas, genéticas ou ambientais, sedimentando o caráter multifatorial causal. Divergências surgem no campo da correção cirúrgica: Alguns autores revelam que na maioria dos casos a cirurgia é a única alternativa para a sobrevivência da criança devendo ser realizada dentro do primeiro mês ou do primeiro ano de vida, pois os avanços da cirurgia corretiva em idade precoce proporcionaram redução na mortalidade de 85% (nos anos 60) para 15% (nos anos 90). Esta opinião é compartilhada por autores que admitem a cirurgia precoce como capaz de oferecer melhores chances de resultados positivos imediatos e/ou tardios. Opiniões contraditórias são pautadas em experiências particulares que demonstram que o prognóstico destas crianças permanece ruim, mesmo com os avanços da cirurgia cardíaca nos últimos vinte anos, inclusive nos casos de bons resultados pós-operatórios imediatos. Autores que defendem a intervenção cirúrgica precoce (paliativa ou corretiva) referem que esta é eficaz em prevenir intercorrências que aumentam a morbidade pós-cirúrgica e que são habituais na história natural destas doenças, como endocardite infecciosa, arritmia cardíaca e hipertensão arterial. Troca de gases prejudicada, padrão respiratório ineficaz, intolerância à atividade, risco de infecção, atraso no desenvolvimento e crescimento e perfusão tissular ineficaz foram os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes encontrados baseados na taxonomia II de NANDA. Entendemos que é importante conhecermos as principais manifestações clínicas indicativas de cardiopatia congênita, pois facilita a identificação de diagnósticos de enfermagem específicos, a indicação de ações de enfermagem adequadas bem como a avaliação da evolução do quadro através da análise das respostas da criança, evidenciando a importância do papel do Enfermeiro como membro de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

uma equipe que pretende auxiliar o neonato a superar este momento da forma mais confortável possível. O planejamento das ações de enfermagem deve incluir controle de infusões endovenosas detectando sinais de sobrecarga volumétrica, complicações associadas a drogas vasoativas, incompatibilidade medicamentosa e sinais de distúrbio hidroeletrólítico e metabólico; escolha criteriosa do acesso vascular com manutenção adequada; medidas amenizadoras da dor que diminuam estresse, trabalho cardíaco, choro e pressão intracraniana; cuidados relacionados ao suporte ventilatório e prevenção de infecções, além de integrar a família ao plano de cuidados. Nossa atuação permeia todos os momentos da assistência à saúde destas crianças. Somos os únicos profissionais cuja assistência é pautada na permanência e não na consulta. Por estarmos vinte e quatro horas em contato com estes pequenos pacientes, temos a oportunidade de conhecer seu mundo - universo inexistente sem os pais, com suas angústias, medos e frustrações. Estamos presentes planejando, implementando e avaliando ações de acordo com cada diagnóstico de enfermagem evidenciado. Nosso planejamento é retroalimentado e nossa atuação é reorganizada de acordo com a evolução apresentada pela criança, que nos oferece respostas específicas e únicas para a construção de um modelo de cuidado voltado para o desenvolvimento e acolhimento. Destas condutas, emergem informações que permitem nossa inserção efetiva junto à equipe multidisciplinar do sistema de cuidados ao neonato cardiopata. As respostas do recém-nascido e familiares a estas intervenções subsidiam a evolução ou limitação do tratamento, pois são fatos reais e legítimos. O conhecimento e entendimento dos familiares sobre as condições de seu filho, especificamente, no contexto das ações de Enfermagem contribui para alcançarmos credibilidade. O cuidado sistematizado não se limita a tentar minimizar a mortalidade relacionada às cardiopatias complexas, mas ao fato de que ações implementadas no período neonatal repercutirão no futuro do binômio criança-família. Concluimos, então, que o aprimoramento dos enfermeiros nesta temática é inesgotável. Devemos oferecer a melhor qualidade de assistência sem esquecermos de que, a esta, agregam-se sempre os conceitos e práticas do cuidado ético e humano. É este paradigma que nos permitirá legitimar o papel do Enfermeiro na assistência ao recém-nascido de alto risco.

Palavras-chave: cardiopatia congênita, cardiopatia complexa, cuidado integral ao neonato.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**61 - Elaboração de um vídeo para educação e orientação em saúde para os
acompanhantes de um alojamento conjunto pediátrico**

Márcia Manique Barreto Crivelatti*

Lorena Gemelli[†]

Denise Costa Dias[‡]

Michelli Locks[§]

Introdução: As instituições hospitalares vêm mudando suas concepções sobre a humanização da assistência à criança hospitalizada assim como, os seus objetivos de atendimento. Portanto, vem desenvolvendo propostas no sentido de prestar uma assistência mais humanizada como o Alojamento Conjunto Pediátrico que é um sistema de internação hospitalar no qual a mãe, o pai ou outra pessoa significativa para a criança, permanece ao seu lado durante a hospitalização, sendo envolvido na assistência. A presença da família neste processo é de grande importância, e contribui para que a criança seja capaz de suportar o sofrimento e a aflição surgida durante a hospitalização. No entanto, a presença da mãe ou responsável na enfermaria, segundo Lima; Rocha; Scochi (1999) não é uma questão simples, pois implica na reorganização do processo de trabalho em nível teórico e prático. Um fato a se considerar é que a permanência dos pais está imprimindo uma outra dinâmica nesse processo, pois eles não estão desenvolvendo apenas habilidades técnicas, mas também “conhecendo” (grifo do autor) o cotidiano do hospital e da terapêutica e, lentamente, reivindicam participação na assistência para além dos cuidados básicos como alimentação e higiene. Ao ingressar no Alojamento Conjunto, a mãe ou acompanhante da criança deverá receber informações verbais e por escrito. Estas informações dizem respeito aos direitos e deveres do acompanhante, como por exemplo, horários de troca de acompanhantes, de visitas, de uso da televisão; uso de aventais; alimentação da criança e do acompanhante; higienização; organização do ambiente e o uso desse espaço; controle de infecção hospitalar; segurança da criança e do acompanhante; recreação; dentre outras que se tornem necessárias. Contudo, dependendo da forma e do momento que essas orientações são realizadas, podem não ser apreendidas/entendidas pelas mães/acompanhantes como a equipe gostaria que fosse. Desta forma, é importante elaborar estratégias e instrumentos para dar conta das novas necessidades que se apresentam no trabalho dirigido a estas famílias, reintegrando a criança à família e inserindo a mãe/acompanhante, gradativamente, no cuidado. Nesse contexto, emerge o presente estudo baseado em uma necessidade percebida pelos profissionais de enfermagem em sua prática diária de uma enfermaria de Alojamento Conjunto Pediátrico em um hospital público universitário, com características de assistência, ensino e pesquisa, situado no interior do Paraná. Esta necessidade apontou a importância de investimentos em orientação dos acompanhantes das crianças internadas. A proposta deste estudo, para tanto, foi de criar uma estratégia para viabilizar as orientações de modo que ocorra uma compreensão e reflexão sobre o que está sendo dito. Com esse intuito foi elaborado um vídeo educativo que teve por objetivo repassar as informações necessárias aos

* Enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho, enfermeira do Alojamento Conjunto Pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP. End. Res: R: Oliva nº 1590, B. Universitário, Cascavel – PR, e-mail: marciacrivelatti@yahoo.com.br

[†] Enfermeira. Mestre em enfermagem Fundamental. Professora da Universidade Estadual do oeste do Paraná.

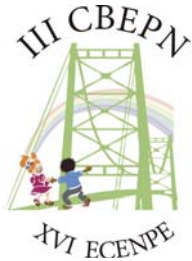
[‡] Enfermeira. Doutora em enfermagem fundamental. Professora adjunta da Universidade Estadual do oeste do Paraná.

[§] Acadêmica do 5º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

acompanhantes para a melhor participação destes no processo de assistência e proporcionar uma relação entre equipe-família e criança que proporcionasse a redução dos fatores estressantes para todos os envolvidos no processo de hospitalização. **Objetivos:** Elaborar e testar um vídeo educativo contendo informações para os acompanhantes de crianças hospitalizadas de um Alojamento Conjunto Pediátrico em um Hospital do interior do Paraná. **Metodologia:** A construção do projeto para orientação dos acompanhantes das crianças hospitalizadas por meio de um material audiovisual incluiu sua tramitação no Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE, tendo sido aprovado sob parecer número 135/2009-CEP. A proposta foi de elaboração de um vídeo educativo de aproximadamente 20 minutos de duração, para que o tempo excessivo não atuasse como elemento desmotivador. No entanto, condensar o conteúdo para este limite de tempo foi um grande desafio. Neste vídeo foram abordados os seguintes temas: alimentação e higienização da criança e do acompanhante; a organização da unidade; uso do espaço pelos acompanhantes; controle de infecção e segurança da criança. Inicialmente foram elaborados roteiros que nortearam as filmagens. As imagens foram captadas com filmadora digital Samsung® operada por uma das autoras, enfermeira, sem formação específica na área de audiovisual. Após a captação, as imagens foram editadas com o software Windows Movie Maker, acrescentando-se algumas legendas, e salvas em formato de DVD. O cenário das filmagens foi a unidade de internação de Alojamento Conjunto Pediátrico do HUOP para torná-lo mais próximas da realidade. Os atores do vídeo foram os mesmos autores do projeto, ou seja, acadêmicas do estágio curricular desenvolvido nesta unidade, enfermeiras da unidade, professora da área e professora orientadora. Para simular a criança foi utilizado um boneco, ressaltando-se que houve o cuidado de não expor pessoas no vídeo além das autoras. As imagens filmadas foram acrescidas de fotos, figuras e vinhetas. **Resultados:** Antes da captação das imagens foi realizada uma pauta sobre o conteúdo do vídeo e este foi baseado no texto de uma cartilha de orientação para os acompanhantes, elaborada no ano de 2008 pelas enfermeiras da unidade de pediatria em estudo, professores e acadêmicos da Unioeste, visto que a necessidade a orientação dos acompanhantes já vinha sendo percebida. Procuramos simplificar a linguagem da cartilha para o vídeo, substituindo palavras que foram consideradas de difícil compreensão para alguns acompanhantes, pois o nível de escolaridade destes é heterogêneo, com tendência a ser baixo. Foi realizado um roteiro para o planejamento e execução das filmagens, especificando os materiais necessários e cenas simuladas. O conteúdo da cartilha foi resumido, elegemos alguns pontos-chave para serem abordados, como: troca de fraldas, uso da mamadeira, banho da criança, alimentação do acompanhante, organização do espaço, proteção do acesso venoso no banho e segurança. Outros pontos foram inseridos no vídeo como figuras ilustrativas, fotos de alguns pontos da unidade, texto e locução. Assim o conteúdo do vídeo aborda os seguintes tópicos: definição de alojamento conjunto pediátrico; quem pode acompanhar a criança; alimentação das crianças; distribuição das mamadeiras; refeições dos acompanhantes; higiene oral; banho das crianças; higienização dos acompanhantes; troca de fraldas; organização do ambiente; rotina do acompanhante; não fumar; cuidados com a criança; participação nas reuniões; horário para televisão; visitas; recreação das crianças; isolamento; fornecimento de informações; alta hospitalar. Após a captação, as imagens foram editadas com o software Windows Movie Maker®, e o som original foi substituído por narração com a utilização do mesmo software. Este processo de inserção da narração necessitou ser repetido várias vezes. Antes da finalização do vídeo, este foi levado ao hospital como um “vídeo-teste” e apresentado a um grupo de profissionais que incluíam as enfermeiras da unidade, psicóloga, assistentes sociais, fonoaudióloga, acadêmicos e professores de enfermagem, os quais fizeram sugestões para o aprimoramento do conteúdo, apresentação e qualidade das imagens. Tentou-se realizar as adequações de forma a atender todas as sugestões. Surgiram problemas técnicos, pois o formato não era



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

compatível com o DVD Player da Televisão da Unidade e apenas rodava em computadores, com o Media Player. Para a visualização do vídeo na Televisão foi adaptado um “gabinete” do computador com a TV funcionando como monitor. A imagem apresentada em um vídeo oferece um tipo de leitura da realidade, a qual segundo Barthes (1990 apud MORAES, 2008) é composta por três níveis: o informativo, que se caracteriza pelo momento em que o sujeito reconhece a imagem, em que há uma comunicação; o nível simbólico, o qual significa o nível da significação, em que a imagem produz uma simbologia que é aceita facilmente, e o nível da significância, que corresponde ao momento em que a pessoa faz uma reflexão sobre o que viu para que possa ter um entendimento. Quando a transferência de informações ocorre, faz com que o sujeito apreenda a informação, que, por sua vez, propiciará alterações a sua estrutura cognitiva e poderá desencadear ações, nas quais está inclusa a mudança de comportamento. Percebemos que o vídeo tem uma vantagem sobre a cartilha, ou seja, o meio audiovisual dispensa o letramento e possui um potencial de captar mais a atenção dos acompanhantes.

Conclusão: O vídeo produzido ainda merece aprimoramento, mas é certo que as imagens em movimento despertam interesses das pessoas em toda sociedade, servindo como um meio de transferência de informações. A força da imagem para transferir informação não está ligada somente a sua ação visual e textual, mas também a imaginação e memória de quem a assistem, pois cada indivíduo irá memorizar o que viu e associar a suas necessidades e vida cotidiana. Para tanto, acredita-se que a utilização de vídeos educativos se constitui em um processo estratégico para transferir informações, devido à característica de levar o sujeito a uma fascinação pelo que ocorre nas imagens e a partir de então poderá desencadear uma modificação no comportamento desse sujeito. Contudo, os vídeos devem considerar a heterogeneidade de culturas e contextos que esses sujeitos fazem parte para que realmente o objetivo do vídeo seja alcançado.

Palavras-chaves: vídeo educativo, crianças hospitalizadas, humanização.

Referências:

LIMA, R. A. G.; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 33-39, abril 1999.

MORAES, A.F. de **A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde**. Interface (Botucatu) vol.12 n.º.27 Oct./Dec. 2008.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

62 - A criança com insuficiência respiratória aguda: protocolo de intervenções para o diagnóstico de enfermagem resposta disfuncional ao desmame ventilatório

Aline Depintor Coelho Ramos de Oliveira^{*}

Siliany de Fátima Jandotti Pesconi[†]

Michelle Dias Schneider[‡]

Luciana de Lione Melo[§]

A cada ano, estima-se que aproximadamente 15 milhões de crianças morram no mundo antes dos cinco anos de idade e destas, um terço devido a doenças respiratórias. No Brasil, as doenças do aparelho respiratório representam a quarta principal causa de morte. Sendo assim, é de suma importância que os profissionais da área da saúde sejam capacitados para o manejo adequado dos casos de insuficiência respiratória aguda (IRA), seja em nível primário, nível secundário ou em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). A insuficiência respiratória se caracteriza por esforço respiratório aumentado com troca gasosa quase normal e/ou com incapacidade de manter a gasometria sanguínea normal. A troca gasosa pulmonar efetiva requer vias aéreas limpas, pulmões e parede torácica normais e circulação pulmonar adequada. Os sinais de insuficiência respiratória são principalmente agitação, taquipnéia, taquicardia e diaforese. A deterioração gradual ou progressiva da função respiratória é mais difícil de ser reconhecida, pois pode trazer sinais menos evidentes como alterações do humor, cefaléia, profundidade e padrão respiratório alterados, anorexia, débito cardíaco e renal aumentados, sintomas do sistema nervoso central (confusão, ansiedade, irritabilidade, dentre outros). Em hipoxemia, poderá ocorrer cianose, torpor, coma e bradicardia. As infecções respiratórias mais comuns na infância e que levam à insuficiência respiratória são laringotraqueíte aguda (crupe), bronquiolite, asma, epiglote aguda e traqueíte bacteriana. O controle da via aérea para suprir a oxigenação e higiene da árvore traqueobrônquica ou para manter uma assistência ventilatória é a base de todo o tratamento da insuficiência respiratória. Dentre as técnicas empregadas para auxiliar a ventilação, inclui-se a via aérea artificial e a ventilação artificial, em nosso contexto, na maioria das vezes utilizamos a entubação orotraqueal e, menos frequentemente, a traqueostomia. Observamos que a maioria das hospitalizações por IRA se dá pelos mesmos motivos, com ênfase nas apnéias, bronquiolites, asma, laringites e pneumonias. Mesmo sendo um procedimento vital para a manutenção da vida da criança, a entubação orotraqueal predispõe às diversas complicações. Os estudos realizados mostraram que as medidas preventivas dessas complicações incluem entubação cuidadosa e não traumática, menor número possível de troca de tubos, colocação de tubo do tamanho adequado, fixação apropriada do tubo à face. Considerando que a ventilação mecânica é a principal terapêutica para condução dos casos de

^{*} Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Endereço: Rua João Duque, 700 casa 06 – Parque Imperador – Campinas SP CEP:13097-116. Fone: (19)32011516. Fax: (19)35218822. E-mail: alinedepintor@gmail.com

[†] Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.

[‡] Aluna do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.

[§] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Pesquisadora do Grupo de Estudos do Brinquedo–Gebrinq - Unifesp.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

insuficiência respiratória aguda em nosso serviço, há a necessidade de vigilância e monitorização constantes, bem como é fundamental estarmos atentos para os efeitos deletérios que a via aérea artificial assim como a ventilação mecânica podem provocar. Conhecendo as questões que envolvem a terapêutica das insuficiências respiratórias agudas, o cuidado de enfermagem deve ser criterioso. Considerando esta necessidade e a alta frequência de IRA em nosso contexto, caracterizamos a UTIP quanto aos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Esta caracterização evidenciou que o diagnóstico de enfermagem mais incidente é Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório, o que reafirma que nossas crianças permanecem por muito tempo sob ventilação mecânica, o que demanda cuidados de enfermagem específicos. O processo de enfermagem encontra-se, atualmente, incluso no arcabouço conceitual de todos os currículos de enfermagem, na Lei nº 7498/86 que regula o exercício profissional do enfermeiro e na Resolução COFEN 272/2002 que o estabelece como fator essencial para melhora da qualidade da assistência de enfermagem. Assim, podemos afirmar que o processo de enfermagem é fundamental em qualquer cenário, uma vez que se trata de um método eficiente de organização dos processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e solução de problemas. Para sua realização, que consiste em cinco etapas inter-relacionadas - Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação - o enfermeiro necessita de conhecimento, criatividade, adaptabilidade, comprometimento, confiança, liderança, além das habilidades técnicas e interpessoais. O Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do Hospital de Clínicas – UNICAMP há mais de uma década realiza o processo de enfermagem fundamentado em Horta. Entretanto, foi a partir de 2004 que surgiu a necessidade de reestruturação deste processo, com vistas à utilização da classificação diagnóstica da NANDA e da Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. Considerando o diagnóstico de enfermagem de maior incidência na UTIP em questão - Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório e a fisiopatologia e terapêutica da IRA, decidimos elaborar um protocolo de intervenções de enfermagem fundamentado na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, que nos dê subsídios para contribuir na resposta positiva da criança ao desmame ventilatório. O objetivo deste estudo é elaborar um protocolo de intervenções para o diagnóstico de enfermagem Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório, visando assistir a criança com insuficiência respiratória aguda internada em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Consultamos a Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, em sua parte 4, onde se encontram as intervenções de enfermagem ligadas aos diagnósticos da NANDA. Buscamos pelo diagnóstico Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório e analisamos as intervenções de enfermagem sugeridas para a solução do problema, além das intervenções adicionais optativas. Em seguida, elaboramos um quadro com as intervenções e ações de enfermagem que responderam ao diagnóstico supracitado. As intervenções selecionadas foram: desmame da ventilação mecânica, ventilação mecânica, assistência ventilatória, controle da tecnologia, controle de vias aéreas artificiais, precauções contra aspiração e redução da ansiedade. Este estudo possibilitou elaborar um protocolo de intervenções para o diagnóstico de enfermagem Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório com vistas a assistir à criança com insuficiência respiratória aguda hospitalizada em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Elaborar um protocolo de intervenções significa refletir sobre os cuidados de enfermagem que oferecemos diariamente e, a partir daí, questioná-lo em busca da melhora da qualidade da assistência. Além disso, para elaborar um protocolo é preciso retomar o conhecimento científico sobre a temática e, desta forma, nos deparar com novas realidades e tecnologias. Este caminhar nos fez compreender, com maior clareza, a realidade assistencial que estamos inseridas e observar diversos aspectos passíveis de melhora. Reforçamos a idéia de que, para melhorar a resposta da criança ao desmame ventilatório, é importante considerar muitas variáveis como a qualidade do material do tubo



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

oro-traqueal, a dose ideal de sedação, o material adequado para fixação do dispositivo, a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, a educação permanente sobre manipulação e cuidados de enfermagem à criança grave, além do relacionamento profissional equipe médica-equipe de enfermagem. Desta forma, avigoramos a importância do conhecimento científico para o agir do enfermeiro, pois esse alicerce nos confere segurança nas tomadas de decisões, determinando o aperfeiçoamento do cuidado de enfermagem. Vale enfatizar que a utilização da Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC levou-nos a várias indagações sobre o cuidado que oferecemos em nosso cotidiano e acreditamos que, por meio dela, possamos buscar uma excelente qualidade do serviço prestado. Pretendemos, a partir deste estudo, dar continuidade à elaboração de outros protocolos de cuidados necessários à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. O presente estudo foi impulsionado pela realização da disciplina Estágio Curricular Supervisionado na unidade, tornando-se uma oportunidade ímpar de aprofundar conhecimentos e definir cuidados de enfermagem baseados no raciocínio clínico com o intuito de refinar o processo de enfermagem, além de suscitar reflexões para novas pesquisas.

Palavras chaves: criança, insuficiência respiratória, processos de enfermagem, unidades de terapia intensiva pediátrica, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

62 - A criança com insuficiência respiratória aguda: protocolo de intervenções para o diagnóstico de enfermagem resposta disfuncional ao desmame ventilatório

Aline Depintor Coelho Ramos de Oliveira^{*}

Siliany de Fátima Jandotti Pesconi[†]

Michelle Dias Schneider[‡]

Luciana de Lione Melo[§]

A cada ano, estima-se que aproximadamente 15 milhões de crianças morram no mundo antes dos cinco anos de idade e destas, um terço devido a doenças respiratórias. No Brasil, as doenças do aparelho respiratório representam a quarta principal causa de morte. Sendo assim, é de suma importância que os profissionais da área da saúde sejam capacitados para o manejo adequado dos casos de insuficiência respiratória aguda (IRA), seja em nível primário, nível secundário ou em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). A insuficiência respiratória se caracteriza por esforço respiratório aumentado com troca gasosa quase normal e/ou com incapacidade de manter a gasometria sanguínea normal. A troca gasosa pulmonar efetiva requer vias aéreas limpas, pulmões e parede torácica normais e circulação pulmonar adequada. Os sinais de insuficiência respiratória são principalmente agitação, taquipnéia, taquicardia e diaforese. A deterioração gradual ou progressiva da função respiratória é mais difícil de ser reconhecida, pois pode trazer sinais menos evidentes como alterações do humor, cefaléia, profundidade e padrão respiratório alterados, anorexia, débito cardíaco e renal aumentados, sintomas do sistema nervoso central (confusão, ansiedade, irritabilidade, dentre outros). Em hipoxemia, poderá ocorrer cianose, torpor, coma e bradicardia. As infecções respiratórias mais comuns na infância e que levam à insuficiência respiratória são laringotraqueíte aguda (crupe), bronquiolite, asma, epiglote aguda e traqueíte bacteriana. O controle da via aérea para suprir a oxigenação e higiene da árvore traqueobrônquica ou para manter uma assistência ventilatória é a base de todo o tratamento da insuficiência respiratória. Dentre as técnicas empregadas para auxiliar a ventilação, inclui-se a via aérea artificial e a ventilação artificial, em nosso contexto, na maioria das vezes utilizamos a entubação orotraqueal e, menos frequentemente, a traqueostomia. Observamos que a maioria das hospitalizações por IRA se dá pelos mesmos motivos, com ênfase nas apnéias, bronquiolites, asma, laringites e pneumonias. Mesmo sendo um procedimento vital para a manutenção da vida da criança, a entubação orotraqueal predispõe às diversas complicações. Os estudos realizados mostraram que as medidas preventivas dessas complicações incluem entubação cuidadosa e não traumática, menor número possível de troca de tubos, colocação de tubo do tamanho adequado, fixação apropriada do tubo à face. Considerando que a ventilação mecânica é a principal terapêutica para condução dos casos de

^{*} Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Endereço: Rua João Duque, 700 casa 06 – Parque Imperador – Campinas SP CEP:13097-116. Fone: (19)32011516. Fax: (19)35218822. E-mail: alinedepintor@gmail.com

[†] Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.

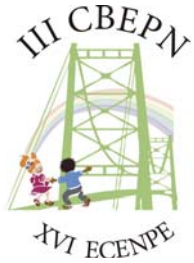
[‡] Aluna do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.

[§] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Pesquisadora do Grupo de Estudos do Brinquedo–Gebrinq - Unifesp.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

insuficiência respiratória aguda em nosso serviço, há a necessidade de vigilância e monitorização constantes, bem como é fundamental estarmos atentos para os efeitos deletérios que a via aérea artificial assim como a ventilação mecânica podem provocar. Conhecendo as questões que envolvem a terapêutica das insuficiências respiratórias agudas, o cuidado de enfermagem deve ser criterioso. Considerando esta necessidade e a alta frequência de IRA em nosso contexto, caracterizamos a UTIP quanto aos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Esta caracterização evidenciou que o diagnóstico de enfermagem mais incidente é Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório, o que reafirma que nossas crianças permanecem por muito tempo sob ventilação mecânica, o que demanda cuidados de enfermagem específicos. O processo de enfermagem encontra-se, atualmente, incluso no arcabouço conceitual de todos os currículos de enfermagem, na Lei nº 7498/86 que regula o exercício profissional do enfermeiro e na Resolução COFEN 272/2002 que o estabelece como fator essencial para melhora da qualidade da assistência de enfermagem. Assim, podemos afirmar que o processo de enfermagem é fundamental em qualquer cenário, uma vez que se trata de um método eficiente de organização dos processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e solução de problemas. Para sua realização, que consiste em cinco etapas inter-relacionadas - Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação - o enfermeiro necessita de conhecimento, criatividade, adaptabilidade, comprometimento, confiança, liderança, além das habilidades técnicas e interpessoais. O Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do Hospital de Clínicas – UNICAMP há mais de uma década realiza o processo de enfermagem fundamentado em Horta. Entretanto, foi a partir de 2004 que surgiu a necessidade de reestruturação deste processo, com vistas à utilização da classificação diagnóstica da NANDA e da Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. Considerando o diagnóstico de enfermagem de maior incidência na UTIP em questão - Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório e a fisiopatologia e terapêutica da IRA, decidimos elaborar um protocolo de intervenções de enfermagem fundamentado na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, que nos dê subsídios para contribuir na resposta positiva da criança ao desmame ventilatório. O objetivo deste estudo é elaborar um protocolo de intervenções para o diagnóstico de enfermagem Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório, visando assistir a criança com insuficiência respiratória aguda internada em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Consultamos a Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, em sua parte 4, onde se encontram as intervenções de enfermagem ligadas aos diagnósticos da NANDA. Buscamos pelo diagnóstico Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório e analisamos as intervenções de enfermagem sugeridas para a solução do problema, além das intervenções adicionais optativas. Em seguida, elaboramos um quadro com as intervenções e ações de enfermagem que responderam ao diagnóstico supracitado. As intervenções selecionadas foram: desmame da ventilação mecânica, ventilação mecânica, assistência ventilatória, controle da tecnologia, controle de vias aéreas artificiais, precauções contra aspiração e redução da ansiedade. Este estudo possibilitou elaborar um protocolo de intervenções para o diagnóstico de enfermagem Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório com vistas a assistir à criança com insuficiência respiratória aguda hospitalizada em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Elaborar um protocolo de intervenções significa refletir sobre os cuidados de enfermagem que oferecemos diariamente e, a partir daí, questioná-lo em busca da melhora da qualidade da assistência. Além disso, para elaborar um protocolo é preciso retomar o conhecimento científico sobre a temática e, desta forma, nos deparar com novas realidades e tecnologias. Este caminhar nos fez compreender, com maior clareza, a realidade assistencial que estamos inseridas e observar diversos aspectos passíveis de melhora. Reforçamos a idéia de que, para melhorar a resposta da criança ao desmame ventilatório, é importante considerar muitas variáveis como a qualidade do material do tubo



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

oro-traqueal, a dose ideal de sedação, o material adequado para fixação do dispositivo, a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, a educação permanente sobre manipulação e cuidados de enfermagem à criança grave, além do relacionamento profissional equipe médica-equipe de enfermagem. Desta forma, avigoramos a importância do conhecimento científico para o agir do enfermeiro, pois esse alicerce nos confere segurança nas tomadas de decisões, determinando o aperfeiçoamento do cuidado de enfermagem. Vale enfatizar que a utilização da Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC levou-nos a várias indagações sobre o cuidado que oferecemos em nosso cotidiano e acreditamos que, por meio dela, possamos buscar uma excelente qualidade do serviço prestado. Pretendemos, a partir deste estudo, dar continuidade à elaboração de outros protocolos de cuidados necessários à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. O presente estudo foi impulsionado pela realização da disciplina Estágio Curricular Supervisionado na unidade, tornando-se uma oportunidade ímpar de aprofundar conhecimentos e definir cuidados de enfermagem baseados no raciocínio clínico com o intuito de refinar o processo de enfermagem, além de suscitar reflexões para novas pesquisas.

Palavras chaves: criança, insuficiência respiratória, processos de enfermagem, unidades de terapia intensiva pediátrica, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

63 - Consulta de enfermagem a criança com mielomeningocele: uma nova proposta

Rosa Maria Oliveira da Conceição
Grace Ferreira de Araujo

Trata-se de um trabalho que foi desenvolvido durante a residência de Enfermagem Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz, o qual foi realizado uma proposta de um novo modelo de Consulta de Enfermagem a crianças com mielomeningocele, atendidas no ambulatório de urodinâmica. O interesse pelo tema surgiu a partir da minha vivência no Instituto Fernandes Figueira, sendo uma unidade de assistência terciária e centro de referência em Neonatologia, Pediatria e Ginecologia, no qual observei uma clientela bem diversa, dentre elas notei que as crianças nascidas com mielomeningocele é de uma incidência importante, cerca de 0,39 por 1000 nascidos vivos, aqui no Brasil. E no IFF, foi feito um levantamento de 1995 a 1999, constatando que dos 1582 nascimentos, 51 eram de crianças com MMC. Para essas crianças há toda uma equipe envolvida desde seu nascimento, internação e acompanhamento por longo tempo. No IFF, ao nascerem, fazem a neurocirurgia de correção, geralmente nas primeiras 24/48 horas após o nascimento e se recuperam na UTI – Neonatal. Durante a internação há investigação de alterações associadas à MMC, como a bexiga neurogênica, que segundo Araújo (2000, p. 4) está relacionada a 90% dos casos. Sendo assim, a criança passa por uma avaliação através do estudo urodinâmico, para diagnosticar disfunção vesical. Se o resultado for positivo, indica-se o tratamento com cateterismo intermitente limpo, envolvendo a família da criança. O ambulatório de urodinâmica, é formado por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, onde acontecem várias atividades como: a consulta médica, na qual observa-se a necessidade de realizar o exame do estudo urodinâmico, e a consulta de enfermagem, que é feita periodicamente à crianças com mielomeningocele. Assim que são encaminhados ao ambulatório de urodinâmica, os pais recebem orientações sobre o que é bexiga neurogênica, e como está associado com MMC. Com o consentimento dos pais, os pacientes são incluídos num protocolo de investigação urológica que consta de exame de urina (EAS e urinocultura), ultra-sonografia das vias urinárias, uretrocistografia miccional e avaliação urodinâmica, conforme descrito em (Araújo, 2000, p. 56) Para a consulta de enfermagem é utilizado um modelo, que contem a identificação e perfil da criança, as necessidades básicas afetadas, medidas antropométricas e sinais vitais, avaliação das funções esfíncteriana e motora, as ações de enfermagem e observações. Também é feita orientação com a família e a criança do cateterismo vesical intermitente limpo para tratamento da bexiga neurogênica, um maior cuidado com os MMII, já que a sensibilidade pode estar diminuída ou não tê-la, nesse caso, os aparelhos ortopédicos podem auxiliar se usado corretamente, atentar para possível hidrocefalia que essas crianças estão sujeitas, além da deterioração neurológica que possa acontecer, propensão a obesidade devido a pouca mobilidade, complicações com infecção urinária de repetição e outros. Assim, nota-se a necessidade do cuidado ampliando para a clientela e a família. Segundo Araújo (2000, p. 49), “o cuidado é o conceito central e a essência da enfermagem. Além disso, é um fator vital para o crescimento humano, a manutenção da saúde e da sobrevivência. O cuidado e as relações humanas estão intimamente relacionados. O cuidado humano ainda é uma dimensão essencial do trabalho profissional, principalmente em lidar com crises de vida, problemas de manutenção da saúde e alterações das práticas de saúde.” Como podemos observar, a participação da enfermeira é de suma importância, já que a mesma tem a sensibilidade de identificar os problemas, fazendo com que a família participe ativamente do cuidado a essa criança, fazendo assim toda uma



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

diferença no tratamento e prognóstico. Analisando o modelo de consulta existente, notei a necessidade de ampliá-lo, com o intuito de melhorar a assistência, favorecendo diretamente a clientela em questão. Para isso foi elaborado pelas autoras, outro modelo da consulta de enfermagem, com maiores detalhes, utilizando o processo de enfermagem. Para realização desse estudo, buscou-se bibliografias que falassem a respeito do defeito congênito (MMC), obtendo assim conhecimentos científicos a cerca da doença, para associarmos ao cuidado de enfermagem direcionado, sendo este bem aproveitado. Teve objetivos de elaborar novo modelo de consulta de enfermagem a criança com mielomeningocele que são atendidas no Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz, descrever a importância da Consulta de Enfermagem a crianças portadoras de mielomeningocele e atualizar conhecimentos científicos sobre consulta de enfermagem a criança com mielomeningocele para elaboração de um novo modelo assistencial. Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica e exploratória com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi feita através de levantamento bibliográfico, através de livros científicos, artigos publicados, utilizando para isso os descritores em ciências da saúde (DeCS), que foi criado pela Bireme para uso de indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados Lilacs, medline e outras. A análise dos dados revelou que a clientela em questão precisa ser atendida por uma equipe multidisciplinar e o atendimento pela enfermeira que atende todas as peculiaridades da clientela, é com a consulta de enfermagem, pois traça o perfil da criança, além de utilizar o processo de enfermagem. Assim aguarda-se que o novo modelo seja colocado em prática e posteriormente aceito na instituição para melhorar a assistência como um todo. O estudo em questão, teve a proposta de elaborar um novo modelo de consulta de enfermagem a crianças com mielomeningocele atendidas no ambulatório de urodinâmica do Instituto Fernandes Figueira, promovendo dessa forma, assistência de melhor qualidade. Para isso, foi-se em busca de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos, sobre mielomeningocele e consulta de enfermagem. Sendo assim, a partir do momento que foi aprofundado o tema em questão, pode-se notar que a clientela precisa de uma equipe multidisciplinar envolvida no seu cuidado. Estudando melhor sobre consulta de enfermagem, observou-se que seus objetivos vão de encontro ao que a criança com mielomeningocele precisa durante sua vida, pois a enfermeira, pela sua formação acadêmica, tem visão global e holística do cliente, percebendo todo seu corpo, seu bem – estar psico – social, e claro incluímos a família que está diretamente ligada a criança e é importantíssima para o sucesso e evolução do tratamento. Dessa forma, pôde contribuir com o estudo para a Enfermagem Pediátrica, pois ainda é pouco estudado, servindo talvez de estímulo para aumentarmos o número de trabalhos nessa área. Acredita-se que os objetivos foram alcançados, já que houve a confecção de um novo modelo da consulta de enfermagem, onde foi feito uma expansão do modelo anterior, com intuito de informar ao profissional os mínimos detalhes desde o nascimento até a data da primeira consulta, seguindo o processo de enfermagem, desde o histórico até o plano de cuidados, e nas consultas subseqüentes é de não repetir os dados de identificação e perfil, e sim apenas confirmá-los. Espera-se que esse novo modelo seja experimentado, analisado e aceito na instituição, já que nosso objetivo e o da instituição é a qualidade na assistência.

Palavras chave: consulta de enfermagem, mielomeningocele, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

64 - Percepção dos profissionais da saúde acerca da humanização do nascimento*

Táisa Guimarães de Souza*
Maria Aparecida Munhoz Gaíva†
Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes‡

Introdução: A humanização da atenção nos serviços de saúde tem recebido investimentos nas últimas décadas por parte do Ministério da Saúde, incluindo a política nacional de humanização. No que diz respeito ao parto/nascimento, ações e diretrizes políticas também vem sendo propostas, buscando resgatar a mulher/família como protagonistas do evento do parto, com o objetivo de desmedicalizar o corpo da mulher e do ato de parir, evitando o uso indiscriminado de intervenções e técnicas, voltadas tanto para a parturiente como ao recém-nascido. A humanização do nascimento compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito ao dever das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora institucionalmente e tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para a mulher e o recém-nascido. Assim, humanizar o nascimento significa oferecer condições para que mãe e filho possam vivenciar esse momento da forma mais natural e segura possível, reconhecendo-os como sujeitos de direitos, de subjetividades e autonomia. Mesmo que estejam disponíveis várias políticas voltadas à humanização do parto, propostas ao longo da última década, a atenção à gestação e ao parto em muitas das maternidades brasileiras, desrespeita direitos básicos de cidadania, colocando em risco a vida de mulheres e recém-nascidos, impondo a necessidade de efetivação de ações e procedimentos humanizados voltados a esta clientela. **Objetivo:** Considerando a importância da atenção ao parto/nascimento no contexto de saúde atual, as altas taxas de mortalidade materna e neonatal em nossa realidade e ao fato de que em nosso município existam poucos estudos acerca da qualidade/humanização do atendimento ao processo de nascimento, este estudo é parte de uma pesquisa maior intitulada: Mortalidade Materna e Neonatal e Qualidade da Atenção à Saúde em Mato Grosso, desenvolvido pelo grupo de pesquisa Projeto Argos na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso e financiado pelo CNPq que teve por objetivo conhecer a percepção dos profissionais de saúde que atuam em sala de parto acerca da humanização do nascimento. **Metodologia:** Este estudo é de caráter qualitativo no município de Cuiabá, MT, realizado em quatro hospitais que atendem recém-nascidos no processo de nascimento, sendo uma instituição pública, duas privadas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e uma privada não conveniada ao SUS, escolhidas por realizarem a maioria dos partos em Cuiabá/MT, sendo que uma delas é considerada referência para atenção ao parto de baixo risco e outra é para partos de alto risco. A coleta de dados foi realizada após a autorização dos dirigentes das instituições eleitas, e desejo manifesto dos profissionais com a assinatura do

* Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

† Enfermeira. Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

‡ Enfermeira. Mestranda pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Endereço: Rua Maurício de Nassau, Casa 3, Morada dos Nobres. Cuiabá – MT. 78068-010. Endereço eletrônico: priscilladosanjos@yahoo.com.br

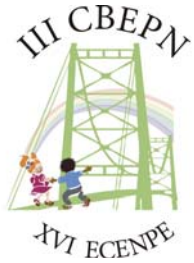
* Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo entrevistados 17 profissionais (médicos obstetras e pediatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, no período de março a junho de 2009, orientadas pelas seguintes questões norteadoras: *Como você vê a questão da humanização do nascimento? Como está a humanização em seu serviço?* Os relatos das entrevistas gravadas foram transcritos e analisados através das seguintes etapas: análise prévia, categorização e reorganização, reflexão e análise final. Na análise dos dados, utilizamos o referencial de humanização da assistência ao parto e atenção hospitalar, preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, parecer nº. 627/CEP-HUJM/2009. Após a análise dos dados coletados nas instituições de saúde estudadas, três categorias emergiram: O significado da humanização do nascimento; A prática da humanização nos serviços estudados e; Elementos dificultadores da humanização. Dos profissionais entrevistados, cinco eram do sexo masculino e 12 do feminino, com idades que variavam entre 23 a 62 anos, sendo que quatro eram médicos obstetras, quatro pediatras, quatro enfermeiros e cinco técnicos em enfermagem. Esses profissionais declararam ter como tempo de formação, períodos que variam entre três meses a 36 anos, sendo que a maioria possuía em média 13,28 anos. O tempo de atuação desses profissionais em sala de parto variou de 45 dias a 34 anos, com média de 11,71 anos. Somente oito dos entrevistados receberam algum tipo de treinamento em humanização do parto, nos últimos anos.

Resultados: Os dados evidenciam que alguns profissionais tiveram dificuldades em dizer o que compreendem como humanização do nascimento, descrevendo-a como um procedimento que se inicia no pré-parto; como procedimentos técnicos realizados com o recém-nascido tais como: aquecê-lo, não provocar a dor, evitar manipulação do RN nas primeiras 12 horas de vida, deixá-lo próximo da mãe imediatamente após o nascimento; permitir a presença de acompanhante para a mãe; oferecer informações à mãe e familiares; conversar com a paciente; ter uma equipe multiprofissional, dentre outras medidas. Quanto a prática da humanização nos serviços estudados, a maior parte dos profissionais relata acreditar que na instituição em que trabalham ocorre humanização do nascimento, apesar de destacar que é necessária a implementação de medidas para melhorar a qualidade da atenção ao parto/nascimento. Apesar de identificar que realizam ações de humanização ao parto/nascimento, os profissionais apontaram a necessidade de melhorias para oferecer um atendimento mais humanizado e com qualidade tanto para mãe quanto ao RN, tais como: permitir a presença de membro da família/pai no processo de nascimento, mudanças na estrutura física das salas de partos, capacitação e conscientização dos profissionais acerca da humanização, atitudes profissionais que levem a aproximação mãe – recém-nascido, oferecer conforto e diálogo a parturiente, colocar divisórias no pré – parto, contato da parturiente com o profissional que vai realizar o parto desde o pré-natal até o momento do nascimento, introdução das DOLAS nas salas de parto, maior participação do enfermeiro na assistência direta à parturiente e a presença do anestesista em todos os partos normais, oferecer informações para a parturiente e família sobre as rotinas do hospital, uso de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor durante o processo de parto, dentre outros aspectos. Em relação as dificuldades para implementação da humanização do nascimento, os profissionais apontaram: a estrutura física das instituições, a falta de capacitação e desinteresse da equipe, número de funcionários inadequados e falta de investimentos financeiros na instituição. Nesse estudo ficou evidente que a humanização da assistência como é preconizada pelo Ministério da Saúde não condiz com a realidade dos hospitais onde a pesquisa foi realizada, evidenciando que apesar dos profissionais que atuam no processo de nascimento terem claros os principais aspectos da humanização, ainda tem dificuldades para mudar suas práticas assistências sob a perspectiva de prestar um atendimento humanizado e com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

qualidade, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. A humanização da assistência ao nascimento requer atitude ética, solidária e de sensibilidade por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a adoção de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher, além de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias. Assim é indispensável que ocorram mudanças no modelo biomédico, essencialmente técnico, para um que valorize os aspectos sociais e culturais da gestação e parto, para que mulheres/famílias brasileiras tenham a experiência de um parto verdadeiramente humanizado.

Palavras-chaves: humanização da assistência, recém-nascido, parto.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

65 - Quimioterapia: experiências de crianças e adolescentes com câncer

*Elizelaine de Chico Cicogna**
Regina Aparecida Garcia de Lima†

A quimioterapia é uma das abordagens terapêuticas para o tratamento do câncer e, no caso específico das crianças e adolescentes, a mais frequente, de forma individual ou associada a outras modalidades. Tem sido fonte de preocupações, questionamentos e dúvidas, tanto por parte das crianças e adolescentes quanto de seus familiares, por seus efeitos colaterais físicos e psicológicos. O estudo teve como objetivo compreender como as crianças e os adolescentes com câncer vivenciam a experiência da quimioterapia, a partir de seus próprios relatos, visto que, ao conhecer suas demandas e sentimentos, podemos incorporá-los ao plano de cuidados de enfermagem e contribuir para uma assistência qualificada e dirigida à qualidade de vida da criança, do adolescente e de sua família. Exploratório e com análise qualitativa dos dados este estudo contou com a participação de 10 crianças e adolescentes entre oito e 18 anos, em diferentes momentos da terapêutica quimioterápica. Em observância à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos, a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), processo HCRP n. 2399/2008. Para a realização da pesquisa, solicitamos das crianças e adolescentes, assim como de seus responsáveis, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi elaborado, em linguagem simples, para informar o objetivo da pesquisa, os procedimentos e garantir o anonimato dos participantes. Para a coleta dos dados, utilizamos como instrumentos a entrevista semiestruturada, gravada após consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a observação livre, complementadas com dados do prontuário. A análise do material empírico seguiu a técnica de análise de conteúdo. Após a caracterização dos sujeitos da pesquisa, os resultados foram agrupados ao redor de três temas, seguidos dos respectivos subtemas: a doença, compreendendo a trajetória até o diagnóstico e o conhecimento sobre a doença; a quimioterapia, a partir do impacto do tratamento, as características dos quimioterápicos e a visão do processo e, por fim, a rede de apoio que incluiu a família, os amigos e a religião. O estudo nos permitiu compreender que, para as crianças e adolescentes, a experiência da quimioterapia está intimamente ligada à experiência do câncer, sendo impossível entender a dimensão da terapêutica sem antes compreender a base desta questão, o câncer infanto-juvenil. As crianças e os adolescentes relataram toda a trajetória até o diagnóstico, mencionando os sinais e sintomas apresentados, as dúvidas, exames e procedimentos envolvidos, a busca por diversos profissionais, a dificuldade para a elucidação do diagnóstico, a aceitação ou recusa do mesmo e ainda a triste confirmação de uma recidiva, seguida de sentimentos diante do estado de ver-se novamente com câncer. Para os participantes do estudo, uma das maiores preocupações esteve relacionada ao tamanho do tumor e a sua localização. As dúvidas, neste momento, levam o adolescente a pesquisar sobre sua doença em meios no qual tem acesso, principalmente a internet. Desta forma, diversas descrições obtidas por esta fonte são comparadas com o quadro que apresentam. Informações

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. elizelaine@yahoo.com.br

† Enfermeira. Orientadora. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

generalizadas encontradas nos sites, muitas vezes sem nenhum critério científico, deixam o adolescente confuso e com medo por imaginar a alta letalidade da doença, visão que é gradualmente modificada, a partir de conversas com os profissionais de saúde, observação de outros quadros nas enfermarias e a própria progressão do tratamento diante de cada vitória alcançada. Hábitos são modificados, restrições são impostas, isolamento de parentes e amigos pode ser frequente, uma quebra inesperada da rotina familiar e do dia a dia. Até mesmo a escola, rotineira, passa a ser apenas visitada, esporadicamente, dependendo da fase do tratamento e das suas condições. Lembrada, principalmente por seus efeitos colaterais e o sofrimento, a quimioterapia causa, de imediato, um forte impacto, deixando sobressair o medo. Passado este primeiro impacto, principalmente das alterações físicas, as preocupações dirigem-se à recuperação da doença, ou seja, à cura. Mencionam que o câncer interrompe uma vida até então normal e provoca dúvidas quanto ao futuro e mesmo o presente. Com o início das infusões quimioterápicas, começam a entender melhor o processo, questionam e observam, o que lhes permite definir a terapêutica. Além das preocupações quanto aos mais frequentes efeitos colaterais como náuseas, vômitos, mal-estar, indisposição, falta de apetite, perda de peso, cefaleia, alopecia e irritações na pele, as crianças e os adolescentes destacam o medo de procedimentos invasivos como as punções venosas, pois, apesar de perceberem que a quimioterapia não dói, ela exige a utilização de dispositivos prévios que causam dor, pavor e medo, inclusive da morte, quando realizados procedimentos muito dolorosos. Aliado a estas preocupações, estão incluídas as intercorrências como os extravasamentos de drogas, as neutropenias, infecções e outras que mudam todo o planejamento e exigem, muitas vezes, um maior tempo de hospitalização. O carinho e a atenção dos profissionais para com as crianças e os adolescentes são, neste momento, fundamentais para minimizar o trauma causado pelos procedimentos, pois garantem, principalmente, maior tranquilidade e confiança na terapêutica, o que favorece o sucesso nas condutas. A imagem corporal é outro ponto de impacto nas crianças e adolescentes, principalmente a alopecia, a perda de peso, o medo da mutilação e o uso de máscaras que terminam por destacar, visualmente, para as outras pessoas, que há algo diferente do habitual. A fim de amenizar algumas mudanças, meninos e meninas utilizam, quando possível, estratégias para omitir ao menos a alopecia, como bonés, chapéus e lenços. Passado o primeiro impacto das alterações físicas, com o decorrer do tratamento, as preocupações mudam de foco, da dimensão física para uma outra direcionada à evolução e recuperação da doença. Para o jovem, a doença crônica interrompe uma vida até então normal. Mencionam encarar a doença, sentida pelos efeitos da quimioterapia, como algo que os fizeram enxergar o mundo de outra maneira, pois, sentiram uma verdadeira mudança de jeito de ser, ao adquirir uma visão de mundo antes vista sem maiores detalhes, sem cor ou comprometimento, para um mundo que é observado em todas as suas nuances, um mundo do qual querem fazer parte. A doença, por fim, é vista como algo a ser vencido e, graças à quimioterapia, é passível de tal desfecho, o que certamente será responsável por garantir força para vencer as futuras intercorrências da vida. Para o jovem, a família é vista de forma mais unida e com laços mais fortes, além de um marco de apoio e de força para a luta que vivenciam, mostrando intensificada a dependência que têm dos cuidadores que, por sua vez, esforçam-se para protegê-los. Brincar, ter a família e os amigos por perto, buscar Deus, conhecer a doença e enfrentá-la, se envolver em todo o processo e, acima de tudo, acreditar no sucesso foram estratégias utilizadas durante a quimioterapia, terapêutica sofrida, restritiva, mas acima de tudo, responsável pela cura da criança e do adolescente com câncer.

Palavras-chave: neoplasia, quimioterapia, criança, adolescente, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**66 - Utilizando a técnica do brinquedo terapêutico no cuidado à criança com
necessidade de venopunção periférica: um relato de experiência**

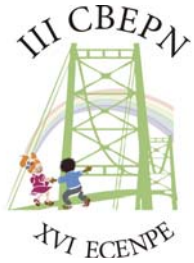
Alan Santos Bonfim*
Luciano Marques dos Santos[†]
Livia Valverde[‡]
Rafaela Celany de Souza Lacerda[‡]

Durante a graduação em Enfermagem na Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana na Bahia, no Componente curricular Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, tivemos o interesse pelo estudo do uso do brinquedo terapêutico como recurso para o alívio da dor na criança hospitalizada, antes de procedimentos dolorosos. Durante esta prática, percebemos que na realização de procedimentos invasivos, tais como as punções venosas periféricas, a equipe de enfermagem não utilizava medidas não-farmacológicas, como artifício de alívio da dor das crianças hospitalizadas. Por outro lado, o momento da realização deste procedimento se transformava em espaço de discussão materna para com a equipe de enfermagem, tendo em vista o fato de ser um momento de estresse para a mãe acompanhante, além de propiciar à criança hospitalizada sensações de perda de total autonomia. Neste mesmo componente curricular, participamos do campo de brinquedoterapia, por meio do Grupo Sorriso Pediátrico, onde discutimos e aplicamos na prática a técnica do Brinquedo Terapêutico antes da realização de procedimentos intrusivos e invasivos. A experiência adquirida neste trabalho, realizado no Hospital Geral Clériston Andrade, nos proporcionou conhecimentos para realização da técnica do Brinquedo Terapêutico em outros contextos. A partir da prática com o grupo, constamos a efetividade do brinquedo terapêutico em situações hospitalares no cuidado à criança doente. Sendo assim, a preparação da equipe de enfermagem se faz importante, no que se refere ao preparo da criança e sua família para a realização de procedimentos potencialmente dolorosos e geradores de situações de conflitos no contexto do hospital, por meio do uso da técnica do brinquedo terapêutico. Este trabalho relata a experiência do uso da técnica do Brinquedo Terapêutico no preparo de crianças hospitalizadas na Clínica Pediátrica do Hospital José Eduacy Lins, em Feira de Santana, Bahia, no período de março à maio durante o período de estágio. Pode-se perceber a carência de recursos auxiliares que minimizassem os fatores estressores durante o período de hospitalização de crianças. Antes da venopunção periférica, as crianças foram instruídas com relação a este procedimento por meio do brinquedo terapêutico. A utilização do Brinquedo Terapêutico com as crianças hospitalizadas nas enfermarias pediátricas do Hospital da Criança foi capaz de promover o alívio de traumas e sofrimentos causados pela internação, bem como para uso antes de procedimentos dolorosos, tendo como maior benefício a humanização da assistência de enfermagem pediátrica, além de auxiliar as crianças na compreensão da necessidade do procedimento, aliviando a ansiedade e o estresse. Sugerimos a utilização desta técnica pelas enfermeiras, como recurso auxiliar no cuidado à criança hospitalizada. Para tanto, reconhecer que o hospital é um ambiente

* Graduando do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia. Membro do Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC). Rua H N° 21, Cidade Nova – Feira de Santana- Ba; CEP: 44032-760. TEL: (75) 32241210. E-mail: allaansb@yahoo.com.br

[†] Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do GEMUC.

[‡] Graduandas do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia; Membros do Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

diferenciado para o convívio de uma criança, demanda uma avaliação minuciosa das condições da hospitalização, que interferem na evolução natural do desenvolvimento do paciente. Toda a equipe de saúde deve moldar-se à necessidade expressada pela criança, dentro deste ambiente, e concebendo a sensibilidade na assistência de enfermagem como fator essencial enfermagem, utilizando o brinquedo como um instrumento fundamental nesse.

Palavras-chave: enfermagem, brinquedo terapêutico, crianças hospitalizadas, assistência de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

67 - A abordagem dos métodos não-farmacológicos para prevenção e tratamento da dor no recém-nascido: uma revisão de literatura

Alessandra da Silva Conceição*
Cássia Regina Cabral de Moraes†
Érica Nascimento Meneses de Andrade‡

Introdução: os avanços tecnológicos em neonatologia e os progressos na assistência têm contribuído para aumentar a sobrevivência dos recém-nascidos (RNs) criticamente doentes que são submetidos a diversos procedimentos dolorosos. A dor é conceituada como uma experiência sensitiva e desagradável, vivenciada em todas as faixas etárias, e níveis socioeconômicos. Para a Associação Internacional para o Estudo da Dor, cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor por meio das experiências dolorosas vivenciadas no início da vida. Diante da complexidade dos cuidados, o conhecimento de métodos não-farmacológicos é importante para a prevenção e alívio da dor no recém-nascido, sendo assim, compete aos profissionais de enfermagem utilizar tais métodos de tratamento da dor visando o cuidado humanizado e a qualidade de vida do RN. **Objetivos:** é nesse contexto que surge a necessidade de realizar este trabalho com os objetivos de identificar artigos científicos relacionados ao tema e contribuir para o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca dos métodos não-farmacológicos para o controle da dor, visando o cuidado humanizado e efetivo ao recém-nascido. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura com abordagem qualitativa, estabelecida a partir da pesquisa e análise bibliográfica de artigos científicos sobre a temática nas bases de dados LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e BDENF- Base de Dados de Enfermagem no recorte temporal de 2002 a 2009. Foram selecionados 12 artigos científicos. Os descritores utilizados foram avaliação da dor, enfermagem neonatal, dor e recém-nascido. Para a escolha dos artigos realizamos uma pré-leitura e posteriormente uma leitura seletiva. Utilizamos como critério de inclusão, os trabalhos publicados em português com os resumos disponíveis nas bases de dados consultadas e para a seleção foi realizada a leitura dos títulos e dos textos na íntegra de forma interpretativa, sendo posteriormente analisados segundo a temática. **Resultados:** após a análise criteriosa das pesquisas selecionadas foi possível destacar alguns temas provenientes da organização e síntese dos dados encontrados em relação ao tema exposto. Esses temas se caracterizam como: 1- Avaliação da dor dos recém-nascidos. Esse tema é composto por pesquisas que relatam a dificuldade do processo de avaliação da dor do RN devido à impossibilidade de qualquer tipo de verbalização sendo importante a avaliação comportamental da dor baseada na alteração de determinadas expressões comportamentais (choro, expressão facial e agitação) após um estímulo doloroso, parecendo ser mais sensível e específico na detecção da dor quando comparada às medidas fisiológicas (aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial, a diminuição da saturação de oxigênio, a apnéia, a cianose, os tremores e a sudorese). Além disso, a dor pode acarretar importantes repercussões no RN, das quais se enfatiza o desenvolvimento cerebral prejudicado, o que ameaça a sua estabilidade fisiológica e ocasiona reflexos negativos, como problemas comportamentais, que serão percebidos apenas na infância. São

* Enfermeira da Unidade de Clínica Médica do Hospital da Lagoa. Cursando pós-graduação em Enfermagem do Trabalho na Faculdade Luiza de Marillac.

† Acadêmica de Enfermagem e Licenciatura da Universidade Federal Fluminense.

‡ Acadêmica de Enfermagem e Licenciatura da Universidade Federal Fluminense. Endereço: Rua Francisco Gifoni nº 196, Campinho - RJ CEP: 21320-080. Email: ericanma@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

citados ainda como conseqüências da dor os problemas psiquiátricos, tais como ansiedade, depressão e esquizofrenia. Além das conseqüências já referidas, a dor desencadeia um aspecto negativo no quadro clínico do RN, o que justifica a necessidade do enfermeiro avaliar, prescrever e realizar cuidados complementares ao alívio da dor. A partir desse contexto foi apresentado diversos instrumentos (escalas) que se baseiam nas alterações fisiológicas e comportamentais do neonato frente a um estímulo doloroso para tornar a avaliação da dor do RN mais eficaz; 2- Aspectos ambientais e estimulação sensorial. Caracterizado pelos trabalhos que consideram o RN internado exposto a diversos fatores estressantes e dolorosos como o excesso de luz, ruídos fortes, manipulações freqüentes, posicionamento incorreto e interrupção freqüente do período de sono. Diante desses fatores descrevem cuidados preventivos e necessários para evitar estímulos agressivos: posicionamento adequado para conforto, evitar a incidência de luz forte, diminuir o ruído, controlar a manipulação e priorizar longos períodos de sono para o recém-nascido; 3- Sucção não-nutritiva e amamentação. Esse tema corresponde a pesquisas que fazem referência da sucção não-nutritiva e a amamentação como métodos de alívio da dor e afirmam maior utilidade durante procedimentos dolorosos. Relatam que a sucção não-nutritiva deve ser utilizada com critério para não ser interpretada com desincentivo a amamentação. Além disso, garantem que a amamentação tem seu efeito de alívio da dor potencializado pelo contato da mãe com o bebê; 4- Contato pele a pele. As pesquisas analisadas mostram que esse método foi desenvolvido diante da falta de incubadoras em um hospital da Colômbia, também é conhecido como método canguru. A sua utilização traz vários benefícios para o recém-nascido entre eles, a manutenção da temperatura corporal, favorece o ganho de peso, contribui para a diminuição dos índices de infecção e estabelece conforto para minimizar a dor. Outra questão abordada é a importância do envolvimento das mães mediante orientações e encorajamento de que determinados atos, como o toque, aconchego, conversas, cantos, ajudam no conforto e alívio da dor. Além disso, cita que a equipe deve capacitá-las para que possam perceber os sinais de dor. **Conclusão:** Durante todo o desenvolvimento deste estudo, tivemos a oportunidade de aprofundar conhecimentos teóricos, os quais serão úteis para o nosso exercício profissional. Após uma longa jornada, esta pesquisa permitiu identificar os mais variados estudos que abordam o tema com diferentes perspectivas e observou-se que esse assunto não é novo e nem um pouco discutido, mas que ainda apresenta uma carência nos estudos publicados que contemplem relatos de experiência de enfermeiros na utilização destes métodos não-farmacológicos no cotidiano da UTIN evidenciando que ainda há uma grande distância entre o conhecimento teórico e a conduta prática dos profissionais em relação à prevenção e tratamento da dor neonatal. Tendo em vista, os resultados desse estudo, deparamos com a dificuldade no tratamento da dor ao recém-nascido. Deixando clara a necessidade de uma equipe multiprofissional treinada adequadamente, principalmente a equipe de enfermagem que está continuamente com os recém-nascidos. Com isso, destacamos a importância da participação do enfermeiro no treinamento desta equipe de enfermagem, contribuindo para uma assistência mais humanizada. O tratamento da dor no recém-nascido enfermo é necessário não só para garantir sua sobrevivência, como também a qualidade desta, além de ser uma importante medida de humanização da assistência. Os enfermeiros que atuam nas UTIN são responsáveis pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido. Portanto, a busca pelo conhecimento contribui para uma visão mais crítica e consciente do recém-nascido.

Palavras-chave: avaliação da dor, enfermagem neonatal, dor e recém-nascido.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

68 - A enfermagem e a família na UTIP: uma aliança desafiante

Soraya Bactuli Cardoso*
Isabel Cristina dos Santos Oliveira†
Tania Vignuda de Souza‡

Introdução: O interesse em estudar a temática assistência de enfermagem à criança hospitalizada iniciou-se durante o Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) quando no estágio na unidade de internação pediátrica no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira / UFRJ. Após a conclusão do curso de graduação, em 2004, tive a oportunidade de trabalhar em duas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e observar como se dava a assistência de enfermagem à criança e sua família, uma vez que neste setor, existe um predomínio da tecnologia e de procedimentos invasivos, e os profissionais têm uma sobrecarga de trabalho devido à gravidade das patologias, não conseguindo muitas vezes ter um olhar humanizado. Além disso, os profissionais de saúde devem ter consciência que a hospitalização para uma criança e sua família é altamente traumática, principalmente, quando se trata de internação na UTIP, uma vez que essa unidade é um ambiente estranho, onde são desenvolvidas atividades ininterruptamente por uma equipe de profissionais, com inúmeros procedimentos invasivos, sempre muito iluminado e com um nível de ruídos elevado derivados do telefone, alarmes de bombas infusoras, respiradores e monitores, além da comunicação dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde têm muitas vezes, uma prática condicionada por uma seqüência de ações, procedimentos, rotinas mecanizadas, dissociadas do saber, e esquecem o relacionamento interpessoal, com isso excluem importantes aspectos subjetivos, sociais e emocionais dos indivíduos, tornando seu trabalho fragmentado. Esse estudo faz parte da dissertação de mestrado intitulada "Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: Perspectiva da equipe de Enfermagem Acerca da Abordagem Assistencial". **Objetivo:** caracterizar a assistência de enfermagem prestada à criança pela equipe de enfermagem na UTIP. O referencial teórico está baseado no estudo de Elsen & Patrício que, identificaram três abordagens de assistência à criança hospitalizada: centrada na patologia da criança; centrada na criança e centrada na criança e sua família. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, tipo estudo de caso. O cenário foi uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP) de uma instituição pública materno infantil do Município do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram treze profissionais da equipe de enfermagem que atuam na UTIP nos plantões diurno e noturno. Os procedimentos metodológicos foram um formulário para caracterização dos sujeitos, que consta de dois itens: dados de identificação e relacionados com a atividade profissional; a entrevista não diretiva em grupo e a observação participante com diário de campo. Os temas orientadores da entrevista foram: família, cuidado prestado à criança, equipamentos/tecnologia e

* Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/EEAN da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde da Criança/Cenário Hospitalar e do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC) da EEAN/UFRJ. Endereço: Rua Ministro Alfredo Valadão nº77/303. Copacabana Rio de Janeiro. Cep: 22031-050 .bactuli@yahoo.com.br

† Doutora em enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN/UFRJ. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde da Criança/Cenário Hospitalar. Orientadora. Pesquisadora CNPq.

‡Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da EEAN/UFRJ. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde da Criança/Cenário Hospitalar e da Diretoria Colegiada do NUPESC. Co-orientadora.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

procedimentos invasivos. Quanto à observação participante foi elaborado um roteiro sistematizado e a mesma foi feita em diferentes momentos como: passagem de plantão, admissão da criança na UTIP, prestação de cuidados gerais, procedimentos invasivos e visita da família. Em observância a Resolução nº 196/1996, a coleta de dados foi desenvolvida após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, cenário do estudo. Os dados foram analisados através da análise temática. **Resultados:** Através dos depoimentos constato uma dualidade da equipe de enfermagem em relação à presença da família na UTIP, onde a equipe ressalta que os familiares atrapalham e incomodam a assistência de enfermagem prestada à criança, mas por outro lado reconhecem as mudanças apresentadas pela criança no momento em que a família está presente, e eles demonstram uma preocupação com o restabelecimento dessa criança a partir do vínculo criança/família. Foi evidenciado também que a inserção da família é dificultada pela falta de acomodação para as famílias, bem como pela disputa de autoridade entre as equipes de saúde e de segurança da instituição. A equipe demonstrou que não está preparada para aceitar a família como parceira e colaboradora na assistência à criança, uma vez que a mesma afasta o familiar ao invés de interagir com o mesmo, como por exemplo, durante a discussão clínica sobre a criança, que a família não participa. No que se refere à realização de procedimentos na UTIP, os depoentes mencionam o incômodo frente a demora na realização dos procedimentos, bem como o tempo de espera dos familiares para obter informações sobre as condições da criança, e em alguns casos os depoentes relataram que a família pode permanecer junto com a criança durante o procedimento. Constato também que a equipe de enfermagem faz concessões quanto a permanência dos familiares na UTIP de acordo com a gravidade da criança, condições do setor, sentimento de pena em relação à mãe e também durante o serviço noturno, por entenderem a importância do vínculo afetivo entre a criança e sua família. Em relação a comunicação da equipe de enfermagem com a família observei a dificuldade de comunicação no tocante a explicação dada ao familiar sobre os equipamentos utilizados na criança atentando para a não utilização de termos técnicos, e também a tranquilidade da família frente a explicação da equipe de saúde. A equipe de enfermagem relata dificuldades em atender as necessidades e questionamentos da família, diante de situações específicas, como: situações de conflito, iminência de morte, morte, parada cardiorespiratória, cirurgia e procedimentos, pois os mesmos se deparam com suas próprias questões emocionais. No tocante ao comportamento da equipe de enfermagem na UTIP, quatro depoentes relataram a manifestação do choro, bem como amor e apego à criança em diferentes momentos, como por exemplo, iminência de morte. Outro comportamento relatado pelos depoentes é a postura adotada pelos profissionais na UTIP, principalmente diante dos familiares, que se mostrou inadequada traduzida por brincadeiras, risos e comportamentos inesperados para a unidade. **Conclusão:** Apesar da permanência conjunta criança/família ser um direito da criança estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, que foi reforçado pela Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados em 1995, a equipe de saúde, em destaque a de enfermagem em algumas unidades de cuidados intensivos, ainda questiona a presença da família. No cenário do estudo a família assume um papel periférico e passivo, não participando das tomadas de decisão da equipe de saúde e tendo apenas o direito de visitar seu filho em horários pré-estabelecidos pelas normas da instituição. Além disso, pode ser visto pelos depoimentos que a equipe de saúde não está preparada para lidar com o familiar presente na UTIP. De acordo com o referencial teórico utilizado nesse estudo, conclui-se que a assistência prestada pela equipe de saúde na UTIP é caracterizada em centrada na patologia.

Palavras chave: equipe de enfermagem, cuidados intensivos pediátricos, família e abordagem assistencial.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

69 - A percepção da equipe de enfermagem frente à permanência dos pais na uti neonatal

Grasiely Masotti Scalabrin Barreto^{*}

Marivone Verlim[†]

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira[‡]

Silvana Delatore[§]

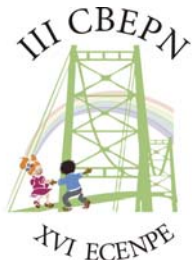
Introdução: A assistência a neonatos passou por diversas transformações e a ocorrência de novas tecnologias trouxe um universo mais amplo de cuidados aos recém-nascidos (RN). Essas transformações atingiram também o trabalho nas unidades neonatais, que não se dá somente na perspectiva da sua racionalidade e na recuperação do corpo anátomo-fisiológico do RN, mas da preocupação com a família e a qualidade de vida desse bebê. A equipe de enfermagem em neonatologia exerce um papel fundamental, qual seja o de dar suporte a mãe/família e ao RN, a fim de conseguir assistir esse bebê em sua totalidade. Destacamos o quanto é importante o envolvimento da equipe de enfermagem prestando atendimento a díade mãe-filho, ressaltando a necessidade do cuidado humanizado, facilitando a convivência entre a equipe, RN e a mãe/família. Tornar os pais participantes do processo de hospitalização, não só contribuirá para um bom atendimento como aumentará a sobrevida do RN. **Objetivo:** Desvendar qual a percepção da equipe de enfermagem frente à permanência dos pais na internação em UTI Neonatal (UTIN). **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, realizada numa UTIN com 10 leitos, de um Hospital Universitário na cidade de Cascavel/Paraná, com a equipe de enfermagem da referida unidade. Para a entrevista foram consultados individualmente todos os funcionários que no mês de fevereiro de 2009 estavam atuantes na unidade, totalizando 27 participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste. A análise e interpretação dos dados foram orientadas pela análise de conteúdo. Os sujeitos tiveram suas falas identificadas com nomes de flores. Os dados estão agrupados em seis unidades, a saber: prestar o cuidado com o ser humano, não vê-lo só como doente, se colocar no lugar do paciente; não deixar o paciente sentir dor; formação de vínculo família-paciente; os pais em algumas ocasiões atrapalham a enfermagem; a presença dos pais ajuda na melhora clínica, no desenvolvimento e traz conforto; despreparo da equipe com os pais. **Resultados e Discussão:** Caracterização dos sujeitos: todos do sexo feminino; a idade variou de 24 a 54 anos, com média de 37,4 anos; 8 deles possuem o ensino médio, 11 estão cursando o nível superior, 3 são graduados e 5 possuem especialização; o tempo de trabalho no hospital variou de 1 a 20 anos, com média de 8 anos; o tempo de atuação na UTIN foi de 1 mês a 14 anos, com média de 6 anos; quanto a participação dos entrevistados em capacitação para o tema humanização, 20 (70,1%) deles receberam treinamentos a cerca da temática, 7,4% (dois) entrevistados relatam não lembrar de participação em treinamento específico para este tema, e cinco (18,5%) relatam não terem sido capacitados para o atendimento humanizado. Em relação às unidades identificadas, a primeira traz “prestar o cuidado com o ser humano, não vê-lo só como doente, se colocar no lugar do paciente”, em que os sujeitos vêem no cuidado da

^{*} Enfermeira, especialista em saúde do trabalhador e terapia intensiva, coordenadora da unidade de terapia intensiva neonatal e unidade de cuidados intermediários neonatal do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP. End: Rua Gurgel, 847, Jardim Universitário – Cascavel/PR. E-mail: grasi-barreto@hotmail.com

[†] Enfermeira, especialista em Cuidados intensivos – UTI. E-mail: marivone.verlim@bol.com.br

[‡] Enfermeira, mestre em Enfermagem Fundamental, doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. E-mail: lb.toso@certto.com.br

[§] Enfermeira, mestre em, enfermeira da unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Universitário do oeste do Paraná – HUOP. E-mail:sildela@ibest.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

enfermagem uma possibilidade que ultrapassa o cuidar meramente técnico e rotineiro, procurando perceber-se no lugar oposto, buscando tornar os procedimentos mais humanos e não apenas executando a técnica pela técnica, conforme demonstra acácia: *“eu creio que o atendimento humanizado seja você prestar um cuidado com o ser humano em si, não olhar só o paciente como um doente, praticamente se colocar no lugar dele, pra você vê ele como uma pessoa, como um ser humano”*. E ainda conforme colocado por Camélia *“eu entendo que atendimento humanizado que a gente não tem que pensar só na técnica, tem que ver o lado humano dos pacientes, dos bebês, tem que cuidar com carinho, porque eles tem sentimento, eles sentem...”*. Na segunda unidade temos *“não deixar o paciente sentir dor”* em que, ao expressarem os seus valores relacionados com a humanização da assistência, os sujeitos demonstraram a preocupação em minimizar a dor física apresentada pelo RN. A intenção de aliviar o sofrimento do ser humano que está sob seus cuidados, manter sua dignidade e seus direitos de cidadão nos momentos de fragilidade e dor denotam o significado do cuidado ao outro, conforme é demonstrado na fala da Gerbera *“...é deixar a criança da melhor forma possível pra que ela se sinta bem, confortável, não sinta dor,...”*. Na terceira unidade identificamos a *“formação de vínculo família-paciente”*, na qual os sujeitos entendem que a formação do vínculo entre a mãe e seu bebê se inicia ainda na gestação, sendo um processo em evolução, complexo e de vital importância, gradativo e, portanto, necessita de tempo, compreensão e amor para que possa existir e funcionar adequadamente. Assim, Dália relata *“eu acho que é a promoção de um vínculo, que você mais pode fazer entre acompanhante e paciente, no caso, bebê e a mãe, e o pai no caso”*. É importante que a equipe de enfermagem reflita sobre as práticas de cuidados que podem e devem ser empregadas na assistência à família desses RNs, tendo em vista que é possível interpor-se entre o paciente e a família e, nesta posição, buscar diminuir as tensões, ansiedades e medos, proporcionando segurança nesta interação. Palma destaca *“...deixar os pais ficar permanente com as crianças, porque o contato por mais que seja recém-nascido, ajudaria pra eles na recuperação, ouvindo a voz do pai, ouvindo a voz da mãe, isso eu acredito que é um benefício para a criança, ...”*. Contudo, em nossa quarta unidade, encontramos que *“os pais em algumas ocasiões atrapalham a enfermagem”*, pois a presença dos pais na UTIN modifica o ambiente da unidade. Mesmo reconhecendo a importância da presença dos pais na UTIN, os sujeitos apontam algumas desvantagens, como expressa Alfazema: *“Eu acho que em certas ocasiões atrapalha um pouco a gente porque a gente não tem espaço suficiente, ta faltando espaço...”* Ainda verbalizou Alfazema que ocorre interferência na dinâmica de trabalho, principalmente em situações de emergências, *“... a gente ta no atendimento de emergência, e o pai e a mãe quer ficar junto, difícil pra eles e pior pra gente...”*. Já para Frésia o que dificulta a presença e a permanência dos pais no ambiente da UTIN é a falta de estrutura, *“...então se tivesse estrutura porque eu acho que o que falta aqui é estrutura...”*. Na quinta unidade os sujeitos relatam que *“a presença dos pais ajuda na melhora clínica, no desenvolvimento e traz conforto”*. Camélia coloca que: *“... que conseguem transmitir segurança pra criança, amor e carinho ajuda muito na recuperação deles e na melhora clínica”*. Um simples toque, um sussurro ou um pequeno carinho dos pais no bebê proporciona uma melhora clínica. Para Copo de Leite a permanência dos pais na UTIN é tida como *“...extremamente importante pro bebê esse contato com a família, tanto que a recuperação se dá de uma forma bem mais acelerada quando eles estão mais tempo juntos, então a presença da mãe traz conforto pra criança...”* Vemos que os benefícios da presença e a permanência dos pais na UTIN são amplos e reconhecidos. Ocorrem efeitos clínicos para a melhora do RN e isso contribui para o menor tempo de internamento, e proporciona ao bebê uma sensação de conforto e segurança. Na última unidade os sujeitos referem o *“despreparo da equipe com os pais”*, mesmo que assistir à família da criança hospitalizada seja um dos atributos da equipe de enfermagem, e a equipe deva observar



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

algumas características peculiares deste papel, os quais vão incluir habilidade de reconhecer e conviver com a família no ambiente da UTIN, respeitando suas crenças, e dificuldades. De acordo com Boca de Leão: “... *há falta de preparo da equipe em lidar com essa situação do pai, família em si. Esta falta de preparação com os pais acaba tornando um pouco o trabalho da enfermagem debilitado, por falta dessa orientação, que o funcionário tem ou de aceitação da família, do pai, da mãe ou até de tentar passar algum tipo de esclarecimento, algum tipo de informação...*” O relacionamento entre profissionais de enfermagem e pais deve, sempre que possível, ser um encontro de subjetividades. Disso surgem novas compreensões e conseqüentemente, novas interpretações, contribuindo para o sucesso no tratamento e que os pais superem o trauma do internamento. **Conclusão:** A assistência de enfermagem sob o enfoque da humanização no âmbito da UTI Neonatal ainda é um desafio. Muito embora a assistência humanizada não tenha sido enfocada pelos sujeitos da pesquisa, percebe-se a preocupação com questões que remetem a ela, como o alívio ou prevenção da dor. Pode-se detectar preocupação da maioria dos entrevistados com a adoção de medidas que minimizem o sofrimento deste pequenino. Outro fator destacado pelos sujeitos está na acolhida da família, a facilitação do acesso dos mesmos à unidade, bem como a permanência ao lado do bebê, embora achem que a família, por vezes, atrapalha. Relatam a importância de ações voltadas para promoção do vínculo mãe-bebê e seus familiares, permitindo-lhes permanecer na UTI, estando em contato físico, amamentando quando possível e participando dos cuidados. Ofertar uma assistência que alie a melhor tecnologia de saberes, procedimentos e equipamentos, ao acolhimento das necessidades objetivas e subjetivas dos recém-natos, familiares e dos profissionais que prestam assistência, ainda é um dos grandes desafios da atenção em saúde.

Palavras-chave: enfermagem, neonatologia, humanização, família.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**70 - Glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica: cuidados de enfermagem à
criança hospitalizada**

Beatriz Lopes Silva*
Aline Schütz Balistieri[†]
Laura Lemos Vilaça[†]
Daniele Marins[‡]

A glomerulonefrite pode ser um evento primário ou uma manifestação de um distúrbio sistêmico que pode variar de mínimo a grave. A maioria dos casos é pós-infecciosa na infância e foi associada a infecções pneumocócicas, estreptocócicas e virais. A mais comum das doenças renais pós-infecciosas na infância é a glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica (GNAPE), ocorre com maior incidência entre 6 e 7 anos e os meninos são mais freqüentemente afetados. Acredita-se que a infecção estreptocócica seja seguida da liberação de um material semelhante à membrana pelo microorganismo específico na circulação. Devido à sua natureza antigênica, formam-se anticorpos, e a conseqüente reação de imunocomplexos que são depositados na membrana basal glomerular. Os glomérulos tornam-se edematosos e infiltrados por leucócitos polimorfonucleares, que ocluem a luz capilar restringindo o fluxo sanguíneo renal. A conseqüente redução na filtração plasmática resulta em um acúmulo excessivo de água e sódio, o que expande o volume do plasma e líquido intersticial, levando a congestão circulatória e edema. A GNAPE caracteriza-se por ser doença aguda, com resolução espontânea na maioria dos pacientes. Surge entre sete dias a 12 semanas após faringite (mais comum no inverno) ou infecções da pele (mais comuns no verão). Manifesta-se por início súbito com mal estar, palidez, edema. O edema é especialmente periorbitário, o edema facial é mais proeminente pela manhã. Espalha-se durante o dia, afetando os membros e o abdome. Oligúria e até anúria (considera-se oligúria, níveis de diurese abaixo de 240ml/m² em crianças maiores de 1 ano e menos de 20ml/kg em menores de 1 ano. Sendo que o volume mínimo de diurese esperado é de 400ml/m² em crianças maiores de 1 ano e menos de 40ml/kg em menores de 1 ano); hematúria; hipertensão arterial leve a severa, causada pela retenção de sódio e água pela diminuição súbita da taxa de filtração glomerular, assim como o edema; sintomas de Encefalopatia Hipertensiva: cefaléia, náuseas, vômitos, convulsões, torpor e coma; sobrecarga circulatória, evidenciada por: dispnéia, estase de jugular, taquicardia, hepatomegalia e edema agudo de pulmão; urina turva (com cor semelhante a chá ou coca-cola) devido à presença de eritrócitos e cilindros ou grumos de proteínas; níveis aumentados de creatinina (a quantidade de creatinina endógena produzida é proporcional à massa muscular, sua produção varia com o sexo e a idade da pessoa. O homem excreta em torno de 1,5 g/ dia e a mulher 1,2 g/ dia) e uréia (20 - 35 g/ 24h) séricos que refletem azotemia. Insuficiência renal aguda, também é uma das características da GNAPE. A resolução do quadro clínico costuma ser rápida e a maioria das crianças com GNAPE se recuperam completamente e desenvolvem imunidade específica. Durante a internação da criança com GNAPE, alguns cuidados de enfermagem merecem ser destacados, como: Orientação à família sobre a patologia e tratamento esclarecendo possíveis dúvidas. Incentivo de repouso relativo no leito, durante a fase aguda.

* Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período – Rua Rua Deocleciano Ramos, 55, Anchieta, Rio de Janeiro, RJ CEP: 21645-180 E-mail: bia_lopess@yahoo.com.br

[†] Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período.

[‡] Professora substituta do departamento de enfermagem materno infantil e psiquiatria da Universidade Federal Fluminense. Enfermeira Especialista em enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em parceria com a clínica Perinatal de Laranjeiras.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Incentivo da deambulação livre após a resolução dos sintomas. Realização de restrições alimentares quanto a ingestão de sal em casos de edema e hipertensão e de potássio durante o período de oligúria. Manter a pele hidratada, já que a azotemia tende a gerar um ressecamento. Estimulação da aceitação alimentar, oferecendo alimentos em pouca quantidade e em maior número de vezes ao dia. Observação da característica das eliminações, já que ocorre hematúria e mudança de coloração da urina. Aferir sinais vitais regularmente em intervalos curtos, a fim de detectar qualquer complicação. Realização de curva de Pressão Arterial (4 em 4 horas) devido a possível aparição da hipertensão arterial. Realização de balanço hídrico, a fim de detectar oligúria ou anúria ou uma possível insuficiência renal aguda. Acompanhamento da realização da restrição hídrica. Pode-se graduar um copo e instruir ao acompanhante da criança quanto ao controle da restrição hídrica. Administração de medicamentos prescritos, como: diuréticos, anti-hipertensivos, antibióticos (nos casos de infecção recente) e se necessário anticonvulsivantes. Proporcionar recreação de acordo com o interesse da criança, para que a hospitalização não se torne uma experiência traumática ao extremo. Avaliação de ganho ou perda ponderal diariamente. Medição de perímetro maleolar e abdominal diariamente, pela manhã, a fim de monitorar evolução do edema. Observação de sinais de encefalopatia hipertensiva: sonolência, visão turva, torpor seguindo para o coma. Observar e estar atento aos exames laboratoriais da criança, a fim de acompanhar a evolução do quadro. Orientar aos familiares, que após a alta hospitalar é necessário observar a presença de qualquer sintoma de insuficiência renal (p. ex. fadiga, náuseas, vômito, débito urinário decrescente) ou sinal de infecção que a criança apresentar e assim notificar o médico. O principal objetivo desse trabalho é descrever a importância dos principais cuidados de enfermagem que devem ser realizados durante a internação da criança para que haja uma recuperação de forma íntegra e adequada, sem nenhum tipo de trauma que seja gerado durante a hospitalização. A metodologia é de abordagem qualitativa sendo caracterizada como estudo de caso, segundo Costa e Costa (2001, p. 67) “[...] estudo limitado a uma ou poucas unidades que podem ser uma pessoa, uma família, um produto, uma instituição, uma comunidade ou mesmo um país.” O estudo foi realizado na enfermaria pediátrica de um Hospital Universitário na cidade de Niterói. De acordo com os resultados obtidos com a pesquisa, os cuidados de enfermagem são de total importância para a recuperação da criança, pois é a partir deles, também, que poderá haver um tratamento de forma completa, sem que haja nenhuma complicação da doença. É através das informações que a equipe de enfermagem disponibiliza aos pacientes e familiares, que todos conseguem lidar melhor com a doença e quando ocorre a alta hospitalar, têm uma maior capacidade de cuidar de forma mais adequada da criança, seguindo as recomendações feitas no hospital, prevenindo complicações e uma possível reinternação. Com as técnicas utilizadas pela equipe de enfermagem, as crianças não criam medos e tabus referentes ao ambiente hospitalar, e não saem traumatizadas depois de uma experiência de internação. Concluímos que todos os profissionais de enfermagem devem estar devidamente preparados para prestar os cuidados adequados, de forma que saibam a importância e o motivo dos cuidados que devem ser prestados, pois somente dessa maneira, poderão tratar das crianças da melhor maneira possível, possibilitando um bom prognóstico e evitando que haja qualquer tipo de complicação do quadro.

Palavras-chave: glomerulonefrite, enfermagem, pediatria.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

71 - Neurofibromatose infantil – um estudo de caso

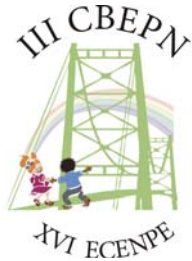
Aline Schütz Balistieri*
Beatriz Lopes Silva[†]
Daniele Marins[‡]

A neurofibromatose(NF) é uma doença de desordem genética comum que pode aparecer ao nascimento, mas freqüentemente manifesta-se tardiamente, especificamente durante a puberdade, na gravidez ou na menopausa e tem progressão crônica ao longo dos anos. Segundo Wander & Das Gupta, o estigma neurológico da neurofibromatose é o neurofibroma. Esse tumor pode ocorrer no sistema nervoso periférico e/ou no sistema nervoso central. Está freqüentemente associado a schwannoma, rabdomiossarcoma e lipossarcoma. Ao contrário do que acontece com os tumores intracranianos ou intrarraquianos, o comprometimento dos nervos periféricos não determina, necessariamente, um achado clínico significativo. Os nervos ulnar e radial são os mais freqüentemente acometidos. Os tumores dos nervos periféricos podem atingir tamanhos consideráveis e produzir pouco ou nenhum déficit neurológico. Segundo Harkin & Reed, a neurofibromatose usualmente não prejudica a condução nervosa. O neuroma plexiforme, associado à hipertrofia local de parte ou de todo um segmento, pode eventualmente levar à incapacidade funcional. A síndrome do nervo periférico surge na primeira ou segunda década, enquanto a maioria dos tumores do sistema nervoso central surge antes dos 25 anos. O principal objetivo deste trabalho foi estabelecer um plano de cuidados de enfermagem que atendesse as necessidades individuais desse cliente. A metodologia é de abordagem qualitativa sendo caracterizada como estudo de caso, segundo Costa e Costa (2001, p. 67) “[...]estudo limitado a uma ou poucas unidades que podem ser uma pessoa, uma família, um produto, uma instituição, uma comunidade ou mesmo um país.” O estudo foi realizado na enfermaria pediátrica de um Hospital Universitário na cidade de Niterói. Sabemos que a assistência de enfermagem deve sempre estar direcionada para um atendimento que atenda as necessidades individuais de cada indivíduo, neste caso em especial com maior ênfase por tratar-se de uma criança em idade escolar, que com a hospitalização diminui sua convivência com pessoas da família e com o meio social em que vive naturalmente, o que desenvolve um estressor a mais para essa criança. A experiência de ser hospitalizada envolve muito mais que o ato da internação em si, gera mudanças fisiológicas, psicológicas e cognitivas no imaginário infantil. Quanto ao tratamento, o melhor é fornecer apoio psicológico ao cliente e a seus familiares uma vez que, atualmente não há cura para a NF, porém existe uma gama de tratamentos alternativos, que consistem na ressecção das lesões que comprometem a função e (ou) estética, através de técnicas cirúrgicas. Observa-se apenas referência ao retardo mental, ao nível de escolaridade e ao coeficiente de inteligência, às crises convulsivas e aos distúrbios de comportamento. A nosso ver, o apoio emocional é tão importante quanto o tratamento orgânico. Explicar ao paciente a evolução da sua doença, prepará-lo para o convívio com ela, sem enganá-lo e/ou aterrorizá-lo, nem oferecer-lhe falsas esperanças, é nosso dever. Da convivência com o nosso cliente, pudemos observar o quanto ele sofre, nos meios familiar e social, em virtude de sua deformidade e como reagem às agressões; observamos também que os que são bem aceitos no meio familiar e os que receberam uma

* Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período – Rua Pedro Domingues, 104, casa 02, Encantado – Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20756-080. E-mail: line-ac@ig.com.br

[†] Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período.

[‡] Professora substituta do departamento de enfermagem materno infantil e psiquiatria da Universidade Federal Fluminense. Enfermeira Especialista em enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em parceria com a clínica Perinatal de Laranjeiras.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

informação correta por parte do primeiro médico que os examinou, reagem com muito maior segurança e estão melhor estruturados emocionalmente. Sendo assim é de extrema importância um bom atendimento multiprofissional onde não só os aspectos patológicos dessa doença sejam observados, mas acima de tudo devemos criar juntamente aos demais membros da equipe multidisciplinar que trabalham no serviço de saúde estratégias para uma melhor inserção desta criança na sociedade possibilitando assim uma vida normal como a de outras crianças. Muitas pessoas com NF têm expectativa de vida normal e atividades acadêmicas e profissionais, vidas produtivas, e não apresentam problemas relacionados à doença. O tempo de sobrevivência dos portadores desta doença é variável, dependendo principalmente da época em que surgiram os primeiros sinais da enfermidade e da existência de outras associações. Quanto mais precoce forem estas, menores as chances de sobrevivência. O prognóstico dependerá da localização e tamanho dos tumores. Quando localizados em nervos periféricos geralmente é bom, a não ser que sofram alterações malignas. Quando são intracranianos ou intra-raquídeos, o prognóstico é mais grave. Enfim, com a realização do presente estudo, concluímos que: um plano assistencial individualizado obedecendo as necessidades de cada criança com neurofibromatose permite que a assistência prestada seja de melhor qualidade, gerenciando o cuidado de uma forma que as singularidades deste pequeno sejam sempre atendidas da melhor forma. Este estudo obedeceu as normas éticas do conselho nacional de ética em pesquisa resolução 196/96 como previsto em lei.

Palavras-chave: neurofibromatose, enfermagem, pediatria.

Referências:

- Associação de Neurofibromatose. Disponível em: <http://www.nf.org.br/>, acessado em 21/03/2009, às 17:30h.
- Centro Nacional de Neurofibromatose. Disponível em: http://cnnf.org.br/portalnf/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=37, acessado em 21/03/2009, às 15:35h.
- Costa, Marco Antonio F. & Costa, Maria de Fátima Barrozo, **Metodologia da Pesquisa – Conceitos e Técnicas**, Rio de Janeiro, Editora Interciência, 2001.
- Wong, Donna L., **Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva** – 5ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1999.
- SCHMITZ, Edilza Maria; **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura** – Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 1995.
- HARKIN, J. C. & REED, R. J. - Tumor of the peripheral nervous system. Washington DC, Armed Forces Institute, 1969 In: SADDY, E. M. V. & cols. **Neurofibromatose(III) – Sistema nervoso Central e Periférico**, Vol. 61, N. 1, pp. 9-18, 1986. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=372> Acesso em 20 agosto 2009.
- WANDER JV & DAS GUPTA TK - Neurofibromatosis. Curr Probl Surg, 14 (2), 1977 In: SADDY, E. M. V. & cols. **Neurofibromatose(III) – Sistema nervoso Central e Periférico**, Vol. 61, N. 1, pp. 9-18, 1986. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=372> Acesso em 20 agosto 2009.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

72 - Preocupações maternas exteriorizadas na sala de parto com relação ao filho recém-nascido

Fernanda Espindola Martins*

Rosiane da Rosa[†]

Marisa Monticelli[‡]

Bruna Liceski Gasperi[§]

Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva de natureza qualitativa, com o objetivo de identificar as preocupações que a mãe refere com relação ao filho recém-nascido, na primeira hora após o parto. Foi realizada no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, reconhecido amplamente em nosso meio apenas como HU, no período de 6 de agosto a 15 de outubro de 2008. A investigação integrou o trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem e teve como referência a Teoria do Apego, que advém da psicologia, e tem como base estrutural a formação do apego entre pais e bebês e, mais particularmente, entre a mãe e o recém-nascido. Com base na teoria elaborou-se o marco conceitual, a partir dos seguintes conceitos: ser humano, enfermagem, saúde/doença, ambiente e formação do apego entre mãe e recém-nascido na primeira hora pós-parto. A estratégia metodológica principal foi a observação participante, guiada pelo Método O-P-R (Observação-Participação-Reflexão) que foi originalmente proposto por Leininger (1991) e traduzido e adaptado por Monticelli (1997; 2003), para uso criativo no contexto do processo do nascimento, que consiste basicamente em iniciar a observação sem participação direta na realidade pesquisada e, aos poucos, ir aumentando o gradiente observacional, até atingir o grau de participante total. Tal procedimento foi utilizado com a finalidade de promover/estimular a interação entre mãe e filho ao nascimento. A entrevista semi-estruturada foi utilizada de modo a complementar os dados, principalmente, para obter os depoimentos das mulheres sobre suas preocupações com a criança. A observação participante foi adotada nas salas de parto e de recuperação e a entrevista com as mães foi operacionalizada no Alojamento Conjunto. Para documentar as informações provenientes do uso dos roteiros-guia foi adotado o diário de campo, que se constituiu num caderno de anotações. Neste caderno constam informações detalhadas das situações vivenciadas no decurso da pesquisa, das conversas informais, comportamentos, gestos, expressões corporais, falas, hábitos e crenças, por parte dos sujeitos envolvidos na pesquisa dentro do cenário de campo. Participaram do estudo onze mulheres que vivenciaram partos vaginais sem distócia e seus recém-nascidos a termo, com índice de vitalidade acima de sete. A idade das mulheres variou entre 17 e 38 anos, sendo uma delas solteira, duas divorciadas e oito casadas. Cinco estavam tendo seu primeiro filho, três mulheres, o segundo, duas, o terceiro e uma delas, o sétimo filho. Seis mencionaram que a gravidez atual havia sido planejada. Para a participação nesta pesquisa, as parturientes

* Enfermeira do programa UNIMED-LAR. Integrante técnico do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). Nacionalidade Brasileira. Endereço: Serv. Nelson Ernesto Alves, 240 – Barra do Aririú/ Palhoça – SC. E-mail: femartins@gmail.com

† Enfermeira do Programa de Saúde da Família no município de Palhoça/SC. Integrante técnico do GRUPESMUR. Nacionalidade Brasileira. E-mail: rosiane.nfr@gmail.com

‡ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da UFSC. Vice-líder do GRUPESMUR. Nacionalidade Brasileira. E-mail: marisa@nfr.ufsc.br

§ Enfermeira do Programa de Saúde da Família no município de Angelina/SC. Nacionalidade Brasileira. Email: brunagasperi@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

demonstraram explicitamente seu desejo de participar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste estudo não estabelecemos número mínimo ou máximo de participantes, visto que estudos qualitativos não enfatizam o critério numérico. O critério para a cessação da coleta de dados ocorreu exclusivamente por ocasião do fenômeno denominado de “saturação”, ou seja, quando os dados já estavam se repetindo. A análise foi realizada através de quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência, sendo que estas ocorreram de maneira parcialmente seqüencial. Para nortear o estudo em relação aos princípios e questões éticas tomamos por base a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que garante o anonimato, o direito de voluntariedade e desistência dos sujeitos da pesquisa em qualquer momento ou etapa da mesma, a confidencialidade, respeitando suas crenças, suas individualidades e idiosincrasias. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer nº 135/2008. Os resultados evidenciaram que, para a mulher, o momento que se sucede ao parto é extremamente diferente de qualquer outra experiência que tenha tido. O bebê que está em seus braços é um ser “novo”, que possui peculiaridades e está para vir-a-ser. Portanto, é um ser em passagem, inclusive no sentido das necessidades físicas. Este pressuposto leva a uma intensa preocupação com a criança, assumindo seus cuidados. O fato de se sentir responsável pela criança traz consigo, de imediato, a necessidade de protegê-la. Diante disso a primeira das preocupações é a de certificar-se se as características apresentadas são de fato esperadas ao nascimento ou não. Observamos que a preocupação mais freqüente demonstrada pelas mulheres, após ouvir o choro da criança, é em relação ao aspecto físico do bebê, mais precisamente, em relação à sua coloração. O fato das mãos e pés dos bebês estarem cianóticos incomodava as mulheres. Na percepção delas, este sinal era anormal, como se algo de errado estivesse acontecendo com o seu bebê. Isto gerava certa ansiedade, mesmo que os profissionais respondessem ao questionamento, tentando suavizar o impacto. Tais preocupações envolviam também outros sinais, como o fato dos olhos estarem “inchados”, a língua ser “grande”, o bebê apresentar tremores rápidos e superficiais, a aparente fragilidade orgânica, dentre outros. Contatou-se que as mulheres preocupavam-se com seus filhos, demonstrando vontade de estar com eles e de verificar se era perfeito e saudável, para assim vivenciar o momento de interação de forma plena. Esta manifestação materna reforça o pensamento que a formação do vínculo entre mãe e filho não está somente relacionada a uma afeição, mas também, em um processo em que afeição e preocupação torna a mãe comprometida com o recém-nascido enquanto estiver em seus cuidados. Esse estado poderia ser considerado como um cuidado que ajudaria a mãe a se adaptar à delicada e sensível necessidade do bebê, conferindo-lhe o status social de responsividade para o exercício da maternagem. Conclui-se que diante das preocupações maternas fica evidente a necessidade de uma equipe disposta a respeitá-las e esclarecer as dúvidas que a parturiente possui. Além das ansiedades com o aspecto físico do recém-nascido, as mães passam a ficar angustiadas e ansiosas quando ele é levado de seu colo pelos profissionais para realizar os primeiros cuidados, isto é, quando o bebê sai do seu campo visual. Algo que minimizaria esta situação seria a realização dos cuidados do bebê no mesmo ambiente da mãe. Outro aspecto relevante que auxiliaria na superação destas preocupações, propiciando conforto a essas mulheres, seria permitir que elas escolham como acompanhantes, pessoas de confiança, que possam apoiá-las e confortá-las, incentivando-as, auxiliando-as, trazendo segurança, tranquilidade e conforto, tornando assim o momento do primeiro contato entre mãe e filho mais acolhedor e potencializador de vínculos afetivos.

Palavras-chave: relações mãe-filho, parto humanizado, recém-nascido, enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

73 - O reconhecimento entre mãe e filho na sala de parto: estímulos e respostas sensoriais

Bruna Liceski Gasperi*
Fernanda Espindola Martins†
Rosiane da Rosa‡
Marisa Monticelli§

Estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo realizado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 06 de agosto a 15 de outubro de 2008, com o objetivo de identificar os estímulos e as respostas sensoriais entre mãe e filho na primeira hora após o parto. A pesquisa fez parte do trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem e foi desenvolvida durante o processo de cuidar da mãe e do recém-nascido, iniciando-se ainda na sala de parto, onde se estimulava a aproximação física mãe-bebê, e finalizando-se na sala de recuperação obstétrica, no momento em que se completava a primeira hora pós-parto. Para fundamentar o estudo utilizou-se a Teoria do Apego, que advém da psicologia, e tem como coluna vertebral a formação do apego entre pais e bebês e, mais particularmente, entre a mãe e o filho recém-nascido. Com base na teoria elaborou-se o marco conceitual, a partir dos seguintes conceitos: ser humano, enfermagem, saúde/doença, ambiente e formação do apego entre mãe e recém-nascido na primeira hora pós-parto. A estratégia metodológica principal foi a observação participante, guiada pelo Método O-P-R (Observação-Participação-Reflexão), e a entrevista semi-estruturada foi utilizada de modo a complementar os dados. Participaram do estudo onze mulheres que vivenciaram partos vaginais sem distócia e seus recém-nascidos a termo, com índice de vitalidade acima de sete. A análise foi realizada através de quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. Para nortear o estudo em relação aos princípios e questões éticas tomamos por base a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que garante o anonimato, o direito de voluntariedade e desistência dos sujeitos da pesquisa em qualquer momento ou etapa da mesma, a confidencialidade, respeitando suas crenças, suas individualidades e idiosincrasias. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob nº 135/2008. Os resultados mostraram que no momento em que ocorre a expulsão do bebê, percebemos que a mãe o aguarda como se esperasse por uma recompensa. Já, o bebê, vivencia uma experiência totalmente nova; ao mesmo tempo em que deixa o ambiente uterino, desvinculando-se do corpo que lhe hospedara por nove meses, tem que sobreviver sem o mesmo, pois é disso que dependerá sua evolução como ser humano. Este trânsito não é fácil e o leva a experimentar diferentes níveis de ansiedade. Durante esta fase, um contato intenso e ininterrupto da mãe com o seu bebê proporciona a receptividade mais precoce da mãe e sua adaptação à separação que acabou de acontecer, dando prosseguimento ao vínculo que começou a ser estabelecido ainda na vida intra-uterina. Após o período de choro, sua atividade motora fica mais branda e ele parece ter toda sua energia canalizada para ver e

* Enfermeira do Programa de Saúde da Família no município de Angelina/SC. Nacionalidade Brasileira. Email: brunagasperi@gmail.com

† Enfermeira do programa UNIMED-LAR. Integrante técnico do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). Nacionalidade Brasileira. E-mail: femartins@gmail.com

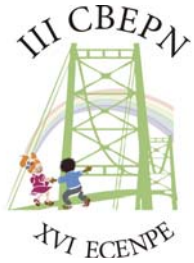
‡ Enfermeira do Programa de Saúde da Família no município de Palhoça/SC. Integrante técnico do GRUPESMUR. Nacionalidade Brasileira. Rua Marino Jorge dos Santos, 739 E-mail: rosiane.nfr@gmail.com

§ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da UFSC. Vice-líder do GRUPESMUR. Nacionalidade Brasileira. E-mail: marisa@nfr.ufsc.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

ouvir. Percebemos que este período bem próximo da expulsão torna bebê e mãe complementares. A mãe ativa seus sentidos e parece aguçar, como nunca, os seus sistemas sensoriais, aumentando assim, a probabilidade da interação ocorrer. Uma riqueza de repertórios sensoriais provocativos é trazida à tona pela mãe, que os vai colocando em prática, um a um, como que para estudar as particularidades de sua nova criança. Estas provocações envolvem olhar, tocar, acariciar, balbuciar, e outras manifestações semelhantes. Percebemos durante a pesquisa que as mulheres, em geral, após receberem seus filhos no colo, aos poucos, vão tocando as áreas com maior sensibilidade tátil do corpo do bebê, como por exemplo, as mãos, a face e os pés. Instintivamente ou não, as mães parecem saber disso. Os bebês, sem distinção, ao se sentirem tocados, adotavam posições corporais de conforto, encolhendo a parte tocada, ou movimentando a cabeça na direção do toque. Por outro lado, percebemos que a mãe parecia ter plena consciência da resposta dada por seu bebê, ocorrendo então um ciclo de reações positivas, cujos estímulos táteis maternos provocavam respostas corporais de conforto na criança e faziam com que a mesma repetisse o toque, a fim de assegurar-se de que a reação do bebê era positiva. Logo após esta fase começa a sentir que a criança que tem nos braços é o filho que carregou no ventre durante longas semanas. Com isso, seu olhar volta-se inteiramente para o pequeno ser que chega e ela experimenta forte sensação de volúpia, que é transmitida de modo explícito para a pequena audiência presente na sala de parto. Observamos que as mães, sem exceção, procuravam manter seus olhos nos olhos de seus filhos. Parecia que era o momento de revelar-se. A troca de olhares foi, sem dúvida, uma importante forma de interação com o bebê, mas não se resumiu nesta manifestação. O ato de a mãe falar com o bebê também pôde ser observado neste princípio de relação. Todas as mães que participaram da pesquisa afirmaram que já conversavam com o filho quando ele ainda estava em seu ventre e asseguraram que a criança já era capaz de reconhecer sua voz desde antes do nascimento. Algumas, inclusive, ainda afirmaram que o bebê parecia entendê-las. As mães sabem e acreditam nisso. Ao aprofundarmos esta perspectiva, entretanto, visando obter dados mais densos sobre esta manifestação verbal, percebemos que as mesmas, no primeiro diálogo com o bebê, ainda na mesa do parto, utilizam-se de voz baixa, suave, entrecortada por suspiros e com uma vibração vocal de espera, como que aguardando uma resposta ao chamado verbal, principalmente na tentativa de saber se eles estavam realmente bem. Os extratos inseridos para representar esta interpretação também são pródigos em mostrar que os conteúdos desta “conversa” incutem chamados positivos à criança (“gostinha”, “lindo”, “meu amor”). Além disso, percebe-se também que as mães não se estendem em suas falas quando estão vivenciando os primeiros minutos com a criança. As frases são curtas, densas, suaves e impregnadas de ternura. Somente mais tarde, já na sala de recuperação, é que, paulatinamente, a conversa tende a crescer. Parece ser como num primeiro encontro, onde as pessoas primeiramente analisam umas às outras e, aos poucos, o diálogo se intensifica e pode vir a florescer. Outro sistema sensorial que se aguça nas primeiras aproximações é o olfato. O ato de cheirar é uma maneira encontrada pelas mães para iniciar a interação. Esta sensorialidade é expressa em variados graus, às vezes somente encostando o nariz na cabeça ou face do bebê, noutras, aproximando o bebê das narinas e inspirando suavemente e, noutras ainda, realizando movimentos inspiratórios profundos, parecendo sorver o aroma encontrado. Um observador mais atento, ao analisar os gestos, poderia argumentar que ela estaria reconhecendo o seu cheiro. Mesmo diante de tantos estímulos ocorrendo quase simultaneamente diante da chegada do bebê, o cheiro não passa despercebido. As mães parecem querer saber o quanto antes todas as características de seu bebê e, assim, ao reconhecerem seu cheiro, acham uma maneira de distingui-lo de outros bebês. Quanto aos recém-nascidos, entretanto, nossa experiência nesta pesquisa não tornou possível perceber as reações dos mesmos à manifestação olfativa das mães. O oferecimento da mama para o bebê, nos minutos que se seguiram à expulsão, foi



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

uma manifestação espontânea que ocorreu com quase todas as mulheres. Porém, percebemos que elas nem sempre esperavam pela sucção propriamente dita. Admiravam-se e se enterneciam quando a sucção ocorria, mas não deixavam de emocionar-se, caso o bebê não realizasse a pega. O contato da mama com o rosto da criança parecia ser a intenção mais premente, obtendo-se ou não sucesso na amamentação. As mulheres encontravam neste comportamento uma maneira de reencontro com seus filhos. Não simplesmente o ato de alimentá-lo, mas sim, uma maneira de ligá-lo ao seu corpo novamente. As mulheres não desconhecem os benefícios alimentares do seu próprio leite para a criança, mas também têm consciência que outros objetivos estão envolvidos neste ato, tais como a promoção do reencontro com o corpo, o incentivo à intimidade e uma base original para restabelecimento do vínculo afetivo. Contudo, também não são ingênuas em refletirem que há profissionais que “forçam” a sucção desde o momento mais precoce. Diante de tantas sensações diferentes que a mãe e a criança passam em tão pouco tempo, notamos que é preciso amenizar as mudanças que se consomem com o parto e as que estão por vir, tornando o momento do nascimento propício para que mãe e bebê interajam, sem pressa e sem interferências. É importante para a mãe que o filho se adapte gradualmente ao meio extra-uterino, superando as dificuldades inerentes ao seu nascimento. Conclui-se que as mães nos mostram que o apego ao bebê cresce a cada contato carinhoso, a cada palavra doce, a cada olhar sensível, a cada abraço afetuoso, a cada aproximação com o próprio peito. Elas também deixam claro aos profissionais da sala de parto que o tempo clínico da instituição hospitalar é diferente do tempo da experiência humana envolvida no processo da maternagem.

Palavras-chave: relações mãe-filho, parto humanizado, recém-nascido, enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

74 - A aplicação do processo de enfermagem para criança com estenose subglótica

Liliane Faria da Silva^{*}
Valéria Gonçalves da Silva[†]
Priscila Vieira França[‡]

Introdução: O processo de enfermagem (PE) pode ser definido como aplicação prática de um modelo assistencial ou teoria de enfermagem na assistência aos pacientes. Este Processo é um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever a resposta da clientela aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção. Relatamos a aplicação do PE a uma criança hospitalizada, com diagnóstico de comunicação intraventricular (CIV), que fez correção cirúrgica da cardiopatia e no período pós-operatório teve como complicação e estenose subglótica. A CIV consiste no fechamento incompleto do septo ventricular, permitindo uma comunicação livre entre os ventrículos direito e esquerdo. Entre as cardiopatias congênitas que acometem as crianças, ela é a mais incidente, tendo sua prevalência maior no sexo feminino, sua etiologia é desconhecida, todavia a multifatorial é a mais aceita. Cerca de 30% dos casos ocorrem como anomalias isoladas, porém pode estar associada a outros defeitos estruturais, como a Tetralogia de Fallot Outra associação conhecida é com a Síndrome de Down, onde uma em cada 20 crianças que nascem com defeito cardíaco tem trissomia do cromossomo 21. A malformação cardiovascular encontra-se presente em cerca de 40% das crianças afetadas com esta síndrome e, o CIV apresenta uma incidência de 32%. As manifestações clínicas vão depender da magnitude do orifício no septo interventricular. Quando pequeno, há pouca repercussão hemodinâmica e a criança é assintomática sem atraso do desenvolvimento físico. Já nas comunicações de médio porte, a criança apresenta dispnéia ao mamar, o desenvolvimento e o crescimento são comprometidos e é propensa a contrair infecções respiratórias devido à congestão pulmonar pelo hiperfluxo pulmonar. Nas grandes comunicações, a criança desenvolve logo após o nascimento o quadro de insuficiência cardíaca. Atualmente, procura-se fazer a correção cirúrgica mais precocemente, as crianças com CIV e hipertensão pulmonar têm sido operadas entre os 03 e 12 meses de vida. Os resultados cirúrgicos indicam que o fechamento precoce dos CIV grandes no primeiro ano de vida está associado com um melhor resultado em termos de função ventricular e regressão da hipertrofia. A estenose subglótica é uma complicação relacionada intubação traqueal, procedimento necessário para que a cirurgia aconteça. Nossa opção por aprofundamento em tal complicação se deu pelo fato da mesma ter demandado muitos cuidados de enfermagem e por ser pouco comum na nossa realidade assistencial. As lesões de via aérea secundárias a trauma decorrente da intubação começaram a ser descritas à medida que o procedimento passou a ser realizado com maior frequência, particularmente com a popularização desse método como alternativa ou predecessor da traqueotomia, e conseqüentemente para suporte prolongado da via aérea, no início dos anos 50. O mecanismo fisiopatológico primário da lesão decorrente da permanência do tubo na via aérea envolve a pressão exercida na mucosa

* Mestre pela Escola Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC/EEAN). Enfermeira da Pediatria do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e do Instituto Nacional de Cardiologia (INC). Endereço Para correspondência: ***** de ***** , 77 ap. 1202 Laranjeiras. Cep: 22221-080. e-mail: lili.05@hotmail.com

† Especializada em Cardiologia pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Enfermeira do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Chefe de Enfermagem do Serviço de Cardiologia da Criança e do Adolescente do Instituto Nacional de Cardiologia (INC).

‡ Enfermeira pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Residente do Instituto Nacional de Cardiologia (INC).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

pelo tubo. O mesmo se apóia e exerce uma pressão, quando a pressão exercida pelas paredes firmes do tubo supera largamente a pressão de perfusão da mucosa, estimada em 30mmHg, acontece o início de um processo inflamatório local. A resolução desse processo pode acarretar graves seqüelas na via aérea tais como estenose, sinéquias, formação de granulomas, entre outras. Para a faixa etária pediátrica, a fisiopatologia das lesões em via aérea inferior está principalmente relacionada a trauma pela extremidade do tubo ou traumatismo da mucosa em decorrência de aspirações do tubo traqueal, uma vez que tubos com balonete são raramente utilizados. Neste sentido, este estudo teve o **objetivo** de aplicar o Processo de Enfermagem a uma criança com CIV submetida à cirurgia cardíaca que desenvolveu estenose subglótica; utilizando os Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia II da NANDA, as Intervenções de Enfermagem da NIC, os Resultados de Enfermagem da NOC. **Método** Trata-se de um estudo de caso, realizado no mês de maio de 2009 em um Hospital de Cardiologia, localizado no município de Rio de Janeiro, com uma criança submetida a cirurgia cardíaca para correção de CIV. A técnica utilizada para coleta de dados foi a pesquisa de prontuário. O estudo foi autorizado pela responsável legal da criança (mãe), mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os princípios da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere a pesquisas com seres humanos. **Resultados:** A Enfermagem tem apresentado necessidade de padronização da linguagem para ser entendida e praticada por enfermeiros em vários locais. Com isso, foram criados instrumentos de trabalho que proporcionam interação dinâmica durante a execução do Processo de Enfermagem, sendo eles: Os sistemas de classificação de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*), Classificação das Intervenções de enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*). Os sistemas de classificação fornecem linguagem padronizada, a fim de facilitarem a detecção, intervenção e avaliação dos cuidados, de acordo com o problema apresentado pelo indivíduo, organizando e orientando as ações de enfermagem para as necessidades individuais. Sendo assim, identificamos os diagnósticos de enfermagem, e os relacionamos com os resultados esperados e as intervenções de enfermagem. Os diagnósticos identificados foram: 1 - desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada ao espasmo de via aérea, 2 - intolerância à atividade física relacionado ao desequilíbrio entre oferta e demanda e oxigênio, 3 - dor aguda relacionada agentes lesivos físicos, 4 - risco de infecção relacionado ao uso de agentes farmacêuticos (corticóides) e procedimentos invasivos (intubação endotraqueal), 5 - medo relacionado a separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (hospitalização e procedimentos invasivos). Os resultados esperados para os respectivos diagnósticos foram: 1 - Estado respiratório: permeabilidade de vias aéreas, 2 - Tolerância à atividade, 3 - Ações pessoais para controlar a dor, 4 - Estado Imunológico, 5 - Nível de medo. As respectivas intervenções foram: 1 - Aspiração de vias aéreas e Controle de vias aéreas, 2 - Controle de medicamentos e Oxigenoterapia, 3 - Controle de medicamentos e Controle da dor, 4 - Identificação de risco e Proteção contra infecção, 5 - Técnica para acalmar e Controle do ambiente. Conclusão Com a aplicação da SAE, alguns resultados planejados para a criança foram alcançados e propiciaram a elaboração de um processo de enfermagem sistemático, que contribuiu de maneira positiva para a complementação do processo de recuperação da saúde da mesma. Esperamos que este estudo contribua para que os profissionais de enfermagem possam refletir quanto à importância da aplicação do processo de enfermagem como um instrumento metodológico e sistemático para a melhoria do padrão da assistência oferecida e que possa abrir caminhos para a prática o Processo de Enfermagem.

Palavras-chave: saúde da criança; enfermagem; assistência de enfermagem; processo de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

75 - Ser-mãe de um filho com câncer em tratamento quimioterápico: uma análise fenomenológica*

Karina Machado Siqueira[†]
Rafaela Rodrigues de Oliveira[‡]
Danyella Oliveira Melo Ribeiro[§]
Ana Karina Marques Salge^{**}

Introdução: A criança é um ser em crescimento e desenvolvimento que precisa manter vínculos afetivos com as pessoas, ambientes e objetos. O cotidiano de uma criança não-hospitalizada possui rotinas diárias a serem seguidas como horário pra brincar, ir para escola, fazer as lições de casa, comer, dormir. Diante da hospitalização, a criança se depara com alterações em sua estrutura diária que até então estava habituada e passa a lidar com a restrição ao leito, presença de pessoas estranhas, dor, realização de procedimentos desagradáveis e dolorosos, mudanças na alimentação, separação dos irmãos, colegas, escola, brinquedos etc. No contexto da oncologia pediátrica, quando se é diagnosticado câncer em uma criança, a dinâmica de sua família passa por inúmeras transformações. A criança é obrigada a se adaptar a uma nova rotina, na qual a doença, seus transtornos e estigmas, passam a fazer parte do cotidiano familiar, social e escolar. A quimioterapia antineoplásica é utilizada com frequência como tratamento de escolha para crianças com câncer, uma vez que as neoplasias infantis costumam responder muito bem a esse tipo de tratamento. Essa modalidade de tratamento demanda longos períodos de internação da criança, representando estresse físico e emocional não só para o paciente como para sua família. Ela traz consigo diversos impactos na vida da criança e de seus familiares, principalmente as mães, que quase sempre é o membro da família que acompanha a criança durante as internações. Geralmente as mães se vêem diante da necessidade de dedicarem exclusivamente ao filho doente, deixando em segundo plano suas atividades diárias, como cuidar da casa, marido, outros filhos e trabalhar. Essas considerações refletem a complexidade do cuidado em oncologia pediátrica e a necessidade de se voltar para a dimensão humana do ser criança em tratamento quimioterápico, incluindo a família nesse cuidar. **Objetivo:** Compreender o significado do tratamento quimioterápico para as mães que vivenciam a situação de ter um filho com câncer e os acompanham durante a hospitalização em uma unidade de internação especializada em oncologia pediátrica. **Metodologia:** Estudo fundamentado na metodologia da pesquisa qualitativa, modalidade fenomenológica, realizado entre os meses de junho e agosto de 2008, junto a oito mães conscientes do diagnóstico de câncer de seus filhos e que estavam acompanhando os mesmos durante internação para tratamento quimioterápico em hospital especializado em oncologia, no município de Goiânia-GO. Foram realizadas entrevistas gravadas, conforme aquiescência das participantes, e norteadas pela seguinte questão: Para você, o que significa ter um filho realizando tratamento quimioterápico? Esta pesquisa foi desenvolvida segundo as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de

* Projeto vinculado ao Grupo de Estudos em Saúde da Mulher, Adolescente e Criança da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – GESMAC.

[†] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Endereço: Rua 58, Qd. B-6, Lt. 20/23, Apto 1004, Residencial Caraíbas, Jardim Goiás. Goiânia-GO. CEP: 74810-250. Email: karinams.fen@gmail.com.

[‡] Enfermeira. Aluna do Curso de Residência em Enfermagem Oncológica da Associação de Combate ao Câncer em Goiás.

[§] Enfermeira. Chefe da Unidade de Pediatria da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Hospital Araújo Jorge.

^{**} Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Saúde, na Resolução 196/96, a qual apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Hospital Araújo Jorge, protocolo n.º. 049/2007. Todas as mães incluídas no estudo aceitaram participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise dos dados se baseou no “Método da Análise Qualitativa do Fenômeno Situado”. **Resultados:** As descrições feitas pelas mães das crianças com câncer em tratamento quimioterápico evidenciam o sofrimento decorrente do processo de ter consciência do adoecimento do filho, assim como, das dificuldades decorrentes do tratamento. A aproximação a essas mães permitiu a compreensão de que a doença provoca repercussões na vida da criança como um todo, não apenas em seu sendo-doente, mas incluindo o seu *existir no mundo com os outros*. A vivência de medos e sofrimentos passa a integrar a existência das mães e, além do medo da morte do filho, experimenta sentimentos de angústia e preocupação em relação aos demais filhos, esposo, trabalho e outras demandas cotidianas que necessitam ser deixadas em segundo plano. Tendo a fenomenologia como referencial teórico-metodológico, optou-se por organizar a análise nas seguintes categorias temáticas: *A ambigüidade dos significados atribuídos à quimioterapia e O vivenciar mudanças, medos e angústias durante o tratamento do filho*. Observa-se, de forma marcante nos discursos das mães, a ambigüidade acerca dos significados da quimioterapia e as dificuldades diante das mudanças, impostas pelo tratamento do filho, no funcionamento da dinâmica familiar. O medo diante das incertezas do curso da doença ficou bastante evidente, incluindo o medo da morte e das recidivas. Além do estigma que envolve o câncer, o tratamento quimioterápico também carrega consigo diversos julgamentos valorativos atribuídos pela população leiga. A quimioterapia é vista como um tratamento que representa a vivência de sofrimentos bastante acentuados devido aos efeitos colaterais e, muitas vezes, agrega-se o sentimento de medo da morte em decorrência desse tratamento. Em sua maioria, os agentes quimioterápicos, não atuam de forma específica nas células tumorais, sendo tóxicos também a tecidos saudáveis que apresentam rápida proliferação celular. Isso torna a quimioterapia carregada por efeitos colaterais indesejáveis. Porém, ao mesmo tempo em que se apresenta como algo que traz medo, angústia e sofrimento, seja de ordem física ou psíquica, a quimioterapia também representou fonte de esperança de cura para as crianças em tratamento, segundo as percepções de suas mães. A necessidade de afastamento dos outros filhos gera conflitos internos importantes e intensifica os sentimentos de angústia e culpa em relação às possibilidades dessas mulheres enquanto Ser-mãe, deixando-as divididas entre a obrigação de acompanhar o tratamento do filho hospitalizado e a necessidade de manter o bom funcionamento do lar. Diante do exaustivo tratamento da criança, essa situação se prolonga por meses e até mesmo anos, deixando sinais claros de esgotamento físico, mental e emocional. Visando promover a normalidade da unidade familiar e reforçar os papéis e ligações da família, faz-se necessário e importante, inserir o acompanhante no tratamento da criança. As mães muitas vezes são marginalizadas no contexto da assistência hospitalar e os profissionais geralmente se deparam com um impasse, pois embora tenham certeza de que, além da criança doente, sua família também precisa de cuidados, eles nem sempre estão instrumentalizados para enfrentarem o desafio de uma internação conjunta. **Conclusão:** Ter um filho em tratamento quimioterápico resulta em intenso sofrimento para as mães, desestruturando toda a sua dinâmica familiar. Apesar de se tratar de um assunto difícil, permeado por medos e incertezas, as mães que concordaram em participar deste estudo se dispuseram a descrever os significados que atribuem à sua situação de ter um filho submetido à quimioterapia. Dessa forma, através de suas falas e de formas não-verbais de comunicação, foi possível chegar a uma melhor compreensão do fenômeno Ser-mãe de um filho em tratamento quimioterápico. Diante das inúmeras conseqüências indesejáveis



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

advindas da terapêutica por meio de quimioterápicos, além do estigma arraigado sócio-historicamente ao câncer, os quais afetam não somente a criança que adoece, mas também todos aqueles que estão em seu redor, acredita-se que a enfermagem tem um papel fundamental na assistência em oncologia pediátrica. Nesse contexto, faz-se necessário um olhar atento tanto às crianças hospitalizadas, como às mães que padecem física e emocionalmente junto com seus filhos.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, oncologia pediátrica, quimioterapia, pesquisa fenomenológica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

76 - Perfil de escolares internados em uma Unidade Semi-Intensiva de um Hospital Materno-Infantil do Município do Rio de Janeiro (2003-2008)

Suzy Groeger Lapa*

Isabel Cristina dos Santos Oliveira†

Introdução: A doença e a hospitalização modificam a rotina da criança e podem causar sensações de dor, desconforto e mal estar. A hospitalização obriga a criança a abandonar sua casa, escola, amigos e familiares para conviver com pessoas estranhas, em um lugar cuja rotina é diferente daquela a que está acostumada. Além de estar em contato com um aparato tecnológico do qual ela desconhece a finalidade, e que muitas vezes lhe parece assustador. As crianças em idade escolar, em geral, são capazes de lidar melhor com esses efeitos da hospitalização. Ao mesmo tempo podem necessitar de mais orientação e segurança dos pais durante este período. Essa fase é caracterizada por uma busca pela independência e, por isso, as crianças em idade escolar são mais vulneráveis aos eventos que diminuem seu controle e poder. É importante que a enfermeira conheça as características das crianças as quais presta cuidado, para que possa prestar uma assistência mais específica, direcionada para suas necessidades biopsicossociais. Esse estudo enfoca o perfil dos escolares internados em uma unidade semi-intensiva de um hospital materno-infantil do município do Rio de Janeiro. Para o desenvolvimento desse estudo foram traçados os seguintes **objetivos:** identificar os escolares internados na unidade de internação pediátrica e descrever as características desses escolares. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório de natureza quantitativa. Esse tipo de pesquisa envolve a coleta sistemática de informações numéricas, mediante condições de controle, além da análise dessas informações, utilizando procedimentos estatísticos. O presente estudo foi realizado na unidade semi-intensiva, denominada unidade intermediária, de um hospital materno infantil do município do Rio de Janeiro. Esse hospital é de administração federal, e é considerado de referência nacional para o Ministério da Saúde na área de saúde da mulher, da criança e do adolescente. A unidade dispõe de 5 leitos, sendo 4 camas e 1 unidade de calor radiante, e admite crianças de 0 a 18 anos. A coleta dos dados foi realizada no Livro de Admissão e Alta e no Livro de Ordens e Ocorrências da unidade, mediante carta de autorização da Chefia de Enfermagem do referido setor e do hospital. O recorte temporal foi de setembro 2003, data de inauguração da unidade, a dezembro de 2008. A amostra foi composta pelos escolares internados na unidade semi-intensiva no referido período. Nesse estudo, a fase escolar compreende o período de 6 a 12 anos. Aquelas crianças com mais de uma admissão na referida unidade foram incluídos na pesquisa considerando-se cada uma das internações como independente. As informações colhidas dos livros de registro foram organizadas em um quadro, na forma de um banco de dados, que contém as seguintes informações: identificação da criança (código), número do prontuário, sexo, idade, diagnóstico médico, procedência, número de internações e tempo de internação. Esses dados foram organizados em quadros e tabelas com frequência simples. **Resultados:**

* Enfermeira da Unidade Intermediária do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Membro do Grupo de Pesquisa Saúde da Criança/Cenário Hospitalar e do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Endereço: Rua Primeiros Sonhos, 250/104. Jardim Guanabara, Ilha do Governador. Rio de Janeiro. CEP: 21041-240. e-mail: suzylapa@terra.com.br

† Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN/UFRJ. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde da Criança/ Cenário Hospitalar. Orientadora. Pesquisadora/CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Com base nos documentos foram identificados 84 escolares internados na unidade semi-intensiva nos 6 anos de sua existência. Esses escolares apresentaram um total de 114 internações, uma vez que alguns apresentaram várias internações nesse intervalo de tempo. Verificou-se que 52% dos escolares eram do sexo masculino e 48% do sexo feminino. Em relação à idade, observou-se uma predominância dos escolares com 6 anos (27,2%) e 11 anos (15,8%). Em 30,7% das internações, os escolares eram procedentes da unidade de terapia intensiva pediátrica, em 19,3% da unidade de internação pediátrica, 8,8% de outras unidades hospitalares e 7,9% eram admitidos procedentes de suas casas. Esse hospital não dispõe de serviço de emergência. Destaca-se ainda que em 9,6% das internações, os escolares eram admitidos nessa unidade procedentes do centro-cirúrgico, o que explica em parte o fato de 19,3% dos diagnósticos de admissão serem cirúrgicos. As crianças em pós-operatório de cirurgia de pequeno porte são encaminhadas diretamente a unidade semi-intensiva e as crianças em pós-operatório de cirurgias de médio e grande porte são encaminhadas a unidade de terapia intensiva pediátrica. Após estabilização do quadro clínico essas crianças são encaminhadas a unidade semi-intensiva, ou seja, no pós-operatório mediato ou tardio. No que diz respeito ao tempo de internação, constatou-se que 62,3% dos escolares permaneciam internados por um período de 1 a 5 dias, e apenas 2,6% dos escolares permaneceram internados de 21 a 25 dias. Destaca-se que 10,5% dos escolares permaneceram internados por menos de 1 dia, e 9,6% foram transferidos para unidade de terapia intensiva. Pode-se supor que a curta permanência desses escolares ocorreu devido ao agravamento do quadro clínico, que levou a necessidade de transferência para um setor de cuidados intensivos. Ainda, em relação a alta/transferência dos escolares identificou-se que 49% foram transferidos para unidade de internação pediátrica e em 11,4% das internações não havia o registro do local de transferência desses escolares, dificultando a análise desses dados. Entre 2003 e 2008 foram identificados 4 óbitos que correspondem a 3,5% das internações. Não houve predominância de idade e diagnóstico entre as crianças que foram a óbito. Os diagnósticos de acordo com as internações foram: pneumonia (16), dengue suspeita ou confirmada (8), dengue hemorrágica suspeita ou confirmada (8), tumor de cabeça (7), encefaloneuropatia (6), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (5), Síndrome de Arndt Chiari (5), asma (4), fibrose cística (3), doença de Crohn (3), entre outras. **Conclusão:** Conclui-se que não há diferença significativa entre o número de escolares do sexo feminino e do sexo masculino internados. Em relação a procedência desses escolares, observa-se que há um fluxo de admissão das crianças que condiz com o perfil esperado para a unidade em questão. Por ser uma unidade semi-intensiva é esperado que as crianças que apresentam melhora do quadro clínico sejam transferidas da unidade de terapia intensiva para uma unidade semi-intensiva a fim de continuarem monitorizadas e em observação. Da mesma forma as crianças que apresentam piora do quadro clínico na unidade de internação e necessitam de monitorização e procedimentos mais invasivos são encaminhadas a esta unidade na tentativa de estabilizar o quadro, evitando assim a transferência para a unidade de terapia intensiva. A alta porcentagem de crianças que tiveram um curto tempo de internação e que foram transferidas para unidade de internação aponta que a unidade semi-intensiva tem uma equipe especializada e treinada para cuidar dessas crianças. Vale ressaltar que os diagnósticos de internação condizem com o perfil do hospital em questão, uma vez que o mesmo é referência para diagnóstico e tratamento de doenças genéticas e congênitas raras. Dessa forma, conhecer o perfil das crianças atendidas permite que os profissionais de saúde sejam capacitados para atender as demandas dessas crianças no que diz respeito não somente ao aspecto técnico, mas também as necessidades biopsicossociais.

Palavras-chave: perfil epidemiológico, criança, enfermagem pediátrica



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

77 - O lúdico no cuidado de enfermagem a criança e sua família no ambiente hospitalar

Bárbara Andres*
Eliane Tatsch Neves†
Stela Maris de Mello Padoin‡
Valéria Regina Gais Severo§

Introdução: O ambiente hospitalar pode se configurar para uma criança como um local hostil que causa medo e angústia. Por se tratar de um ambiente estranho à sua realidade, muitas vezes a criança, assim como familiares sentem-se ameaçados e desprotegidos estando longe de seu lar e à mercê de cuidados prestados por profissionais desconhecidos. (JUNQUEIRA, 2003; MITRE, GOMES, 2004; FAVERO, 2007). Com a intenção de minimizar tal experiência durante a internação hospitalar, pode-se utilizar atividades lúdicas, pois o brincar faz com que a criança se aproxime de sua realidade e consiga lidar com seus sentimentos de medo em relação a essa experiência. Os profissionais que atuam na área pediátrica, muitas vezes, esquecem que a criança tem outras necessidades para além do seu bem estar físico. Assim, é necessário que o profissional estabeleça um vínculo de confiança com a criança e seus familiares/cuidadores, deixando de ser apenas um profissional detentor de conhecimentos técnico-científicos, passando a um aliado que irá facilitar essa experiência. Acreditando ser o lúdico uma estratégia de humanização da assistência de enfermagem, tanto para crianças quanto adolescentes hospitalizados é que fundamentou-se essa experiência pré-profissional. Assim, essa prática justificou-se na possibilidade de auxiliar no processo de recuperação da saúde, oportunizando momentos de integração entre equipe, familiar/cuidador e criança/adolescente, facilitando sua comunicação e buscando auxiliar na criação de vínculo de confiança por meio do lúdico. **Objetivos:** promover atividades lúdicas que proporcionassem um ambiente mais agradável e uma experiência de internação hospitalar mais tranqüila e realizar atividades de educação em saúde com as crianças e adolescentes hospitalizados. **Descrição metodológica:** As atividades foram desenvolvidas na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital de ensino do sul do Brasil nos meses de março e junho de 2009. Para tanto, foram realizadas atividades lúdicas três turnos por semana. Para fins de organização, foram estabelecidos dias fixos para cada tipo de atividade, que algumas vezes mudaram conforme os interesses das crianças. Assim, as segundas-feiras à tarde eram realizados passeios no Centro de Convivência da Turma do Ique; quartas-feiras a tarde eram os passeios pelo campus da universidade ou de atividades na brinquedoteca e sextas-feiras ou sábados a tarde eram direcionadas para sessões de filme na brinquedoteca. **Relato e discussão da prática desenvolvida:** Para os passeios, as crianças/adolescentes eram convidadas juntamente com seus familiares/cuidadores no início do plantão e, no horário combinado já ficavam prontas para o passeio. No Centro de Convivência, geralmente escolhiam os jogos de *ping pong*, futebol de botão e pebolim, brincando junto com seus pais. Os passeios pelo campus da universidade ocorreram duas vezes, contando com grande parte das crianças, todas acompanhadas pelos seus familiares/cuidadores. Visitas aos prédios do

* Relatora/ acadêmica do 8º semestre de enfermagem da UFSM. Email: babiandress@gmail.com

† Enfermeira pediatra. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFSM. Email: eliane@terra.com.br

‡ Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFSM. Email: padoinst@smail.ufsm.br

§ Enfermeira. Especialista em projetos assistenciais de Enfermagem. Enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica do HU/UFSM.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Campus, incluindo exposição de animais, despertou grande excitação a todos. Devido à época do ano os dias frios e chuvosos impossibilitaram a realização de mais passeios. Os filmes em desenho animado começaram a ser exibidos para as crianças com a utilização de aparelho próprio de DVD, e por meio da locação de filmes. Depois de algumas semanas, começamos a utilizar um aparelho de vídeo cassete que foi doado à UIP, juntamente com algumas fitas de filmes e, no último mês, conseguimos mais doações de fitas de vídeo. Assim, as duas caixas contendo o aparelho de vídeo cassete e as fitas eram levadas à brinquedoteca e as crianças, que escolhiam os desenhos que queriam assistir, sentavam-se em frente à televisão atentos. Em algumas tardes, ficavam durante várias horas em silêncio, concentrados, assistindo um filme após o outro. A partir desse contato próximo com pacientes e seus familiares é possível para os profissionais entenderem o momento e as dificuldades pelas quais estão passando a criança e seus familiares durante a hospitalização, humanizando seu cuidado e facilitando a relação com os pacientes (MITRE, GOMES, 2004; FAVERO, 2007). Em uma tarde, as crianças foram reunidas na brinquedoteca para realizarem a atividade da Pirâmide Alimentar. Disponibilizou-se pirâmides desenhadas em folhas A4 e folhas que continham alimentos, orientando para que pintassem os alimentos, recortassem e colassem nos lugares adequados na pirâmide. Durante essa atividade, discutiu-se sobre a importância de uma alimentação saudável e meios de se alimentar corretamente, conforme as condições financeiras de cada família. Além das atividades realizadas durante as semanas; em meses com datas comemorativas a unidade foi decorada e festinhas foram organizadas com a ajuda da equipe de enfermagem. No mês de abril, durante uma tarde, as crianças foram reunidas na brinquedoteca e disponibilizado jornais, revistas, balões, papel celofane e papel crepom para que confeccionassem ovinhos de páscoa, cenouras e coelhinhos. Depois, com a participação dos familiares, decorou-se o corredor da unidade com o material que as crianças produziram. No dia sete de abril, as crianças foram novamente reunidas na brinquedoteca e lá fizeram suas cestinhas de páscoa, com caixas de leite e papel crepom. Depois de terem suas cestas prontas, um coelhinho da páscoa (a própria acadêmica) visitou a unidade e brincou com as crianças. Encheu-se as cestas das crianças com doces, incluindo brincadeiras e danças durante toda a manhã. As crianças que não conseguiam se locomover até a sala foram levadas com as mães ou na própria cama. No mês de maio, as crianças pintaram cartões para suas mães e/ou cuidadoras, tanto na brinquedoteca quanto em seus leitos. A unidade foi decorada com cartazes felicitando as mães e nas enfermarias, foi afixado um grande coração contendo os cartões pintados pelas crianças, e com as mãozinhas das crianças que não podiam pintar. Os cartões feitos para as mães foram grampeados com um bombom e flores e guardados com cuidado pelas crianças. No dia oito de maio, as crianças foram orientadas a entregar seus cartões para as mães. Às mães de crianças muito pequenas ou impossibilitadas de fazerem seus cartões, foram entregues cartões pintados pela acadêmica, incluindo cartões para as mães da UTI Pediátrica. No mês de junho, as crianças auxiliaram na confecção de bandeirinhas e correntes de papel para a decoração de festa junina. O corredor e a brinquedoteca foram enfeitados com o material. No dia 22 de junho, foi realizada a grande festa junina, que contou com o apoio de toda a equipe do turno da tarde. Todas as funcionárias estavam caracterizadas de caipira e se responsabilizaram por levar alguma contribuição para a festa. Assim, tinha-se uma grande diversidade de “comes e bebes”, além de música para dançar e a participação do fotógrafo do hospital que registrou a festa. Depois do lanche, realizou-se com as crianças a brincadeira da pescaria. Os brindes foram comprados com a colaboração das professoras da área pediátrica da enfermagem e algumas alunas bolsistas. Com o desenvolvimento dessas ações, o lúdico se torna uma maneira de alcançar o mundo individual da criança e do adolescente, sendo uma atividade que promove seu desenvolvimento no sentido de comunicação, criatividade, linguagem e socialização (RAVELLI, 2005). **Considerações finais:** Ao finalizar a realização desta prática



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

assistencial, acredita-se ter vivenciado de forma satisfatória o papel do enfermeiro na unidade do hospital. As atividades desenvolvidas contemplaram os objetivos inicialmente propostos, visto que se conseguiu prestar atendimento humanizado às crianças, realizando diversas atividades lúdicas. Foi possível observar que, com o desenvolvimento de atividades lúdicas, conseguiu-se melhorar o relacionamento da criança com seu próprio corpo e com seus familiares, além de auxiliar na criação de vínculo com a equipe de enfermagem. Dessa forma, foi mais fácil encontrar estratégias que facilitassem a educação em saúde, incluindo toda equipe nas ações. O brincar apresentou-se como uma estratégia de intervenção de enfermagem, auxiliando na apreensão do significado das interações e vivências das crianças. Atingir o mundo desses pacientes pode contribuir para a qualidade do cuidado não somente a eles como também a seus familiares/cuidadores.

Palavras-chave: saúde da criança, enfermagem pediátrica, jogos e brinquedos, hospitalização infantil.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**78 - Monitoria na Disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente
II: uma questão tecnológica e participativa no processo de ensino-aprendizagem**

Dayanna Santos de Paula Ferreira^{*}
Souza Francisca Lopes[†]
Luciana Rodrigues Silva[‡]
Silvia Helena Oliveira da Cunha[§]

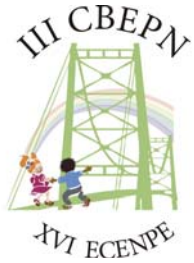
Trata-se de um projeto de monitoria da disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II iniciado após o processo seletivo tendo em vista, primeiramente, o planejamento das atividades pelas parcerias: coordenador-docente-monitor, definindo assim, o plano de ação e estabelecimento das atividades didáticas, técnico-administrativas e de pesquisa desenvolvidos pela disciplina. A disciplina é ministrada no 7º período, abrangendo o ensino teórico e prático. É nessa disciplina que os acadêmicos são introduzidos no aprendizado de temas relacionados às elucidações conceituais relativas à saúde da criança e do adolescente hospitalizado. Para tanto, torna-se imprescindível a existência do quadro de monitores da disciplina, visando não só o acompanhamento dos discentes pelo monitor na prática, mas também na monitoria. Assim este trabalho surgiu a partir da necessidade de atualização dos referenciais bibliográficos indicados pela disciplina, tendo como objetivo a produção de materiais que facilitem o estudo da pediatria para estudantes da área da saúde, em especial, estudante de Enfermagem, uma vez que buscamos a importância da enfermagem pediátrica, a fim de proporcionar uma melhor assistência para as crianças e do adolescente desde a atenção primária até a quaternária de saúde. A metodologia utilizada é um estudo exploratório, descritivo desenvolvido em dois momentos: no primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico em banco de dados eletrônico – Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), biblioteca da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa e da Faculdade de Medicina ambos da Universidade Federal Fluminense (UFF), onde foram buscados artigos e livros com temática sobre saúde da criança e adolescente e num segundo momento onde foi criada uma Apostila virtual didática (CD-ROM) em formato PDF, abordando o conteúdo programático da disciplina. Além disso, será realizada a criação e implementação de um site hospedado no site da UFF, previsto para outubro de 2009. O estudo contribuirá com potencial interativo Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente II, na elaboração e implementação de tecnologias informacionais e comunicacionais direcionadas à Saúde Criança e do Adolescente, promovendo um espaço interativo via virtual que favoreça a mobilização de processos transformadores nos contextos implicados, além de divulgar a pesquisa e a inovação em tecnologias digitais na Enfermagem Pediátrica. A

^{*} Acadêmica de Enfermagem do 9º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Monitora de Enfermagem na Saúde da Criança e Adolescente II. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Subjetividade e Cuidados com o Corpo (NEPESS). Endereço: Travessa das Flores, 385, Patronato – São Gonçalo – Rio de Janeiro. Email: daydowuff@yahoo.com.br

[†] Mestre em Enfermagem em Psicologia Social. Professora Assistente do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF. Integrante do Núcleo de Estudo sobre História da Enfermagem da EEAAC/UFF.

[‡] Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Cidadania e Gerência na Enfermagem (NECIGEN).

[§] Assistencial do Hospital Universitário Antônio Pedro da Unidade de Emergência Pediátrica Especialista em Enfermagem Pediátrica e Especialista em Cuidados Intensivos Pediátricos e Professora Substituta da do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

apostila virtual caracteriza-se em aulas ministradas com introdução da prática na disciplina em formato de PDF, neste contexto abordamos Enfermagem na Prática da Alimentação Alternativa na Pediatria (Gavagem, Gastróclise, Gastrotomia), Exame Físico para Criança e Adolescente, Medicamentos e Administração de Medicamentos para Criança e Adolescente. O site se caracterizará por um conjunto de páginas Web, isto é, de hipertextos acessíveis pelo protocolo http (Protocolo de Transferência de Hipertexto na Internet). O conjunto de todos os sites públicos existentes compõe a World Wide Web (rede de alcance mundial). As páginas no site serão organizadas a partir de um URL localizador uniforme de recursos, onde fica a página principal e residirá no mesmo diretório do servidor da UFF. As páginas serão organizadas dentro do site numa hierarquia observável e buscarão potencializar a construção conceitual a partir da interpretação da informação e da reelaboração da mensagem, ou seja, pelo compromisso com a construção de novos conhecimentos, divulgando matérias, programas e ferramentas direcionados à saúde da criança e do adolescente. Design: Espaço interativo de problematização/articulação: hipertextos, vídeos interativos, fóruns, jogos. Nos fóruns serão compartilhados artigos científicos, troca de experiências e discussão de temas relevantes em Saúde da Criança e do Adolescente e serão instrumentos significativos para a pesquisa no projeto. A dinâmica através da qual o processo se realizará será contínua, pois as idéias se renovam e haverá contínua necessidade de atualização das informações dispostas na rede, segundo as necessidades da disciplina, acadêmicos e professores. Mesmo os estudantes desprovidos de computador podem acessar o site pelo laboratório de informática da Escola Aurora de Afonso Costa. Como resultado observa-se que no que consta sobre a pesquisa bibliográfica realizada na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, estudos com o tema enfermagem na saúde da criança e do adolescente tem se desenvolvido sobre vários prismas. Podemos destacar a terapias alternativas, comunicação entre os profissionais de saúde e a criança e o adolescente hospitalizado, atuação da enfermagem na atenção primária a saúde da criança e do adolescente, entre outras. A partir da busca bibliográfica realizada, constatamos que o acervo encontrado nas bibliotecas pesquisadas necessita ser atualizado, pois não possibilita aos acadêmicos referenciais bibliográficos para o desenvolvimento do processo ensino aprendizagem. Observamos que o acadêmico acredita que o site a ser criado possibilitará uma aproximação entre a disciplina e o discente, tendo maior acessibilidade, atualização e dinâmica em seu aprendizado. Os discentes consideram que o endereço na Internet possibilitará o acesso a informações da disciplina, sendo um elemento de fácil acesso que pode possibilitar atualização de conteúdos. Por outro lado, acadêmicos, por não possuírem recursos de informática ou por falta de habilidade com computador, acham desnecessário o endereço eletrônico, assim como docentes conservadores; mas grande parte da academia aprovou o produto final, bem como o divulga. O produto final trará um pouco dos anseios dos estudantes no que diz respeito aos conteúdos e contribuirá para o processo ensino-aprendizagem, funcionando como recurso didático complementar às atividades de ensino. A cada período haverá contribuição com sugestões para a construção do site, bem como capturando informações com os discentes e monitores. Portanto, concluímos que, a enfermagem passa pelo paradigma de uma mudança tecnológica que requer conhecimentos específicos em lidar com recursos de informática. Com isso, o trabalho pretenderá despertar o interesse de acadêmicos para um conhecimento teórico na área da Saúde da criança e do adolescente voltado para aplicação prática, ora, no campo teórico-prático de ensino, ora, nas discussões acadêmicas. Foram contempladas as expectativas dos estudantes quanto ao enriquecimento do processo ensino-aprendizagem, dinâmica e facilidade de acesso para quem domina e possui equipamentos, na medida em que os docentes recebem o retorno por parte dos acadêmicos. A proposta de oportunizar um referencial teórico atualizado para a disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II aponta para a continuidade do estudo, assim como nos propiciou a percepção da importância do programa de monitoria



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

da Universidade Federal Fluminense como espaço didático-pedagógico para melhoria da aprendizagem e incentivo a docência.

Palavras-chaves: tecnologias; ensino-aprendizagem, saúde da criança e do adolescente.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

79 - Triagem auditiva neonatal: uma pesquisa bibliográfica sobre o método e sua importância

Daniele Marins*

Laura Lemos Vilaca[†]

Marina Andrade de Castro[‡]

A capacidade de comunicação com ambiente em que vivemos é um traço distintivo da existência humana, sendo um dos maiores contribuintes para o bem estar de qualquer indivíduo. Nesse contexto, a audição desempenha um papel fundamental, uma vez que é considerada o eixo principal sobre o qual se constrói um sistema de comunicação pessoal. A audição é um dos sentidos mais importantes para o desenvolvimento completo da criança, pois a partir do quinto mês de gestação ela já começa a ouvir os sons do corpo da mãe e a sua voz. As falhas auditivas atingem de três a cinco bebês brasileiros em cada mil nascimentos. É através da audição e da experiência que as crianças têm com os sons ainda na barriga da mãe que se inicia o desenvolvimento da linguagem. Qualquer perda na capacidade auditiva, mesmo que pequena, impede a criança de receber adequadamente as informações sonoras que são essenciais para a aquisição da linguagem. A deficiência auditiva é uma patologia que atinge principalmente os recém natos, algumas doenças podem fazer com que alguns bebês adquiram essa deficiência como por exemplo a rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes e alguns medicamentos ototóxicos e algumas anormalidades craniofaciais como fenda palatina má formação de pavilhão auricular. Existe um método capaz de diagnosticar precocemente alguma alteração auditiva este é chamado de triagem auditiva neonatal ou teste da orelhinha. A triagem auditiva neonatal é um programa de avaliação da audição em recém nascidos, indicada por instituições do mundo todo para o diagnóstico precoce de perda auditiva. O exame consiste na colocação de um fone acoplado a um computador na orelha do bebê que emite sons de fraca intensidade e recolhe as respostas que a orelha interna do bebê produz. acusa e avalia se a função do ouvido está normal ou não. Esse exame é imprescindível a todos os recém nascidos, principalmente àqueles que nascem com algum tipo de problema auditivo. Estudos indicam que um bebê que tenha um diagnóstico e intervenção fonoaudiológica até os seis meses de idade pode desenvolver linguagem muito próxima a de uma criança ouvinte Um dos problemas mais encontrado é que o diagnóstico de algumas crianças é feito tardiamente retardando o seu tratamento e conseqüentemente o seu desenvolvimento emocional, social, cognitivo e de linguagem dessa criança. Esse método é rápido, indolor, não possui contra indicação e dura em torno de dez minutos e é muito importante para uma boa qualidade de vida todo ser humano. Para evitar erros no diagnóstico, o processo de avaliação audiológica utiliza uma bateria de testes que envolve uma análise conjunta dos resultados e deve incorporar medidas e procedimentos objetivos e comportamentais². O diagnóstico precoce da deficiência auditiva traz a necessidade de um teste de avaliação da orelha média, para distinguir a perda auditiva neurosensorial da perda auditiva condutiva. Essa distinção é importante para identificar perdas auditivas causadas por condições transientes da orelha média ou da orelha externa, para determinar a necessidade de manejo médico para doenças da orelha média, e para

* Especialista em Enfermagem Neonatal pela Unirio e Clínica Perinatal de Laranjeiras, enfermeira do centro pediátrico da Lagoa, Professora substituta do departamento materno infantil da disciplina Saúde da Criança e Adolescente I da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF

[†] Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Monitora da disciplina Saúde da Criança e Adolescente I. Estagiária de Enfermagem da Prefeitura Municipal de Macaé, RJ. E-mail: Laura_vilaca@hotmail.com

[‡] Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF.



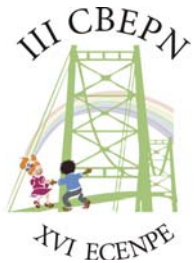
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

determinar a necessidade e o momento de utilização dos procedimentos de acompanhamento tais como o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico. O Objetivo deste estudo é promover um levantamento teórico a respeito da triagem auditiva neonatal e da relevância da detecção precoce da deficiência auditiva infantil. A metodologia desta pesquisa trata-se de uma revisão sistemática e crítica da literaturas especializadas mais importantes publicadas a respeito de um tópico específico. Uma avaliação crítica da literatura. É uma das etapas do processo de pesquisa. Este é um estudo descritivo de revisão sistemática da literatura sobre a realização do teste da orelhinha em crianças. A pesquisa foi realizada em periódicos indexados nos bancos de dados Ageline, LILACS, Medline, PsycINFO e Scielo. A busca de artigos de revisão sobre o teste da orelhinha em crianças observou os parâmetros: triagem Neonatal, testes Auditivos e crescimento e desenvolvimento. No período de publicação de janeiro de 2007 a maio de 2009. De posse dos artigos selecionados, procedeu-se à leitura integral dos mesmos para extrair as definições através da audição e da experiência que as crianças têm com os sons ainda na barriga da mãe que se inicia o desenvolvimento da linguagem. Qualquer perda na capacidade auditiva, mesmo que pequena, impede a criança de receber adequadamente as informações sonoras que são essenciais para a aquisição da linguagem. O exame logo ao nascer é imprescindível para todos os bebês, principalmente àqueles que nascem com algum tipo de problema auditivo. Estudos indicam que um bebê que tenha um diagnóstico e intervenção fonoaudiológica até os seis meses de idade pode desenvolver linguagem muito próxima a de uma criança ouvinte. Os resultados encontrados foram que o programa de triagem auditiva neonatal que utiliza emissões otoacústicas evocadas demonstra grande aceitação pela sua praticidade, à detecção precoce de deficiência auditiva é um fator importante para que haja um bom prognóstico e um desenvolvimento infantil adequado, proporcionando a socialização e a comunicação dessas crianças no mundo em que vivem. Ao final da pesquisa concluiu-se que a implementação da Triagem auditiva Neonatal pode garantir a detecção precoce da deficiência auditiva e o tratamento a tempo de reduzir as dificuldades no desenvolvimento da criança. Por conseguinte, cabe aos profissionais de saúde que atuam com bebês, principalmente os especializados em neonatal, estarem atentos às causas, às consequências e à importância da prevenção da deficiência auditiva, de modo a fornecer orientações gerais sobre o assunto e, diante da suspeita, encaminhar a criança aos profissionais capacitados, como o fonoaudiólogo (responsável pela avaliação audiológica do lactente por meio da triagem, avaliação diagnóstica e monitoramento e o otorrinolaringologista (responsável pelo diagnóstico médico da deficiência auditiva, identificação etiológica, avaliação, seguimento, diagnóstico e condutas que possam ser aplicadas como clínicas ou cirúrgicas. Estes profissionais estão mobilizados para o diagnóstico, em tempo oportuno e, para a intervenção por meio de estimulação auditiva, adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual e orientação familiar, a fim de minimizar os efeitos negativos da deficiência auditiva na infância, proporcionando assim uma qualidade de vida melhor e um desenvolvimento mais saudável para essas crianças que possuem deficiência auditiva.

Palavras-chave: triagem neonatal, testes auditivos, crescimento e desenvolvimento.

Referências:

- DANTAS, Margareth Barbosa de Souza; ANJOS, César Antônio Lira dos;
CAMBOIM, Elizângela DiasI; PIMENTEL, Marcella de Carvalho Ramos. Resultados de um programa de triagem auditiva neonatal em Maceió. Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.75 no.1 São Paulo Jan./Fev. 2009.
GATTO, Cladi Inês; TOCHETTO, Tania Maria. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. Rev. CEFAC vol.9 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2007.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

HILU, Maria Regina Pereira Boeira; ZEIGELBOIM, Bianca Simone. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. *Rev. CEFAC* vol.9 no.4 São Paulo Out./Dez. 2007.

SILVA, Kilza de Arruda Lyra e; NOVAES, Beatriz de Albuquerque C. C.; LEWIS, Dóris Ruthi and CARVALLO, Renata Mota Mamede. Achados timpanométricos em neonatos com emissões otoacústicas presentes: medidas e interpretações. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2007, vol.73, n.5, pp. 633-639. ISSN 0034-7299.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**80 - Abordagem sobre o teste do pezinho: dificuldades e desafios enfrentados
pela equipe de saúde**

D. F. de L. Oliveira
C. da S. L. Vinheiras
D. F. de Souza
A.L.de S. Braga

O teste do pezinho, também conhecido como Triagem Neonatal, foi introduzido no Brasil na década de 70 para detectar duas doenças congênitas: a fenilcetonúria e o hipotireoidismo congênito, já que, se não tratadas precocemente, pode levar a alterações neuropsicomotoras (retardo mental) e seqüelas irreparáveis no desenvolvimento físico da criança. É importante lembrar que na maioria dos casos diagnosticados, não têm nenhum histórico familiar e, as crianças assintomáticas, podem desenvolver doenças metabólicas hereditárias. Quando diagnosticado rapidamente e iniciado o tratamento nas primeiras semanas de vida, oferece melhor qualidade para este bebê, já que, uma vez a deficiência instalada no corpo, não pode ser curada. Através de Lei federal nº 8069/90, o teste do pezinho se tornou obrigatório em todo o país, em 1992, embora ainda não alcance a totalidade dos recém-nascidos. A Portaria 822, de 6 de junho de 2001, assinada pelo ex-ministro Dr. José Serra, criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) com o objetivo de atender a todos os recém-natos em território brasileiro, fazer a busca ativa dos pacientes triados, fazer sua confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento adequado dos pacientes identificados. Este programa se baseia em três etapas: a primeira etapa é com a detecção do hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria, a segunda etapa com a anemia falciforme e a terceira etapa com a fibrose cística. A fenilcetonúria é uma doença de causa genética, em que a criança desenvolve deficiência em uma enzima chamada fenilalanina hidroxilase. O hipotireoidismo congênito é uma doença em que a criança tem deficiência na produção do hormônio tireoidiano que irá comprometer todo o seu crescimento e o desenvolvimento normal. A anemia falciforme é uma doença hereditária mais comum em nosso país, decorre de uma alteração de um gen da hemoglobina, originando uma hemoglobina anormal. Já a fibrose cística é um distúrbio na permeabilidade das membranas celulares aos íons cloretos, que causa o aumento das concentrações de sódio e cloro no suor, aumentando a viscosidade das secreções, deficiência pancreática exócrina e também a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Existe também o teste do Pezinho expandido que são exames que detectam mais de 45 doenças, mas somente são realizados em rede particular. Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) realiza gratuitamente, em qualquer unidade de saúde, o exame que abrange quatro doenças que podem ser metabólicas, genéticas e infecciosas, sendo elas: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e fibrose cística, porém, nem todos os estados da nação conseguem oferecer esses quatro exames. A seleção das patologias de abrangência do teste deve-se a alguns fatores: a não manifestação de sinais clínicos precoces; a precocidade em detectar as doenças favorece o tratamento; há acessibilidade de programas para acompanhamento dos casos e a relação custo-benefício torna-se economicamente favorável e aceitável pela sociedade. Esse exame é realizado em todas as crianças recém-nascidas, a partir de 48h após o nascimento, pois se realizado antes pode dar falso-positivo devido a influência do metabolismo da mãe, até os 2 meses de vida. Recomenda-se realizar o exame até o sétimo dia para se detectar a fibrose cística. A coleta do material é realizada através da punção do calcanhar do bebê pela alta vascularização local, com lanceta estéril. As gotinhas de sangue obtidas são absorvidas por papel filtro especialmente desenvolvido para este fim e devidamente preenchido com os dados da mãe e



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

levadas para serem analisados. Esse estudo visa identificar como se dá a gerência do cuidado em relação ao teste do pezinho em uma unidade de saúde do município de Niterói/RJ, descrever o perfil dos bebês que realizaram o teste do pezinho na Unidade de Saúde e apontar as dificuldades e desafios enfrentados pela equipe de saúde para a organização e execução do procedimento. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, documental, de campo, de abordagem quanti-qualitativa. Os métodos utilizados para coleta dos dados foram: observação do campo, entrevistas com os profissionais responsáveis pelo teste do pezinho (enfermeira, técnica de enfermagem e coordenadora dos programas de saúde) e análise documental, através dos seis livros de registros da Unidade, gerados no ano de 2007. Os dados foram coletados durante duas semanas do mês de agosto de 2008. Os profissionais de saúde da Unidade em questão são capacitados semestralmente pelo Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) onde são oferecidos conhecimentos teóricos por uma enfermeira e duas assistentes sociais, e a experiência prática se dá na própria unidade através do profissional que já realiza o exame. No local da coleta, devem estar somente a mãe/responsável com o bebê, a técnica que irá coletar e a enfermeira que faz orientação em saúde. A maior parte da coleta do exame é feita em bebês entre 8 a 15 dias e o resultado retorna a unidade em torno de 1 a 2 meses. O tempo de busca pela mãe/responsável na unidade é de até 1 mês e apresenta também um índice elevado de mães/responsáveis que não vão buscar o resultado do exame. A maior dificuldade encontrada pela equipe é a falta de uma sala fixa para a coleta, infra-estrutura inadequada do ambiente, demora da entrega dos resultados e o abandono dos resultados por parte das mães/responsáveis na unidade de saúde. De acordo com os dados fornecidos na entrevista e as observações realizadas durante a coleta, podemos perceber que a profissional responsável encontra-se realmente capacitada para a realização do teste de acordo com o preconizado pelo IEDE. Acreditamos que deva haver maior valorização por parte do gestor local para realização do procedimento com vista a inserção dos profissionais no processo, determinando um espaço físico adequado a realização do exame além de maior conscientização por parte dos familiares quanto a importância do mesmo. Também deve haver uma orientação efetiva durante o pré-natal quanto à importância desse teste, tempo de realização e a busca pelo resultado. Nesse sentido, a divulgação na mídia poderia ajudar e o reforço dessa informação deve ser enfatizada pelos profissionais de saúde da unidade evitando a necessidade da busca ativa em casos positivos.

Palavras-chave: gerência da assistência, teste do pezinho, saúde da criança.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

81 - A utilização do brinquedo terapêutico na construção do conceito de “doação de sangue”

Mariana Vulcano Neres*

Ione Correa[†]

O brinquedo terapêutico constitui-se num brinquedo estruturado para a criança aliviar a ansiedade causada por experiências atípicas para sua idade, devendo ser utilizado para que ela compreenda as situações que vivencia através do manuseio dos instrumentos utilizados ou objetos de brinquedo que representem sua realidade. Haja vista que a determinação do Conselho Federal de Enfermagem, em suas atribuições instituiu a Resolução Nº 295/2004 onde resolve que em Artigo 1º “Compete ao Enfermeiro que atua na área pediátrica, enquanto integrante da equipe multiprofissional de saúde, a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizadas.” Portanto, o enfermeiro dispõe de total liberdade para utilização de sua criatividade no que lhe concerne o uso de práticas educacionais com o brinquedo; e, levando em consideração seu conhecimento científico e teórico tem a capacidade de elaborar brinquedos que possam ser utilizados de maneira efetiva na comunicação com a criança. Portanto, tomando por base que o brinquedo é o melhor instrumento facilitador na comunicação com a criança e que na literatura não se encontra a utilização do mesmo na conscientização sobre a doação de sangue, o objetivo deste estudo foi o de avaliar a utilização de um instrumento que estabelecesse uma comunicação efetiva na infância e avaliasse a construção do conceito sobre a importância do ato de doar sangue. Esta pesquisa de campo é de natureza qualitativa e realizou-se em três escolas da cidade de Botucatu no interior do estado de São Paulo, sendo uma escola estadual, uma escola municipal e uma escola particular, com a participação de crianças do 3º Ano do Ensino Fundamental através de questionários contendo questões que abordaram a “Doação de Sangue”. Percebemos que a maioria das crianças estudadas compreendeu a importância da doação de sangue e pretendem ser doadores no futuro. Esta pesquisa transcorreu em três momentos distintos, e, utilizaram-se como procedimentos de recolhimento de dados, a análise do conteúdo de questionários contendo perguntas que relataram as idéias das crianças sobre o tema, e desenhos elaborados pelas crianças com o objetivo de explorar o significado de suas representações gráficas. Além disso, houve ainda a demonstração da coleta de sangue com um Kit educativo constituído de um livro ilustrado no formato pop-up, simples e educativo com o tema “A boa ação de Pingo...o doador do futuro”, uma boneca que representava o profissional da saúde envolvido na coleta do sangue e um boneco sentando em uma cadeira de brinquedo que representava o personagem do doador, todos em formato miniatura. Assim, temos os três momentos da pesquisa que foram citados anteriormente e que serão descritos a seguir: para a coleta de dados, foram elaborados dois questionários, sendo o primeiro aplicado antes da utilização do brinquedo; com quatro perguntas sobre o assunto, a) dados pessoais das crianças (nome e idade); b) concepções intrínsecas que tenham sobre o tema; c) possíveis origens dessas concepções; e d) desejo das crianças em virem a ser futuros doadores de sangue e a elaboração de um desenho, e o segundo questionário aplicado após a utilização do brinquedo com mais quatro perguntas, a) dados pessoais das crianças (nome e idade); b) concepções que teve sobre o instrumento; c)

* Graduada Enfermeira pela Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP e Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.CEP: 18.618-970; Distrito de Rubião Júnior s/n; Botucatu/SP. E mail: maryvulner@hotmail.com

[†] Professora Doutora na Disciplina de Enfermagem Pediátrica do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. CEP: 18.618-970; Botucatu-SP. E mail: icorrea@fmb.unesp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

concepções que apreendeu sobre o tema; d) desejo das crianças em virem a ser futuros doadores de sangue e a elaboração de outro desenho. Os questionários foram distribuídos em sala de aula durante um período que não interferiu nas atividades de ensino das crianças e foi uma forma de diálogo informal com as crianças. Os resultados são referentes à 84 crianças que revelaram algumas idéias prévias sobre a temática em estudo. A maioria das crianças em estudo encontram-se na faixa etária de 8 a 9 anos de idade. No primeiro momento as crianças foram indagadas se sabiam o que era doar sangue; antes mesmo de assistirem à dramatização, e com as respostas que obtivemos, pudemos constatar que a maioria tinha um conhecimento prévio do que era o ato de doar sangue. Ao serem questionadas como aprenderam sobre doação de sangue houve uma predominância de respostas de que a televisão foi o meio pelo qual ficaram conhecendo o tema, apesar da televisão ser um instrumento favorável na divulgação do tema em estudo, algumas crianças disseram ter aprendido ainda com algum familiar (pai, mãe, avó...). A maioria das crianças atribuiu valores positivos ao ato de doar sangue, vinculando-o à solidariedade e à responsabilidade das pessoas como cidadãs, possivelmente por serem esses os valores mais enfatizados nas campanhas veiculadas pela mídia. Salienta-se que o motivo de não ser futuro doadores está atrelado aos sentimentos de: medo, não gostar, sendo um ato perigoso e cinco crianças não entenderam a pergunta. Esses dados vêm corroborar com pesquisa anterior ao estudar o enfrentamento aos medos concretos, à dor e às fantasias “negativas” que as pessoas podem ter em relação ao tema. A maioria das crianças atribuiu valores positivos ao ato de doar sangue, vinculando-o à solidariedade e à responsabilidade das pessoas como cidadãs, possivelmente por serem esses os valores mais enfatizados nas campanhas veiculadas pela mídia. Salienta-se que o motivo de não ser futuro doadores está atrelado aos sentimentos de: medo, não gostar, sendo um ato perigoso, estes dados vêm corroborar com pesquisa anterior ao estudar o enfrentamento aos medos concretos, à dor e às fantasias “negativas” que as pessoas podem ter em relação ao tema. Os questionários aplicados após a dramatização com o brinquedo representando um ato de doar sangue, detectaram algumas alterações de opinião quanto à pretensão em ser um doador, diminuiu o número de crianças que tinham respondido negativamente quanto vir a ser doador de sangue na vida adulta. Apesar da maioria das crianças responderem que pretendem ser doadores de sangue no futuro, o serviço de saúde revela que ainda existe dificuldade em captar novos doares de sangue, mantendo grande necessidade da mídia em realizar grandes campanhas. Os resultados deste estudo mostraram que as idéias de algumas crianças sobre o tema “Doação de Sangue” começam a ser construída desde cedo, com pouca idade. Constatou-se, também, que muitas das idéias estereotipadas sobre o ato de doar sangue como a dor, o medo, o enfraquecimento após a doação existentes em adultos e jovens em diferentes etapas do desenvolvimento já se encontra presentes nas crianças em idade escolar, como as que participaram neste estudo. A televisão e os familiares parecem emergir como as principais influências na construção dos conceitos sobre a doação. O impacto que a dramatização teve nas crianças sobre a importância de se tornar um futuro doador de sangue, mostra o papel extremamente importante que os educadores podem desempenhar na discussão e no uso da dramatização para o ensino-aprendizagem das crianças, para modificar ideais estereotipados sobre o tema, e, conseqüentemente, na implantação de uma educação dinâmica que não se restrinja à dimensão literária da mesma, promovendo assim, a construção de conhecimentos sobre os procedimentos e sobre a importância do valor da cidadania e da solidariedade em nossa cultura, levando a um desenvolvimento de atitudes mais positivas acerca do pretendido, ou seja, captar futuros cidadãos saudáveis para os serviços hemoterápicos. Desta maneira, poderemos estimular o interesse das crianças pelo assunto e por uma eventual atuação nesta área. A demonstração dos desenhos sobre a doação elaborados pelas crianças, as respostas dadas nos questionários aplicados e as dramatizações realizadas pelo estudo constituem



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

alguns exemplos de atividades potencialmente úteis na concretização desse objetivo. Os achados do estudo em questão indicam que é necessário, portanto, diversificar as estratégias educativas e adotar metodologias que possibilitem a reflexão sobre as concepções de doação para atingir com maior eficácia as diferentes faixas etárias da população. Assim concluímos que a dramatização foi um método lúdico de fundamental importância na construção do conceito da Doação de Sangue pelas crianças.

Palavras-chave: criança, doadores de sangue, enfermagem pediátrica, jogos e brinquedos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

82 - Brinquedo terapêutico na assistência à criança e família: percepção dos enfermeiros das unidades pediátricas de um Hospital Universitário

Clarissa Somogy de Oliveira*

Circéa Amália Ribeiro[†]

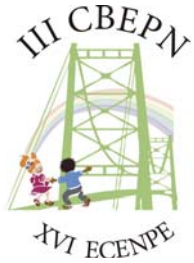
Regina Issuzu Hirooka de Borba[‡]

Introdução: Brinquedo Terapêutico-BT é um brinquedo estruturado que possibilita à criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas para sua idade, que costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada, devendo ser usado sempre que ela tiver dificuldade de compreender ou lidar com a experiência. Tem também a função de auxiliar no preparo da criança para procedimentos terapêuticos, dando-lhe a oportunidade de descarregar sua tensão após os mesmos, ao dramatizarem as situações vividas e manusearem os instrumentos utilizados ou brinquedos que os representem. A utilização do BT na assistência de enfermagem à criança e família é respaldada pela Resolução 295/2004 do Conselho Federal de Enfermagem e, no Hospital São Paulo-HSP, foram elaborados protocolos assistenciais referentes à utilização do BT nas suas diversas modalidades: dramático, instrucional e capacitador de funções fisiológicas e sobre o preparo do recém nascido, da criança, do adolescente e da família para procedimentos diagnósticos e terapêuticos, disponíveis na rede de informática da instituição, contendo orientações aos enfermeiros sobre a prática dessas atividades. Essa proposta tem consonância com a Política Nacional de Humanização que valoriza a dimensão subjetiva das práticas de saúde e também com o cuidado atraumático, conceituado como um cuidado terapêutico que pressupõe o uso de intervenções apropriadas para diminuir ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e sua família no sistema de cuidado a saúde, entre os quais a possibilidade de propiciar brincadeiras para que a criança possa expressar seus medos e agressividades. No entanto, para que haja garantia da utilização desses protocolos pelos enfermeiros pediatras do hospital é importante que os mesmos sejam motivados e capacitados. Nesse sentido, o Grupo de Estudos do Brinquedo-GEBrinq e a Coordenadoria de Ensino e Pesquisa da Diretoria de Enfermagem do HSP, planejam realizar capacitação dos enfermeiros que atuam nas Unidades Pediátricas dessa instituição, pautando seu planejamento nas necessidades e percepção desses profissionais. **Objetivos:** Compreender a percepção dos enfermeiros acerca do uso do BT em crianças assistidas nas unidades pediátricas do HSP e identificar fatores que possam interferir na sua implementação sistematizada nessas unidades. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, cuja população constituiu-se dos enfermeiros das unidades de intervenção pediátrica do HSP, sendo a amostra constituída por 25 enfermeiras dos diferentes plantões das diversas unidades: Enfermaria Clínica de Pediatria, Doenças Infecto-Parasitárias Pediátricas, Cirurgia Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Berçário, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pronto Socorro Infantil. Os dados foram coletados por meio de entrevista

* Graduada de enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Endereço: Av Onze de Junho, 686 Ed Gisele AP 32B VI Clementino São Paulo- SP cla_somogy@yahoo.com.br

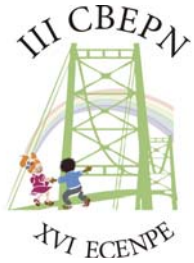
[†] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Adjunta da Disciplina Enfermagem Pediátrica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

[‡] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Adjunta da Disciplina Enfermagem Pediátrica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

gravada, utilizando-se um formulário com questões estruturadas e semi-estruturadas. Para análise, os dados quantitativos foram agrupados e categorizados, considerando-se a frequência absoluta e relativa das variáveis investigadas e os dados qualitativos submetidos à análise qualitativa de conteúdo, permitindo a emergência de categorias temáticas representativas da experiência pesquisada. **Resultados:** Quanto à caracterização dos profissionais que constituíram a amostra verificou-se que 48% das enfermeiras entrevistadas têm entre 30 e 40 anos de idade, 52% tem de 5 a 10 anos de formadas, 64% se graduaram em universidades públicas, sendo que 52% na própria UNIFESP; 60% possuem título de especialista, sendo que 80% destas na área de enfermagem pediátrica; 40% trabalham nas unidades pediátricas da instituição entre 1 e 10 anos. Quanto ao conhecimento e prática das enfermeiras sobre o BT a grande maioria (88%) refere conhecê-lo, ter aprendido a respeito nos cursos de graduação e/ou pós-graduação, ou no GEBrinq, porém identificaram-se conceitos errados sobre o mesmo. No que se refere à percepção das enfermeiras quanto ao brincar e ao BT relacionada à sua prática assistencial, foi possível compreender que elas reconhecem a importância do brincar para interagir, distrair, minimizar a tensão da criança hospitalizada, aproximá-la de atividades infantis e resgatar aspectos saudáveis de sua vida; que consideram o BT como um instrumento importante e necessário à consecução da assistência de enfermagem no sentido de preparar a criança para os procedimentos, para que ela expresse o que está vivenciando e para facilitar o diálogo com a criança, além de refletir a qualidade da assistência de enfermagem prestada. Elas relatam que a instituição proporciona o brincar através da disponibilidade de brinquedos nas unidades, atividades lúdicas diversas participação de animais terapeutas, grupos de Clown, voluntários contadores de história e programação de festas em datas comemorativas promovidas pelo hospital e por haver uma brinquedoteca na instituição. Mas referem que a possibilidade do brincar encontra-se bastante defasada pelo fato da brinquedoteca localizar-se em um andar específico, ser distante de várias unidades pediátricas e porque os brinquedos disponíveis ficam trancados sob responsabilidade de um profissional nem sempre presente no setor. Embora 77,27% das enfermeiras que disseram conhecer o BT referirem que já o utilizaram, isso se deu principalmente durante sua formação acadêmica, nos cursos de graduação, especialização e residência; apenas 40,89% referiram já o terem utilizado durante sua atuação profissional, mas que o fazem esporadicamente. As enfermeiras referiram também que a utilização dessa prática na assistência é muito dificultada devido à falta de tempo e sobrecarga de atividades; a não disponibilidade de material apropriado e de ambiente privativo; à falta de respeito, de conhecimento, não credibilidade e desvalorização do brincar pelos colegas e pela instituição, que considera o enfermeiro como um profissional “tarefeiro” e não compreende o BT como uma prática assistencial avançada. A grande maioria (96%) referiu ter interesse em conhecer ou aprofundar o conhecimento sobre o tema sendo que (84%) manifestou o desejo de se capacitar para utilizar o BT como instrumento de intervenção de enfermagem. Estes resultados encontram-se expressos nas seguintes categorias temáticas: Reconhecendo a importância do brincar no hospital, BT sendo importante e necessário à consecução da assistência de enfermagem, Vivenciando os efeitos da utilização do BT, Enfrentando dificuldades para utilizar o BT, Vislumbrando facilidades e possibilidades para a utilização do BT, e tendo interesse em conhecer, aprimorar o conhecimento e se capacitar para utilizar o BT. **Conclusão:** A valorização e a importância que as enfermeiras atribuíram à atividade de brincar e à utilização do BT no contexto assistencial da criança hospitalizada tem sido amplamente enfatizadas na literatura, porém com a utilização insipiente dessa prática. Acreditamos que, no cenário assistencial, tal fato está relacionado a vários fatores, entre os quais: à filosofia institucional, à formação profissional, à sobrecarga de trabalho e o não reconhecimento do brinquedo/BT como instrumento de intervenção de enfermagem, tanto pelas instituições, como pelos próprios enfermeiros. Especificamente na instituição estudada,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

parece haver uma filosofia institucional que valoriza a atividade essa prática que pode ser observado pela disponibilidade da brinquedoteca e das outras atividades lúdicas, como também pela existência de protocolos assistenciais sobre o BT e o preparo para procedimentos. No entanto as enfermeiras entrevistadas enfatizaram vivenciar uma série de dificuldades, de ordem institucional, despreparo para aplicá-los, além de avaliarem que a possibilidade do brincar dentro da instituição encontra-se defasada. A esse respeito, os resultados dessa pesquisa evidenciaram que mesmo diante das dificuldades relatadas, as enfermeiras entrevistadas, referiam interesse em aprimorar e/ou em se capacitar para o uso do BT, demonstrando seu compromisso pela busca de uma assistência à criança que responda adequadamente às necessidades dessa clientela. Reitera-se a necessidade de serem discutidas formas de superação das dificuldades ressaltadas pelo estudo, em conjunto com a população pesquisada e com os órgãos administrativos da instituição, assim como de se organizar uma capacitação a respeito do brinquedo/ BT para atender o interesse desses profissionais, colaborando para implementação dos referidos protocolos assistenciais, por meio de um processo educativo que integre o pensar e o fazer, articulando teoria e prática, favorecendo o crescimento desses profissionais e minimizando a distância entre a teoria e a prática profissional.

Palavras-chave: jogos e brinquedos, brinquedo terapêutico, educação continuada em enfermagem, criança hospitalizada, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**83 - Perfil do atendimento da clínica de lactação do Hospital das Clínicas,
Londrina, Paraná**

Barbara de Andrade Alves^{*}

Naiara Barros Polita[†]

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[‡]

Adriana Estela Pinesso Morais[§]

Introdução: O aleitamento materno depende de fatores que podem influenciar positiva ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, alguns se relacionam à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar, outros se referem à criança e ao ambiente, como por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida. A relevância do assunto justifica-se pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde acerca do aleitamento materno prosseguir até o sexto mês e ser complementado até os 2 anos de idade. A literatura aponta que as mães têm, geralmente, noção das vantagens do aleitamento materno e referem doenças maternas ou da criança e o trabalho fora do lar como problemas pouco frequentes em relação à manutenção do mesmo. No entanto, apontam como relevantes os problemas relacionados à “falta de leite”, “leite fraco”, problemas mamários e a recusa do bebê em pegar o peito. Essas razões, apontadas mais freqüentemente, talvez se devam ao fato de a mulher atual ter uma vivência mais ansiosa e tensa e possivelmente, à falta de um suporte cultural que havia nas sociedades tradicionais, nas quais as avós transmitiam às mães informações e um treinamento das mesmas em relação ao aleitamento, incentivando-as para tal. Outra razão de preocupação, atualmente, poderiam ser as cirurgias de redução ou próteses mamárias. O leite humano é indicado como o alimento ideal para a criança nos seus primeiros meses de vida, devido às suas propriedades nutricionais e anti-infecciosas, além das vantagens psicossociais da prática do aleitamento para a mãe e seu filho. Embora o valor do leite materno para a saúde da criança e o seu benefício econômico para os pais sejam inquestionáveis, o emprego da amamentação não ocorre de forma adequada, contribuindo assim para sua interrupção realizar-se cada vez mais cedo. O desmame precoce, principalmente em populações de baixa condição socioeconômica, expõe a criança a riscos de desnutrição e infecção, comprometendo seu crescimento e desenvolvimento. O declínio do aleitamento materno foi observado em diferentes regiões do mundo nos primeiros três quartos do século XX, pois a defesa da lactação natural na metade deste século não acontecia de forma coletiva, e sim individual, principalmente depois da industrialização, onde a divulgação do leite artificial acontecia de forma rotineira. Falava-se muito pouco do aleitamento materno, o que fez as mulheres acreditar mais no leite artificial do que no aleitamento natural. Dos países em desenvolvimento, os situados na América Latina apresentaram, na década de 1970, as menores durações de aleitamento materno. No Brasil, o aumento da desnutrição e da mortalidade infantil, verificados nessa época em várias localidades, alertou as autoridades sanitárias para o uso de leite não-humano na alimentação de menores de um ano. Tal fato

* Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança. Universidade Estadual de Londrina. ba_enfermeira@yahoo.com.br. Fone: (43)9142-6236.

† Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança. Universidade Estadual de Londrina.

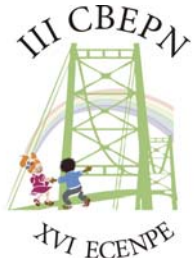
‡ Enfermeira. Mestre. Docente do Curso de Enfermagem da UEL. Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança.

§ Enfermeira. Coordenadora da Clínica de Lactação do Ambulatório do Hospital das Clínicas (CELAC).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

motivou a realização de ações formais e sistemáticas, a partir de 1981, para fortalecer a prática do aleitamento materno no país. Como parte desse processo, sentiu-se a necessidade de acompanhar a tendência da população em relação à alimentação recomendada para o primeiro ano de vida. A comparação dos resultados de duas pesquisas brasileiras, realizadas em meados da década 70 e no fim dos anos 1980, mostrou aumento da duração mediana do aleitamento materno, de 75 dias para 167 dias no período analisado. Uma outra investigação de âmbito nacional foi promovida em 1999 para avaliar os indicadores de amamentação na área urbana do Brasil. Os aspectos sócio-econômicos e culturais têm influenciado de maneira significativa a prática do aleitamento materno, que embora seja um ato natural, não é instintivo, uma vez que as puérperas precisam ser apoiadas e ensinadas para realizarem esta prática de forma prazerosa evitando assim o desmame precoce. Várias razões são apontadas para o desmame precoce, as quais nem sempre são assumidas pelas mães, que atribuem o desmame a problemas como: leite fraco, em pouca quantidade, mamilo invertido, mamilos doloridos, choro intenso do bebê, falta de sono, recusa o peito e a falta de apoio de profissionais de saúde, parentes, vizinhos e amigos. Ainda nos deparamos com outras situações que refletem a falta de informações e segurança da mãe sobre as vantagens do leite materno para a mulher e para o bebê, para a família, para a sociedade e para o planeta como: o uso da chupeta, de bicos, de água e chás no intervalo das mamadas; o despreparo dos profissionais de saúde para resolução dos problemas mais comuns da amamentação; a propaganda dos leites industrializados; a fraca atuação dos serviços de saúde, no apoio à mãe nutriz e à família para que consigam resolver os principais problemas decorrentes da amamentação. No Brasil, tem-se procurado resgatar a prática do aleitamento materno através de várias propostas como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, em 1981, Pacto pela Infância no Brasil, em 1994, e a iniciativa mais recente: Hospital Amigo da Criança, destinado a estimular hospitais e maternidades a adotarem os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. **Objetivo:** Caracterizar o perfil das nutrizes e lactentes atendidos na Clínica de Lactação do Ambulatório do Hospital das Clínicas (CELAC). **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo que estabeleceu o perfil da população atendida, no período de janeiro a junho de 2009. A coleta de dados foi feita por meio do levantamento dos dados no livro de registros dos atendimentos realizados. O CELAC foi inaugurado em maio de 1995 com os seguintes objetivos: 1) atendimento ambulatorial multiprofissional as lactantes e lactantes com complicações e/ou dificuldades a amamentação; 2) referência para os serviços de saúde locais e regionais; 3) capacitação de recursos humanos; 4) elaboração e assessoria à pesquisa na área. Além disso, oferece contra-referência para serviços e profissionais, esclarece dúvidas de mães por telefone e informa sobre medicamentos utilizados pelas nutrizes. O grupo de profissionais do CELAC participa das reuniões mensais do Comitê de Aleitamento Materno de Londrina (CALMA). Para facilitar o acesso, os atendimentos podem ser marcados por telefone com a opção de três períodos na semana para consultas agendadas e nos demais períodos para orientação em emergências. A equipe é composta por médicas pediátricas, enfermeiras, assistente social, fonoaudióloga, psicóloga, técnica de enfermagem e conta com o apoio dos residentes de enfermagem e medicina. As residentes de Enfermagem em Saúde da Criança que realizam parte da prática no serviço, atendendo as mães e crianças, armazenando dados da consulta e coletando dados para futuras pesquisas. Para tabulação dos dados se utilizou o programa Excel para Windows. **Resultados:** O total de atendimentos realizados no período de 6 meses no CELAC foi de 142, sendo estes 71 crianças e 71 mães. Classificando as crianças conforme a faixa etária: 19,8% tinham entre zero a 28 dias, 64,8% entre 29 dias a 2 meses, 9,8% entre 3 a 6 meses e 5,6% mais de 6 meses. As mães foram classificadas em três faixas etárias: 19,7% com a idade inferior a 19 anos, 70,5% entre 20 a 35 anos e 9,8% maiores de 35 anos. Como os principais diagnósticos das mães atendidas no serviço, encontramos: 27% com baixa



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

produção láctea, 26,3% com fissura mamilar, 11,6% com dificuldade para amamentar, 10,4% com ingurgitamento mamário, 6,7% com monilíase mamária, 5,5% com mastite e 12,5% com outros diagnósticos. Verificando o perfil dos diagnósticos das crianças atendidas encontramos como principais: crianças eutróficas (35,2%), baixo ganho ponderal (32,5%), má pega (25,8%), outros achados (6,5%). **Conclusão:** O aleitamento materno exclusivo até o seis meses de idade é preconizado como ideal para o melhor crescimento e desenvolvimento da criança, porém através desse perfil levantado podemos visualizar que tanto as mães como os bebês podem encontrar dificuldades para que o aleitamento materno seja eficaz. Através de centros de lactação como o CELAC (UEL), os diagnósticos podem ser levantados e assim se realizar de forma integral o aconselhamento, o manejo e apoio ao binômio mãe/bebê, melhorando assim o tempo e a qualidade do aleitamento materno.

Palavras-chave: aleitamento materno, perfil epidemiológico, centro de lactação.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**84 - Perfil das crianças internadas com diagnósticos cirúrgicos: o caso de uma
Unidade Intermediária Pediátrica/Rio de Janeiro**

Auxiliadora Silva de Assis*
Isabel Cristina dos Santos Oliveira†

Introdução: O estudo do perfil das crianças com diagnósticos médicos cirúrgicos surgiu da necessidade de conhecer as características das crianças internadas na Unidade Intermediária (UI) de um Hospital de Referência nas especialidades de Gestação de Alto Risco, Neonatologia, Cirurgia Pediátrica e Genética Médica, situado no município do Rio de Janeiro. Com o perfil dessa clientela   possível o planejamento sistematizado da assistência, pois a criança expressa comportamentos diferenciados de acordo com a sua idade e desenvolvimento. Geralmente, a doença e o processo de hospitaliza o são os primeiros estressores aos quais as crianças são submetidas, e como estas ainda possuem limitados mecanismos de defesa para essas situa es, suas rea es podem ser as mais variadas possíveis. Desta forma acredita-se que o modo da criança reagir   hospitaliza o depende de sua idade, das experiências anteriores com doenças, das condi es emocionais, do apoio da família e da equipe de saúde. A equipe de enfermagem ao prestar cuidados   criança em p s-operatório deve buscar minimizar o estresse da criança e da família, maximizar as rela es pais-filho, e assegurar cuidado p s-operatório visando   rápida recupera o. A unidade intermediária da referida Institui o atende crianças provenientes da Unidade de Terapia Intensiva e que necessitam de aten o mais acurada do que a alcan vel em unidades de internaa o, pacientes com risco de apresentar complica es requerendo o controle sistemático das suas fun es vitais (como exemplo: p s-operatórios), que necessitem de suporte ventilatório artificial em baixos parâmetros, e procedimentos de baixa ou média complexidade. A unidade   composta de cinco leitos, quatro camas e uma Unidade de Calor Radiante, e atende crianças, desde lactentes até adolescentes. Durante a internaa o as crianças recebem monitoriza o multiparâmetros (freq ncia card ica e freq ncia respiratória, satura o de oxigênio e pressão sanguínea não invasiva). A equipe   composta por médico, enfermeiro plantonista, e dois ou três técnicos de enfermagem. Essa equipe presta atendimento diariamente em regime de plantões diurnos e noturnos. **Objetivos:** Verificar o número de crianças internadas na Unidade Intermediária do referido hospital no período de 2003 a 2008, e descrever as características dessas crianças. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório retrospectivo de natureza quantitativa. A coleta de dados foi realizada no Livro de Registros de Pacientes (Admissão e Alta) existente na UI, mediante carta de autoriza o da chefia geral e chefia da UI. O levantamento de dados ocorreu no mês de junho de 2009. Vale destacar que o perfil foi elaborado com base nos registros de fluxo das crianças internadas na UI descritos pelos profissionais da referida Unidade com os dados: identifica o, idade (agrupada por faixas etárias), diagnóstico médico, procedência e destino (transferências entre os setores hospitalares, ou inter-hospitalares), e tempo de internaa o das crianças admitidas na unidade referida. Após coleta dos dados, estes foram catalogados no programa Excel. O quantitativo de crianças internadas na Unidade Intermediária no

* Enfermeira da Unidade Intermediária do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/ IFF/ FIOCRUZ. Membro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço: Estrada do Dendê, n 1692, 301-Moner , Ilha do Governador, Rio de Janeiro-RJ. Endereço eletrônico: dorassis@yahoo.com.br

† Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN/UFRJ. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde da Criança/ Cenário Hospitalar. Pesquisadora/ CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

período estudado é de 920 crianças. As internações com diagnósticos cirúrgicos somaram 161 registros, as crianças foram divididas por faixa etária: Recém-nascidos: 0 a 28 dias de vida exclusiva; Lactentes: 28 dias a dois anos de vida exclusiva; Pré-escolares: 2 anos a 6 anos de vida exclusiva; Escolares: 6 anos a 12 anos de vida exclusiva e; Adolescentes: 12 anos até 18 anos de vida exclusiva. **Resultados:** Na análise dos dados evidencio-se que os diagnósticos cirúrgicos correspondem a (17,5%) das internações na UI. Os lactentes sofreram maior número de intervenções cirúrgicas (50%), seguido do pré-escolar (24%). Na distribuição por sexo, o masculino (62%) recebeu maior número de diagnósticos cirúrgicos. Quanto à procedência, a maioria das crianças admitidas na UI é do Centro Cirúrgico (CC) e da Unidade de Pacientes Graves (UPG), cada unidade com um percentual de 36%, o que permite inferir de acordo com os registros, que a UI recebe crianças em pós-operatório imediato e pós-operatório mediato. No tocante ao destino das crianças que sofreram intervenções cirúrgicas, observa-se que 45% são transferidas da Unidade Intermediária para Unidade de Pacientes Internados (UPI) e 27% são encaminhadas para Enfermaria de Cirurgia Pediátrica. O tempo de internação é um fator crucial no que diz respeito à recuperação da criança, pois está diretamente relacionado à ausência de complicações. Os dados revelam que 36% das crianças permanecem por um período de um a três dias internadas em situação pós-operatória e em 29% das internações não foi possível estimar o tempo devido à falta do registro deste item. Os dados revelam que 39% das crianças admitidas para cirurgias infantis sofreram intervenções abdominais e pélvicas e 37% neurocirurgia. Nenhuma criança evoluiu para óbito. **Conclusão:** O estudo do perfil de uma determinada população para a equipe que presta assistência direta como a enfermagem é importante para melhor delineamento do cuidado prestado, na medida em que permite a visão situacional do cenário do cuidado, no caso a Unidade Intermediária, bem como possibilita à equipe conhecer seu cliente, as particularidades de acordo com a idade, tipo e local de cirurgia, tempo de pós-operatório. Esses dados são importantes na implementação dos cuidados pós-cirúrgicos, delineando condutas diferenciadas, com enfoque no perfil das crianças, proporcionando recuperação pós-operatória no menor tempo possível e com o mínimo de estresse físico emocional. Na análise dos dados, conclui-se que o maior número de internações cirúrgicas ocorreu em lactentes (50%), faixa etária que possui situação imunológica mais vulnerável. Mais da metade (62%) das crianças hospitalizadas com diagnósticos cirúrgicos, na UI, era do sexo masculino. A procedência das crianças em pós-operatório do Centro Cirúrgico (36%) e da Unidade de Pacientes Graves (36%) tem relação com a estrutura física do hospital que não possui uma unidade de cuidados pós-operatórios. A internação nesses setores é um evento traumático para a criança e sua família, devido às circunstâncias de gravidade pertinentes à admissão, tendo impacto reduzido quando os pais recebem informações prévias correlacionadas com a cirurgia e onde geralmente é realizado o pós-operatório. O tempo de internação é curto e o destino para unidades de menor complexidade corresponde a 72% de transferências para enfermarias, o que também pode ser associado à maioria das cirurgias terem sido programadas (eletivas). Quanto aos tipos de intervenções cirúrgicas, os dados revelaram que há maior número de cirurgias de grande porte, ou seja, abdominais (39%) e neurocirurgias (36%) que necessitam de cuidados intensivos e semi-intensivos o que permite estabelecer uma correlação direta com as unidades mais frequentes acerca da procedência das crianças.

Palavras-chave: criança hospitalizada, pós-operatório, perfil da clientela.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

85 - Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com câncer atendidos em um Hospital Escola do interior do Estado de São Paulo

Maria Laura Ferreira de Figueiredo*
Michele Cristina Miyauti da Silva[†]
Regina Aparecida Garcia de Lima[‡]

Introdução: O câncer é considerado um problema de saúde pública devido à sua alta incidência, elevados índices de mortalidade e pelo alto custo financeiro destinado à detecção, ao diagnóstico e tratamento. Tal enfermidade promove alterações na vida do indivíduo e de sua família, com repercussões nas dimensões biológica, social, emocional, afetiva, existencial e cultural. Na maioria dos países os indivíduos apresentam doença avançada e incurável no momento do diagnóstico. Segundo estatísticas, cerca de 70% dos cânceres na infância e adolescência podem ser curados quando diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. Para alguns tipos como a leucemia linfóide aguda estas taxas devem chegar a 90%. Dados sobre incidência são fundamentais para estabelecer prioridades na prevenção individual e coletiva e no planejamento das ações de saúde. O processo diagnóstico e terapêutico do câncer infanto-juvenil tem início com o reconhecimento dos sinais e sintomas pelos pais e quando o diagnóstico é firmado, muitas vezes, a doença já está em processo avançado. É comum, também, que o diagnóstico ocorra de forma acidental, durante um exame físico de rotina. Isto pode ser explicado pela inespecificidade dos sinais e sintomas presentes no câncer infanto-juvenil, como febre, palidez, cefaléia, dor óssea e problemas respiratórios, os quais podem estar associados e/ou ser confundidos com sinais e sintomas de outras patologias ditas comuns da infância. Dão maior complexidade a este processo, o despreparo médico em diagnosticar a doença, a desinformação dos pais, as condições sócio-econômicas e culturais das famílias que as impedem de procurar um centro de atendimento especializado, a precariedade dos sistemas de saúde que não apresentam recursos para um diagnóstico rápido, eficaz e eficiente, as grandes distâncias nacionais que dificultam o acesso aos serviços especializados, dentre outros. Neste sentido, é fundamental que os gestores tenham informações completas acerca de quando e como está se dando o diagnóstico e quais fatores podem contribuir para o seu retardo. **Objetivo:** Na perspectiva de adicionar conhecimento à temática, elaborou-se o presente projeto, que tem por objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com câncer em acompanhamento em um hospital escola do interior do estado de São Paulo. **Percursos metodológico:** O estudo foi realizado em um hospital escola do interior do estado de São Paulo. Para o atendimento de crianças e adolescentes com câncer o serviço conta com ambulatórios, unidade de internação, laboratórios e serviços especializados para o diagnóstico e tratamento. Atende, atualmente, cerca de 300 pacientes, em diferentes fases do tratamento, com uma média de três casos novos/mês. A caracterização das crianças e dos adolescentes, casos novos, atendidos em um hospital-escola do interior de São Paulo, no período de 1998 a 2008 ocorreu mediante coleta de dados em fonte secundária (prontuário dos pacientes). Ano a ano

* Aluna do 6º semestre do Curso de Graduação Bacharel em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/USP/CNPq. Processo nº 115568/2008-5. Endereço: Rua Rui Barbosa, 500 apto 113 – Centro. Ribeirão Preto – São Paulo. Cep 14015-120. E-mail: maria.laura.figueiredo@usp.br

[†] Aluna do 8º semestre do Curso de Graduação Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Processo nº 53386/2007-3.

[‡] Orientadora/Professor Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

buscamos caracterizar tais casos a partir de variáveis como sexo, idade, raça, escolaridade, condição social, procedência, tipo de câncer, data do início dos sinais e sintomas, data da primeira consulta no serviço e data da confirmação do diagnóstico. **Resultados e discussão:** Foram identificados 436 casos novos de câncer em crianças e adolescentes, no período de 1998 a 2008. Com relação à procedência, 335 (76,83%) eram do estado de São Paulo, 86 deles de Ribeirão Preto e 61 (13,99%) eram do estado de Minas Gerais, 11 deles de Passos. A procedência de estados mais distantes (Maranhão, Goiás, Sergipe, Rondônia, Santa Catarina, dentre outros) pode ser explicada pelos encaminhamentos de ex-residentes, o que tem sido comum pelos laços de formação profissional. A idade dos pacientes variou de zero a 18 anos, no momento do diagnóstico, com destaque para 117 casos (26,83%) na faixa etária de menores de três anos; 281 (64,44%) em menores de 10 anos e 155 (35,55%) entre 11 e 18 anos. Com relação ao sexo, houve um discreto predomínio do sexo masculino (52,29%). Analisando a cor, identificamos que 372 (85,32%) das crianças e adolescentes do estudo eram de cor branca, 40 (09,17%) mulatas e 24 (5,50%) pretas. Lembramos que a informação sobre cor foi obtida diretamente no prontuário e segundo informação do setor de registro do hospital o critério que adotam para esta classificação é a informação constante na certidão de nascimento. A posição que 109 (25,00%) das crianças e adolescentes ocupa na família é de primeiro filho. Dentre os tipos de câncer mais frequentes estão: as leucemias (112 casos - 25,69%), seguidas dos tumores do sistema nervoso central (99 casos - 26,15%); Linfomas não-Hodking (34 casos - 7,80%); tumores ósseos (30 - 6,88%); rabdossarcoma e sarcomas de partes moles (27 - 6,19%) e Doença de Hodking (25 casos - 5,73). As principais queixas que os levaram a procurar os serviços de saúde foram: tumoração (14,27%), febre (12,73%), cefaléia (8,67%), náuseas e vômitos (7,55%), problemas respiratórios (5,59%), dor abdominal (4,90%) e cansaço, fraqueza e lipotímia (4,76%), além de manchas no corpo, dor óssea, problemas visuais, perda de peso e palidez. O início dos primeiros sinais e sintomas variou de três dias a quatro anos, sendo identificado que em 25,0% dos casos este tempo foi menor que 1 mês; em 24,77% de um a dois meses e 12,84% de três a quatro meses. Chama a atenção que 6,88% (30 casos) tiveram um tempo maior que um ano desde o início dos sintomas, o que é muito longo, dado que a precocidade do diagnóstico tem influência direta no prognóstico. Outro fato importante diz respeito às seqüelas do tratamento, que podem ser mais ou menos agressivas a depender do estadiamento da doença. As terapêuticas mais utilizadas foram quimioterapia (46,91%), seguida de cirurgia (34,24%) e radioterapia (13,67%). Os transplantes de medula óssea foram responsáveis por 2,59% - 18 casos. Com relação à situação atual dos pacientes frente a doença, 14,68% encontram-se em tratamento; 54,82% em seguimento no ambulatório de curados; 12,61% estão vivos mas ainda apresentam a doença; 11,47% abandonaram o tratamento; 5,50% foram encaminhados para seguimento em outro serviço e em 0,69% dos prontuários não havia tal informação, havendo apenas um caso de óbito por doença (0,23%) nos prontuários revisados. **Conclusão:** Estudos sobre características epidemiológicas de crianças e adolescentes com câncer são escassos no Brasil. Os fatores que interferem nas piores estimativas de sobrevida de crianças e adolescentes com câncer são o diagnóstico avançado, a demora na procura de atendimento médico e restrições ao acesso e a tecnologias especializadas. Acresça-se, ainda, o fato de que o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil é um desafio, dada a inespecificidade dos sinais e sintomas os quais podem estar presentes em enfermidades ditas comuns da infância. Recomendamos ampla divulgação dos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil entre a população em geral e os profissionais de saúde, dado que a precocidade do diagnóstico tem influência direta no prognóstico.

Palavras-chave: epidemiologia, câncer, crianças, adolescentes.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

86 - Perfil de morbidade hospitalar de crianças até cinco anos no Alojamento Conjunto Pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná no período de 2005 a 2009

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira*
Regina Aparecida Garcia de Lima[†]

Introdução: Estudar a morbidade hospitalar em crianças menores de cinco anos no alojamento conjunto pediátrico de uma dada realidade pode auxiliar na compreensão do perfil de adoecimento nessa faixa etária e subsidiar a elaboração de planos de atenção à saúde que evitem o agravamento de doenças cuja hospitalização não seja necessária na solução do problema de saúde apresentado. **Objetivo:** Descrever o perfil de morbidade hospitalar de crianças menores de cinco anos de idade hospitalizadas em alojamento conjunto pediátrico do hospital universitário do oeste do Paraná, no período de 2005 a 2009, com vistas a compreender quais doenças têm ocasionado suas internações. **Método:** Pesquisa quantitativa prospectiva, cujos dados foram colhidos junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, em prontuários das crianças menores de cinco anos, hospitalizadas no Alojamento Conjunto Pediátrico – ACP, da instituição, no período de junho de 2005 a junho de 2009. O total de prontuários no período foi de 3942, incluindo as internações de zero a quatorze anos. Em nosso estudo, a faixa etária de interesse é de zero a cinco anos, que representaram 2638 hospitalizações, das quais, para a amostragem, considerou-se 95% de confiança e 3% de margem de erro, obtendo-se uma amostra de 760 prontuários, os quais foram selecionados mediante uma amostragem sistemática, em que se buscou identificar as variáveis: diagnóstico, sexo, idade, procedência, tempo de permanência e tipo de saída. Os dados foram transcritos em tabelas, organizados de forma quantitativa, analisados em estatística descritiva. O estudo faz parte de pesquisa de doutoramento e foi aprovado pelo comitê de ética da Unioeste, sob parecer nº 245/2009-CEP. **Resultados:** No período estudado, 2638 do total de 3942 internações hospitalares no ACP do HUOP foram de crianças até cinco anos de idade, representando 66,92% do total. A primeira causa de hospitalização nessa faixa etária são as doenças do aparelho respiratório, com 49% das causas. Foram incluídas nesse agrupamento as doenças do aparelho respiratório não crônicas como um todo, obtidas do laudo médico para solicitação de Autorização de Internação Hospitalar- AIH e que incluem: broncopneumonia (BCP), pneumonia (PMN), insuficiência respiratória aguda (IRA), infecção das vias aéreas (IVAS), bronquiolite, otite média aguda (OMA), entre outras menos frequentes. Os demais 51% foi o percentual obtido para todas as outras patologias, que incluem: infecção do trato urinário (ITU), insuficiência renal aguda (IRA), desnutrição, gastroenterite (GECA), desidratação (DHE), icterícia neonatal, pequenas cirurgias, cirurgias do trato gastrointestinal, causas externas (queimaduras, intoxicação exógena, acidentes automobilísticos, quedas de altura, atropelamentos), meningite, num predomínio de hospitalizações para tratamento de doenças não crônicas. O sexo masculino predominou com 60% das hospitalizações e 40% para o sexo feminino. Na distribuição da faixa etária no período de internação, obtivemos 55% de crianças menores de um ano e 45% de um ano até

* Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental, doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE, campus Cascavel. End. Rua Mato Grosso, 1637, apto. 1401, Cascavel, PR. CEP: 85812-020. Fone: (45) 3222-0957. E-mail: lb.toso@certto.com.br

[†] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, professor titular da EERP/USP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

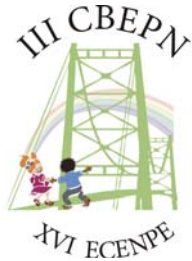
cinco anos. Em relação ao local de origem, 78% eram provenientes do município de Cascavel e 22% de outros municípios da região. O tempo médio de internação também foi analisado de acordo com a divisão etária de menor de um ano, o qual correspondeu a 9,48 dias em média e para crianças de um a cinco anos, correspondendo a 8,36 dias. Quanto ao desfecho da hospitalização, em que se analisaram altas, transferências e óbitos, obtivemos 95% para alta, 2,5% de transferências para outras instituições ou mesmo outras unidades do hospital, como UTI pediátrica e/ou neonatal e 1,5% de óbitos. **Discussão:** Os registros dos serviços de saúde são importantes fontes de dados para a análise da morbidade de acordo com diversos fatores para as mais variadas doenças, servindo como indicador de saúde da população usuária daquele serviço e ainda são úteis para o planejamento das ações de saúde a serem implementadas nos diversos serviços e programas de saúde. Estudo aponta que, enquanto nos países desenvolvidos as IRA têm importante participação na morbidade em crianças menores de cinco anos, nos países em desenvolvimento essas infecções tendem a ser mais graves e operam com componente considerável tanto na morbidade quanto na mortalidade, concentrando cerca de 20 a 40% das consultas em serviços de pediatria, 12 a 35% das internações hospitalares (2) e 19% das mortes (Pinto, Maggi, Alves, 2004). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) consideram o derrame pleural a complicação mais freqüente das pneumonias graves em crianças menores de 5 anos. Em estudo feito com o objetivo de caracterizar a morbidade hospitalar no município de Maringá - PR, em 1992, na população em geral, os diagnósticos mais importantes foram as complicações da gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório. Das internações, 42,8% foram para pacientes do sexo masculino e, quando ajustadas por ano de idade, se concentraram em crianças de até 4 anos. Os diagnósticos mais comuns nessa faixa de idade foram os do grupo das doenças do aparelho respiratório. Para os meninos dessa idade, internados pelo SUS, as broncopneumonias e pneumonias foram 51% do total (MATHIAS; SOBOLL, 1996). Em estudo realizado no município de Cuiabá, sobre a morbidade por pneumonia em crianças menores de cinco anos, os resultados mostraram que foi marcante a freqüência da IRA em menores de cinco anos durante o ano de estudo, pois quase a metade (49,8%) dos atendimentos desta faixa etária se deve a crianças com sinais e sintomas decorrentes de algum diagnóstico de IRA, ficando todos os outros diagnósticos reunidos (diarréia, dermatoses, traumas, intoxicações exógenas, etc.) com a outra metade (BOTELHO et al., 2003). Cerca de 11.000 crianças pertencentes a duas coortes de base populacional foram acompanhadas na cidade de Pelotas - RS, em 1982 e 1993, com o objetivo de medir a ocorrência de hospitalizações e sua associação com peso ao nascer e renda familiar e comparar diferenciais entre estes estudos. Cerca de 20% das crianças foram hospitalizadas pelo menos uma vez no primeiro ano de vida; os meninos foram os mais acometidos; as internações por diarréia, apesar de terem sido reduzidas à metade (3%) em relação a 1983, ocorreram entre os mais pobres; o peso ao nascer mostrou-se inversamente associado às internações por diarréia e por todas as causas (CESAR et al., 1996). Em estudo realizado no Maranhão, em 1994, a taxa de hospitalização infantil foi de 24,4%, sendo as maiores por pneumonia (7,3%) e diarréia (7,1%) (SILVA et al., 1999). Outro estudo realizado na região metropolitana de São Paulo, em 1996, mostrou que das crianças que foram hospitalizadas, 41,5% apresentavam doenças do aparelho respiratório, com ênfase para infecção respiratória aguda (27,7%) (CAETANO et al., 2002). Os dados encontrados em nosso estudo corroboram os apresentados pela literatura citada. **Conclusão:** Esses indicadores aqui analisados são orientadores de ações em saúde. O perfil de morbidade infantil permite conhecer a realidade dos fatores que determinam a ocorrência e distribuição de saúde e doença nessa população. Sugere-se atenção especial as ações de prevenção e promoção da saúde infantil que evitem a disseminação dos agravos respiratórios e possibilitem seu tratamento adequado ao nível da



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

atenção básica, uma vez que esse grupo de doenças faz parte das causas sensíveis a atenção ambulatorial, sem necessidade de hospitalização para seu adequado manejo. Assim, saber que a principal causa de hospitalizações infantis no maior hospital público da região oeste do Paraná são as causas respiratórias permite planejar as ações da atenção básica para essa população específica voltadas a prevenção desses agravos, face aos efeitos deletérios que a hospitalização infantil traz tanto para a criança quanto para a família e sistema de saúde.

Palavras-chave: morbidade hospitalar, mortalidade infantil, perfil de adoecimento em crianças.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

87 - Diabetes mellitus 1: evidências da literatura para seu adequado manejo, na perspectiva de crianças

Mariana Junco Amaral*
Valéria de Cássia Sparapani†
Luciana Mara Monti Fonseca‡
Lucila Castanheira Nascimento§

Introdução. O adequado manejo do diabetes mellitus tipo 1 tem se tornado um desafio, principalmente para as próprias crianças, em virtude da presença de comportamentos, habilidades e conhecimentos inadequados que colaboram para a não aderência ao tratamento e aumento de complicações a longo prazo. Estudos têm demonstrado que compreender as experiências de vida das crianças nos seus diversos espaços, valorizando-as e buscando maior aproximação com as mesmas, pode contribuir para a partilha do conhecimento sobre o manejo do diabetes e para o maior envolvimento da criança no cuidado. **Objetivo.** Identificar o conhecimento científico produzido acerca dos fatores relevantes para o adequado manejo do diabetes mellitus tipo 1(DM1), na perspectiva das crianças que vivem com essa doença. **Método.** Foi realizada revisão integrativa da literatura, nas seguintes bases de dados: PUBMED, CINAHL, LILACS, CUIDEN e PsycINFO, com seguintes palavras-chave, nas diversas combinações: diabetes mellitus tipo 1; criança; prevenção e controle; fatores desencadeantes; emergências; autocuidado; aprendizagem; educação em saúde. Os critérios de inclusão foram: publicações com resumo disponível e indexado nas bases de dados, no período de janeiro de 1998 a julho de 2008, cuja temática respondesse ao problema de investigação; referências em inglês, português e espanhol. Na intersecção dos descritores utilizados em cada base de dados foram encontradas 1001 referências. A leitura exaustiva dos títulos e resumos foi realizada de forma independente por dois autores e, em caso de dúvida a respeito da seleção, optou-se por incluir a publicação para decisão final conjunta com todos os autores. O confronto das referências selecionadas nesse momento resultou em 88 artigos. Na sequência, novos encontros entre os autores resultaram na exclusão de publicações cujos sujeitos da pesquisa eram somente adolescentes, revisões, dissertações e teses, e aquelas que abordavam questões genéticas, epidemiológicas, tratamentos específicos, dentre outros, obtendo-se 44 artigos. A partir desta etapa, as cópias destes 44 foram adquiridas e procedeu-se a leitura e discussão de seu conteúdo na íntegra, em reuniões presenciais entre os autores, para assegurar que os mesmos contemplavam a questão norteadora e atendiam aos critérios de inclusão. Encontraram-se novos estudos com enfoques somente em adolescentes, exames laboratoriais e complicações neurológicas e cognitivas, os quais foram excluídos, totalizando uma amostra final de 19 artigos. Para a

* Graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Capítulo *Rho Upsilon, Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado da Criança e do Adolescente – GPECCA.

† Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado da Criança e do Adolescente – GPECCA. Avenida Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. CEP 14040-902. E-mail: valsparapani@hotmail.com

‡ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública da EERP/USP. Membro do GPECCA. E-mail: lumonti@eerp.usp.br

§ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública da EERP/USP. Membro do GPECCA, Presidente do Capítulo Rho Upsilon. Pesquisadora CNPq. E-mail: lucila@eerp.usp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

análise das referências selecionadas utilizamos um roteiro contendo os seguintes indicadores: área de atuação dos pesquisadores, ano e país de publicação, local do desenvolvimento do estudo, método, participantes, temática central e resultados. **Resultados e Discussão.** A análise das publicações selecionadas permitiu a identificação de quatro categorias. 1) *Vivendo com o diabetes: enfrentando a doença e valorizando a experiência da criança.* Para as crianças, a valorização de suas experiências e conhecimentos sobre a patologia, encarar e aceitar sua condição, crenças e sentimentos são aspectos que colaboram no adequado manejo da doença. Porém, encarar a doença como uma luta diária, medo de preconceitos e isolamento, foram apontados como aspectos que dificultam o manejo. A educação adequada no momento da descoberta do diabetes e o acompanhamento da criança pela equipe de saúde, criando vínculos e valorizando o seu conhecimento, são questões essenciais que devem ser priorizadas pela equipe de saúde. 2) *Auto cuidado e perfil glicêmico.* Os fatores positivos para o adequado manejo do DM1 incluem os valores glicêmicos dentro da normalidade e auxílio na decisão para escolhas alimentares. Já a privação de determinados alimentos, como doces, e a interrupção das atividades de lazer para lidar com as demandas da doença são pontos negativos no manejo da doença. A linguagem simples, brincadeiras, pinturas, desenhos, filmes e leituras podem estar inseridos em programas educativos, os quais podem servir como estratégias válidas para promover o aumento da expressão dos sentimentos das crianças e facilitar a interação com os profissionais de saúde, contribuindo para o aprendizado da criança. 3) *Atuação da família, amigos e profissionais de saúde.* O apoio emocional da família e dos amigos, o vínculo e a valorização da criança pelos profissionais de saúde são questões positivas apontadas para o adequado manejo do diabetes. Os ambientes estressores, as dificuldades de relacionamento com amigos e o medo de serem isoladas são relatados pelas crianças como questões que dificultam o manejo. O envolvimento dos amigos, dos pais e da família estendida reforça o apoio necessário para fortalecer o manejo, promove o aumento da autoconfiança da criança e o entendimento da importância de seguir o tratamento adequado, essenciais para o desenvolvimento do autocuidado. O profissional de saúde também foi lembrado pelas crianças como importante fonte de apoio para o adequado manejo da doença. Torna-se, portanto, indispensável o acompanhamento multidisciplinar a estes jovens nas várias fases de seu crescimento e desenvolvimento, considerando a individualidade de cada um, o meio em que vivem, suas crenças, medos e relações familiares, conduzindo-os a uma vida saudável a partir de suas potencialidades. Acreditamos que pensar em um programa de educação em diabetes passa obrigatoriamente pela organização dos serviços, qualificando o enfermeiro e sua equipe, na busca da melhora no atendimento prestado a essas crianças. 4) *Escola.* A escola foi identificada como equipamento relevante no desenvolvimento do autocuidado, tornando-se espaço essencial para a criança se desenvolver, criar e fortalecer vínculos, já que é onde ela passa grande parte do seu dia. Os estudos analisados indicaram que os jovens se esforçam para encontrar caminhos para a execução do autocuidado e adequar suas necessidades à escola, na tentativa de limitar o impacto da sua condição sobre as atividades escolares. Amigos que saibam reconhecer momentos ruins, local adequado para armazenar materiais para autocuidado e visitas escolares por profissionais de saúde foram aspectos positivos apontados pelas crianças. Falta de conhecimento e indiferença da equipe escolar, *bullying* e interrupção de atividades para realização do autocuidado são aspectos negativos lembrados pelas crianças com DM1. Quando se almeja um cuidado de saúde de qualidade, em especial do diabetes, que exige manejo diário, a aproximação da equipe de saúde nas escolas mostra-se essencial, pois este ambiente é cenário chave de atuação conjunta entre profissionais, criança e atores da escola. **Conclusão.** Na perspectiva das crianças, foram identificados fatores que influenciam o manejo da doença, de forma positiva e negativa. No cuidado dessa clientela, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem estar atentos para avaliação desses fatores, de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

modo a identificar prioridades de atenção e estratégias eficazes e criativas que potencializem os aspectos positivos e diminuam as lacunas que dificultam o adequado manejo da doença.

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo 1; criança; enfermagem pediátrica; autocuidado; educação em saúde.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**89 - Familiares, crianças e equipe de enfermagem: relações interpessoais em
uma unidade oncológica**

Tassiane Ferreira Langendorf*
Raquel Pötter Garcia†
Stela Maris de Mello Padoin‡
Aline Bin§

Introdução: a palavra câncer, por si só, é responsável por causar impacto a quem a ouve, traduzindo-se a desespero e desorientação quando há confirmação do diagnóstico. Tratando-se de crianças portadoras dessa doença, os sentimentos gerados por ela demonstram-se intensificados, pois há um planejamento de construção do futuro desde a infância. As neoplasias pediátricas, do ponto vista clínico, são mais invasivas e crescem de maneira rápida, e também apresentam um menor período de latência. São representadas numericamente por 0,5% e 3% do câncer na maioria das populações¹. O câncer infantil promove um pensamento de inversão na ordem natural dos acontecimentos da vida, suscitando o receio da morte precoce da criança. A apresentação dessa nova realidade, envolvendo doença e o sofrimento que a acompanha, proporciona insegurança e medo à criança e seu/sua familiar cuidador/a². Dentro desse contexto, a equipe multiprofissional poderá ser o ponto de referência para esses indivíduos, principalmente a equipe de enfermagem, pois é quem se mantém próximo à criança e ao/a cuidador/a diariamente. A atenção cedida pela enfermagem tem papel significativo no processo de adaptação da criança enferma e seu familiar às mudanças exigidas pela doença. Isso porque esses profissionais têm a oportunidade de participar dessas adequações à medida que acompanham esse período adaptativo. Em estudos recentes, a qualidade do cuidado prestado pela equipe é avaliada por meio da confiança, da acessibilidade, da comunicação, da experiência profissional e do oferecimento de informações sobre a doença e tratamento³. Também se julga imprescindível a construção de uma relação afetiva entre profissionais/familiares/pacientes, possibilitando a constituição de uma relação de vínculo e assim promover o auxílio à criança e ao familiar no enfrentamento dessa nova trajetória de vida. **Objetivos:** relatar as experiências de acadêmicas do Curso de Enfermagem, em Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica de um hospital de uma cidade no interior do Rio Grande do Sul (RS). **Caminho percorrido:** as reflexões se deram a partir da experiência do desenvolvimento de bolsa remunerada na unidade em questão. Essas decorrem de observações realizadas junto a equipe de enfermagem, criança e cuidador/a com foco na relação interpessoal. Em um primeiro momento se fez necessária a aproximação entre as acadêmicas e as/os profissionais, a fim de que se estabelecesse uma parceria na realização da assistência prestada. O segundo passo consistiu-se em estabelecer uma relação de confiança com as crianças e acompanhantes, para que assim pudesse ser observado diretamente como se caracteriza as relações entre esses e

* Autora. Relatora. Acadêmica do 6º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Bolsista FAPERGS. End: Avenida Roraima n°1000, Cidade Universitária, Bairro Camobi; Centro de Ciências da Saúde (CCS), Santa Maria/RS. E-mail: tassi.lang@gmail.com

† Autora. Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, saúde e enfermagem da UFSM. E-mail: raquelpotter_@hotmail.com

‡ Autora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. E-mail: padoinst@smail.ufsm.br

§ Autora. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. E-mail: linebin@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

equipe. O fortalecimento da proximidade com os pacientes e cuidadores/as foi significativo e construído gradativamente, por meio da atenção cedida, procedimentos realizados e disponibilidade de informações associados à compreensão e carinho para com essas pessoas.

Relato e discussão da prática desenvolvida: observou-se durante o desenvolvimento da bolsa que a família está fortemente ligada ao processo saúde-doença e é por meio dela, principalmente, que são instituídos o bem-estar, a proteção e o carinho necessários para o enfrentamento da enfermidade. Reconhecer a dimensão biopsicossocial do ser humano e suas influências no processo saúde-doença, requer compreender a família como um grupo social formado por seres humanos unidos com objetivos particulares, com coresponsabilidades, possuindo relacionamentos significativos que podem ser laços de consangüinidade, de amizade, de afetos ou laços emocionais fortes como o amor, e que, estando inseridos e interagindo em uma sociedade e cultura, criam e transmitem valores para seus membros. O universo familiar é uma experiência existencial vivenciada, influenciada e compartilhada por todos os seus componentes e que, em determinadas situações, poderá ter de reorganizar seu modo de viver para adaptar-se às alterações de, por exemplo, uma doença, e diante desta, vivenciar conflitos e distintos sentimentos. Sendo a família percebida como um valor, poderá ser um ambiente de suporte para criança, pois, além de suas características de grupo social, também representará fonte de compreensão, encorajamento, disponibilidade, diálogo, amor e solidariedade⁴. Quando familiares e crianças estão no ambiente hospitalar, esse poderá proporcionar experiências traumáticas, principalmente na criança, isso porque a afasta de sua vida habitual, do seu mundo familiar e promove um confronto com a dor e a limitação física⁵⁻⁶. Diante disso, com intuito de acolher a criança e seu cuidador/a, o cuidado poderá se estruturar na tomada de decisões e na execução de atividades que integrem a família durante a hospitalização, buscando uma interação e auxiliando na recuperação do doente. Dessa forma, pode ser visualizado que a equipe de enfermagem da unidade insere o familiar em todo o processo de passagem da criança pelo hospital, visando a promoção de um ambiente seguro e (re)conhecido pela mesma. A intenção é que as experiências vivenciadas pela criança doente não se tornem traumáticas e vistas como um castigo, mas sim cuidados prestados para a plena recuperação e volta para casa o mais breve possível. É importante descrever ainda que pelo câncer se tratar de uma doença incerta e que, muitas vezes, necessita de internações prolongadas e reinternações seguidas, evidencia-se que ocorre uma quebra do cotidiano familiar. Tal quebra se dá pelo fato de serem impostas limitações ao estilo de vida da criança e, por consequência, de seus cuidadores. Diante disso, torna-se visível a relevância da criação do vínculo, possibilitando a realização de ações que preconizem as individualidades e singularidades de cada ser humano, somados à associação de saberes dos profissionais de saúde e dos familiares. A conquista dessa relação permite a ampliação da eficácia nas ações de saúde e o favorecimento a participação do cuidador/a durante o processo saúde-doença, identificando-se como parte essencial na recuperação da criança enferma. O vínculo amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do cuidador/a durante o processo saúde-doença, por se identificar como parte essencial na recuperação. Acredita-se que a escuta e o diálogo deverão mediar as relações entre os seres na família e entre o familiar/cuidador/a, e os profissionais dos serviços sociais, de educação e de saúde, os quais poderão fortalecer a família como um ambiente de suporte, ao se responsabilizarem pela informação responsável, pela educação, pela oferta de possibilidades, no intuito de que cada pessoa desenvolva suas potencialidades para ser mais⁷.

Considerações finais: a partir das vivências relatadas durante o desenvolvimento da bolsa remunerada, pode-se identificar a multiplicidade de fatores que podem interferir positiva ou negativamente na condução do tratamento de crianças portadoras de câncer. Compete à enfermagem buscar o entrosamento entre equipe/família/paciente, promovendo a inserção dos cuidadores no contexto do doente para



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

que essa união se reflita de maneira benéfica no tratamento. Além disso, muitas crianças possuem experiências e sentimentos negativos associadas a internações hospitalares, sendo essa potencializada durante procedimentos realizados por profissionais da saúde. Assim, esses sentimentos poderão interferir na assistência prestada, no entanto, acredita-se que por meio da relação de confiança e carinho que é construída diariamente entre profissional/paciente possa ser possível contornar tal situação. São essas superações que contribuem para o envolvimento, dedicação e auto-ajuda do paciente em querer vencer a batalha instituída contra o câncer. Evidencia-se ainda a relevância de substituir a assistência ao paciente ainda calcada no modelo biomédico. O que se almeja é a atenção integral à criança e ao familiar que a acompanha.

Palavras-chave: enfermagem, oncologia, pediatria, família.

Referências:

- 1 Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2008, Incidência de Câncer no Brasil. 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em: 26 de agosto de 2009.
- 2 Valle, ERM. Psico-oncologia Pediátrica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- 3 Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VH, Lima RAG. Crianças com câncer e suas famílias. Revista da Escola de Enfermagem USP. 2005; 39(4):469-74.
- 4 Padoin SMM. A possibilidade de integrar a família ao cuidado. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA. Experiências interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia. Santa Maria:edUFMS, 2006.
- 5 Mitre RMA, Gomes RA. Promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Ciências & Saúde Coletiva. 2004; 9(1):147-154.
- 6 Favero L, Dyniewicz AM, Spiller APM, Fernandes LA. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência. Cogitare Enfermagem. 2007; 12(4):519-524.
- 7 Paterson J, Zderad L. Humanistic Nursing. New York: National League for Nursing, 1988.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

90 - Análise do enfermeiro relacionado a avaliação da dor em crianças dentro de terapia intensiva

Renata Bezerra Zerbinatto
Patrícia Regina M. Campilho

A dor é um fenômeno complexo, multidimensional e subjetivo, tanto para a criança quanto para os profissionais de saúde que lidam com ela. Seu manejo constitui-se em desafio, principalmente quando está ligado à dor em crianças, com suas particularidades do desenvolvimento infantil. Buscando contribuir com a discussão a respeito do manejo da dor pela equipe de enfermagem. Atualmente vivenciamos o aspecto da dor nas UTIs, onde os profissionais buscam minimizar a dor nas crianças que enfrentam na assistência do dia a dia dentro das unidades. Existem diversos trabalhos, métodos para avaliarmos a dor nestas crianças. É importante que as unidades se proponham em interar na abordagem destes métodos. O profissional de enfermagem deve ter em mente antes de qualquer procedimento invasivo, prever a possível dor que esta criança poderá sofrer sabendo que a dor pode levar à vários efeitos indesejáveis a criança. Assim, as expressões faciais e gestos da criança com dor são signos estabelecidos que ela utiliza para expressar suas experiências subjetivas. Ao unir a experiência do profissional com a do seu semelhante, a criança com dor, ocorre a reciprocidade de perspectivas, pois compartilhamos um tempo e espaço comuns, ou seja o seu corpo está presente como um campo de expressão de suas experiências subjetivas. A experiência dolorosa é um fenômeno individual e, para caracterizá-la, devem ser realizadas avaliações sistemáticas. O registro de tais informações permite que os dados sejam compartilhados entre os diversos plantões e a equipe multiprofissional, possibilitando melhor assistência a essas crianças. **Objetivo:** Este trabalho tem o objetivo de orientar técnicos de enfermagem quanto ao processo da dor em crianças internadas na UTI pediátrica, durante procedimentos invasivos ou de qualquer outra dor que estiver relacionada a esta criança. **Metodologia:** Foi realizado método quantitativo e descritivo, onde vivenciamos, observamos e computamos os procedimentos que eram realizados dentro da UTI relacionados na analgesia. Este estudo foi realizado no Hospital Prontobaby, localizado na cidade do Rio de Janeiro, na UTI Pediátrica que compõe 10 leitos. Foi utilizado um formulário, onde avaliávamos os procedimentos, tipo: punção periféricas, passagem de sondas, auxílio do técnico à equipe Multiprofissional em procedimentos invasivos. Este estudo foi realizado entre os meses de fevereiro à abril de 2009. Utilizamos duas escalas de dor na UTI. Escala Analógica Visual de Faces e a Escala de Avaliação de Dor – NIPS, como instrumento para orientação da assistência de enfermagem, focalizando neste estudo a avaliação da dor na criança. **Resultados:** O resultado deste estudo nos mostrou que: 30% dos profissionais não valorizam a analgesia antes dos procedimentos invasivos, 20% destes profissionais valorizam alguns procedimentos que eles acham duvidosos relacionados a analgesia. Por outro lado 100% destes profissionais, se preocupam em avaliar a dor nas crianças através das escalas analógicas e NIPS que são padronizadas na unidade, porém 30% não se preocupam em reavaliar a escala de dor, em crianças que manifestam a dor. Quando analisamos dor criança, precisamos buscar ativamente métodos que pudéssemos nos embasar e orientarmos e supervisionarmos os procedimentos invasivos e não invasivos, crianças entubadas, com algum tipo de dreno, curativos, em pós-operatório, e passamos a valorizar a dor que estas crianças eram submetidas. A escala de dor era aplicada duas vezes ao dia e quando a dor ela era reavaliada após a analgesia, o tempo



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

variava de acordo com a intervenção executada não excedendo ao tempo de uma hora. As observações das atividades desses profissionais na UTI pediátrica, permitiram a compreensão de como os profissionais de enfermagem manejam a dor da criança. As participações da equipe de enfermagem e da mãe mostraram-se como elementos essenciais para um adequado manejo da dor na pediatria. O estudo mostrou que os profissionais de enfermagem avaliam a dor por meio de parâmetros comportamentais e fisiológicos, atentando-se para as fases do desenvolvimento da criança, da mesma forma em que buscam superar as dificuldades impostas na avaliação da dor de crianças menores. Foram utilizados tanto métodos farmacológicos quanto não-farmacológicos. Sendo também observado que os profissionais de enfermagem reavaliavam a dor da criança e registravam os procedimentos realizados. Porém as intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor, os quais não são rotineiramente registrados nos prontuários das crianças. Os resultados do estudo possibilitaram identificar, no contexto pesquisado, aspectos do processo do manejo da dor em crianças, que necessitam ser aprimorados, objetivando a melhoria do cuidado prestado a essas crianças. **Conclusão:** Concluímos que a avaliação da dor depende da interação entre o profissional, a criança e a família, e que há fatores subjetivos do profissional envolvidos no processo. A sensibilização do profissional na avaliação da dor parece aumentar a constatação e otimizar o tratamento nas unidades de terapia intensiva. As escalas de avaliação podem ter a sensibilidade alterada segundo o aplicador. Diante dessa responsabilidade, surge a necessidade de avaliar mais objetiva e precisamente o quadro algico, propiciando uma melhor qualidade na assistência de enfermagem e um adequado tratamento da dor. A utilização do modelo da Escala Analógica Visual de Faces e a Escala de Avaliação de Dor – NIPS, para o controle e avaliação da dor em crianças contribuiu para uma assistência de enfermagem voltada para a sua integralidade física, emocional e social. O uso deste instrumento de avaliação poderá orientar a assistência de enfermagem à criança com dor, decorrente de outros processos patológicos, cirúrgicos e traumáticos que venham comprometer a integridade física e psicológica das crianças, contribuindo assim para uma melhor qualidade de assistência. Sendo de extrema importância utilizarmos métodos para evitar o processo da dor, ou ao menos minimizar a dor. Que os profissionais perceberam que em muitos momentos a dor pode ocasionar e interferir no tratamento desta criança. Que as unidades aproximem estes profissionais das rotinas/ padronizações para melhorar a sistematização. Nosso trabalho melhorou muito quando começamos a aplicar, mas efetivamente as escalas de dor, entre os grupos dos técnicos de enfermagem, percebem a melhora no conforto e bem estar para essas crianças.

Palavras-chave: dor, enfermagem, pediatria.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

91 - Preparando o aluno de pós-graduação para o exercício de docência na disciplina enfermagem no cuidado da criança e da família na experiência de doença

Maria Cristina Pauli da Rocha^{*}
Lisabelle Mariano Rossato[†]
Maira Deguer Misko[‡]
Regina Szylyt Bouso[§]

Resumo: Face ao processo de transformação que vem ocorrendo no ensino de enfermagem caracterizado por mudanças curriculares e metodológicas, a docência universitária mostra-se como uma temática importante. Atualmente, espera-se que o docente universitário forme profissionais competentes e comprometidos socialmente, exigindo do professor uma prática docente que possibilite aos alunos um pensamento crítico, a partir da valorização da criatividade, da reflexão e da participação do aluno. Resultados de pesquisa realizada com professores de graduação em enfermagem evidenciam alguns dos obstáculos didáticos relatados por eles, como: lacuna na preparação específica para o exercício da docência, prática pedagógica sustentada pela dicotomia teoria-prática, trabalho didático com disciplinas das quais não têm domínio de conteúdo, linguagem e dificuldade de mudança da prática pedagógica. Os autores ressaltam que a lacuna na preparação pedagógica é o obstáculo mais citado pelos professores⁽¹⁾. A docência é, portanto, uma atividade complexa que exige do enfermeiro professor muito mais do que domínio sobre o conteúdo específico da disciplina a ser ministrado. Exige, também, conhecimentos pedagógicos oferecidos, principalmente, em disciplinas de pós-graduação *strictu sensu*. As atuais reflexões sobre a formação superior em Enfermagem devem ser consideradas mudanças curriculares discutidas com base nas diretrizes do Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior CNE/CES 1133/2001 e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)⁽²⁻⁴⁾, ressaltando a necessidade de modificações da prática docente e na formação de profissionais que busquem a adequação do ensino/aprendizagem de forma crítica e reflexiva. Torna-se importante questionar se os professores estão capacitados para uma prática docente que esteja em consonância com as novas perspectivas que se colocam na educação em enfermagem. Essa é uma questão relevante, quando se verifica que o despreparo dos docentes no ensino universitário, de modo geral, tem sido apontado como um dos fatores que comprometem a qualidade da formação em nível superior. Nesse contexto o trabalho apresenta um relato de experiência de duas alunas bolsistas do Programa de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) do Curso de Pós-Graduação, nível Mestrado e Doutorado da Escola de

* Enfermeira. Bolsista CAPES/Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); Membro do Grupo de Estudos NIPPEL. e-mail: rocha.mcp@usp.br. Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Bairro Cerqueira César, São Paulo, SP. CEP 05403-000. Fone (11) 3061-6512 e fax (11) 3061-7615.

† Enfermeira. Doutora em Enfermagem Pediátrica. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP. Pesquisadora e Membro do Grupo de Estudos NIPPEL. e-mail: rossato@usp.br.

‡ Enfermeira. Bolsista CAPES/Curso Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Estudos. NIPPEL. e-mail: mairadm@usp.br.

§ Enfermeira. Livre Docente em Enfermagem Pediátrica. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP. Líder do Grupo de Estudos NIPPEL. e-mail: szylyt@usp.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Enfermagem da Universidade de São Paulo. Este Programa PAE destina-se a aprimorar a formação de alunos de pós-graduação para a atividade didática de graduação. O relato de experiência aborda aspectos do preparo de pós-graduandos em enfermagem para a docência e relata as experiências das alunas frente ao desenvolvimento das atividades junto à disciplina de *Enfermagem no Cuidado da Criança e da Família na Experiência de Doença*. Estas atividades evidenciam a contribuição do Programa para a formação e o desenvolvimento do pós-graduando para o exercício da docência em enfermagem. A primeira etapa do PAE corresponde à preparação pedagógica a qual visa instrumentalizar o pós-graduando para participar do ensino de graduação. Essa etapa pode ser cumprida através da participação do aluno em pelo menos uma das três atividades, sendo a primeira, a sua participação em uma disciplina de pós-graduação que aborde temas referentes à Universidade e ao Ensino Superior. A segunda pode ser a participação do aluno em um conjunto de conferências com especialistas em Educação ou ainda, desenvolver a terceira atividade correspondente ao preparo de material didático, discussões sobre o currículo e discussão de ementas de disciplinas ou planejamento de cursos, coordenados por professores. Para as alunas essa experiência foi muito importante à medida que lhes possibilitou obter um panorama geral da condução do ensino superior brasileiro e conferiu a obtenção de conhecimentos e habilidades necessárias para o ensino universitário. Dessa forma, as pós-graduandas superaram a herança do raciocínio técnico e partiram rumo à aquisição de uma postura crítico-reflexiva na docência em enfermagem. As alunas que participaram do PAE acreditam que este programa ofereceu capacitação pedagógica para o domínio do saber na área de enfermagem e, sobretudo, lhes proporcionou domínio didático-pedagógico, visando à formação de pós-graduandos qualificados para a prática docente. A segunda etapa do PAE corresponde ao Estágio Supervisionado o qual é desenvolvido junto às disciplinas específicas da grade curricular da graduação. Nessa etapa o aluno é supervisionado por um professor responsável pela disciplina de graduação assumindo a responsabilidade de orientar e acompanhar as atividades desenvolvidas pelo aluno de graduação nas aulas teórico-práticas. Ressalta-se que o objetivo do estágio supervisionado para a docência é o de acompanhamento do docente e não sua substituição, buscando proporcionar ao pós-graduando participante do programa a possibilidade de reflexão sobre a formação profissional de sua área, nível graduação, através de seu efetivo envolvimento durante o desenrolar de disciplinas específicas. O relato de experiência descrito transcorreu junto à disciplina *Enfermagem no Cuidado da Criança e da Família na Experiência de Doença* que é obrigatória do curso de graduação e tem por finalidade instrumentalizar o aluno para o cuidado de enfermagem à criança e à família no âmbito hospitalar. Nessa segunda etapa do PAE, as alunas de pós-graduação participaram junto às docentes supervisoras do Programa e da disciplina, desenvolvendo diversas atividades dentre elas: participação da elaboração do plano da disciplina e programação de atividades; realização da atualização bibliográfica sobre o conteúdo a ser abordado da disciplina; elaboração das estratégias a serem utilizadas no processo ensino-aprendizagem junto ao docente responsável pela disciplina; participaram de aulas teóricas e de laboratório para a graduação; acompanhamento do docente nas aulas teórico-práticas; planejamento e desenvolvimento das atividades com os alunos de acordo com o planejamento da disciplina; participação do processo de avaliação propondo estratégias que permitissem avaliar a aprendizagem dos alunos; participação ativa do levantamento de necessidades dos alunos no processo ensino-aprendizagem em aulas teórico-práticas. Um dos momentos marcantes para as alunas de pós-graduação foi ministrar aulas teóricas para a graduação e a participação das mesmas nos campos de prática hospitalar, sempre sob a supervisão das docentes. Sair da condição de aluna e se colocar na posição de professor foi visto pelas pós-graduandas como um grande desafio, gerando expectativas e ansiedade. Perceberam que a tarefa de abordar uma turma de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

40 alunos de graduação exigiu mais do que conhecimento teórico sobre o conteúdo, exigiu também, capacitação e habilidade além de escolher a melhor metodologia, a melhor didática para conseguir reter a atenção dos graduandos. As aulas de administração de medicação foram planejadas buscando seguir uma didática reflexiva que estimulasse o senso crítico do aluno, promovesse o diálogo aluno-professor e que permitisse que os alunos desenvolvessem suas competências de questionamento, análise, avaliação, investigação, argumentação, discussão e construção do conhecimento. Na etapa final do PAE, as alunas de pós-graduação participaram com as respectivas docentes supervisoras do acompanhamento do estágio dos alunos de graduação desenvolvido nos campos de prática hospitalar. Cada aluna foi para um campo de hospitalar diferente, com um grupo de alunos constituído por 10 a 11 graduandos. Esse contato direto com o aluno de graduação no âmbito hospitalar levou as alunas de pós-graduação a se depararem com toda a insegurança e ansiedade vividas pelo aluno iniciante em campo de estágio, não só no que se refere ao desenvolvimento de procedimentos técnicos, mas também na dificuldade dos alunos em abordar a criança e sua família. Acreditando que o professor exerce um papel de estimular o desenvolvimento intelectual do aluno e de facilitar a aprendizagem, as alunas de pós-graduação procuraram, no transcorrer do estágio, sanar as dúvidas que surgiram dos alunos, incentivando-os a buscarem a resposta de sua pergunta através da literatura científica e depois discutirem com o restante do grupo a resposta adequada. As alunas de pós-graduação acreditam que, dessa maneira, consigam obter a formação de alunos mais críticos e reflexivos, que saibam buscar pelo conhecimento, que aprendam a pensar de forma associativa e que tenham consciência de que o conhecimento é essencial para desenvolver qualquer cuidado à criança. Ao finalizar seus estudos os alunos de graduação, provavelmente, encontrarão novas técnicas e equipamentos, tendo que assimilá-los sem a mediação de um professor. Dessa forma, as alunas de pós-graduação compartilham a idéia de que a Educação Universitária de qualidade não pode consistir, unicamente, na transmissão de conhecimentos professor-aluno e sim se orientar na formação de profissionais capazes de buscar seu próprio aprendizado. Participar do PAE torna-se uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento e capacitação de futuros docentes e é sem dúvida um dos passos iniciais para a construção de um novo ensinar em enfermagem. Esse Programa de Ensino, inquestionavelmente, exerce grande importância na formação de mestres e doutores qualificados, pois abre espaço para que esses futuros professores se desenvolvam, buscando estratégias para a implementação de uma nova proposta pedagógica devendo, portanto, ser incentivado para que o maior número de pós-graduandos participem.

Palavras-chave: prática profissional; docente de enfermagem; educação de pós-graduação em enfermagem.

Referências:

- 1-Rodrigues MTP, Sobrinho JÁ de CM. Obstáculos no cotidiano da prática pedagógica do enfermeiro professor. Rev Bras Enferm 2008; 61(4): 435-40.
- 2-Fernandes JD, Xavier IM, Ceribelli MIPF, Bianco MHC, Maeda D, Rodrigues MVC. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(4):443-9.
- 3-Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre as Leis de Diretrizes e Bases da educação nacional. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF), 23 de dezembro 1996.
- 4-Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília (DF); 2001.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**92 - A discriminação como violência à vida da criança soropositiva para
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)**

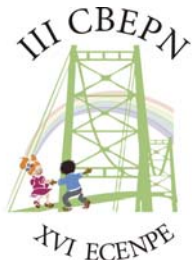
Ana Carolina de Carvalho Ferreira*
Rose Mary Rosa Costa Andrade Silva[†]

No mundo atual a violência é uma coisa que se alastra cada vez mais, sendo, portanto, um assunto atualizado e rico quando visto como objeto de atenção de pesquisadores desejosos de compreender a ampliação do fenômeno violência nos mais diversos campos da atividade humana. Como uma área a ser estudada, tem seus variados tipos, sendo um deles o psicológico englobando a discriminação que, muitas vezes, é mascarada por não estar tão à vista de todos. Esse tipo de violência pode desencadear malefícios tão ou mais perigosos que os físicos, lesando a mente/psicológico, nesse caso, infantil, que vem a ser muito mais difícil de reorganizar e recuperar caso haja algum problema. “A maior preocupação que todos os profissionais devem possuir em relação ao combate à violência contra crianças e adolescentes deve estar baseada no fato de que esta compromete o seu crescimento e desenvolvimento, deixando seqüelas duradouras e a matriz para que o círculo da violência se reproduza contra outras crianças e adolescentes do futuro, pois assim se aprende, na prática, como maltratar”[‡]. Tem como objetivos descrever o preconceito existente e a sua evolução à discriminação especificamente em crianças soropositivas para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA); apontar que existem caminhos que, quando tomados, minimizam essa violência; mostrar que a atuação da enfermagem é fundamental para repassar as informações à sociedade no que diz respeito à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Esta pesquisa teve como metodologia uma abordagem qualitativa de caráter descritivo, visto que o foco desse trabalho esteve em cima de fatos e/ou acontecimentos subjetivos e, além disso, não se preocupou em quantificar absolutamente nenhum dado e sim estudar a qualidade dele e que procurou descrever a realidade das crianças com SIDA em relação à ocorrência de preconceitos em sua rotina. Feita como pesquisa de campo, utilizou como instrumento o Roteiro de Entrevista com perguntas abertas, objetivando obter as informações mais fidedignas possíveis, e, como cenário, a Instituição que abriga crianças com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, localizada em Niterói no Rio de Janeiro. Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram crianças soropositivas para a SIDA, institucionalizadas na Instituição supracitada e com idade entre 07 e 12 anos. Fez-se necessário entrevistar esse grupo de sujeitos para que as informações fossem passadas fidedignamente para o pesquisador, visando a colocação dos sentimentos e pensamentos próprios sobre cada situação, já que isso não seria possível caso o seu responsável fosse questionado. O estudo seguiu até que os resultados demonstraram dados recorrentes e, conseqüentemente, aceitáveis à pesquisa. Esta pesquisa foi baseada e respeitou todo o conteúdo da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, com autorização concedida em dezembro de 2006, e utilizou o Consentimento Livre e Esclarecido preenchido pelo responsável legal dos sujeitos do trabalho. O estudo nos possibilitou chegar ao que cada um vive e como se sente em relação à discriminação pela sua doença. Dessas informações, duas categorias foram conseguidas em seus discursos. A primeira delas é a questão da importância e eficácia do

* Enfermeira Residente do Instituto Fernandes Figueira – IFF/FIOCRUZ. Estrada Washington Luiz, nº 1956, fundos, Sapê – Niterói, RJ, CEP: 24315-375. E-mail: jacau@ig.com.br.

[†] Enfermeira Professora Doutora da Universidade Federal Fluminense

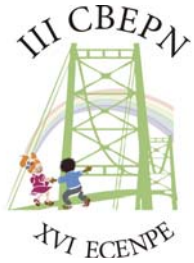
[‡] PEREIRA, Silvana Maria et al. Violência rima com adolescência? Revista Adolescência – Compreender atuar e acolher. Cap. 4, 2006.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

amor e a segunda é a questão do processo de exclusão social. Sabe-se que todo ser humano quando nasce tem de se desenvolver e crescer para que tenha responsabilidade e bom senso para guiar sua própria vida. A infância, portanto, é uma das partes mais importantes para que o valor a esses dados seja fixado na mente de cada um, onde podemos concluir que a companhia e a presença de outros em nossas vidas nos deixa um tanto quanto protegidos, facilitando todo o processo do viver. Isso foi observado na pesquisa com explicações como, “quando eu fico triste eu gosto que uma pessoa fale alguma coisa e me dê carinho” (L.S.F.C.) ou “brincar com meus amigos me deixa muito feliz, porque eu amo!” (LE.S.F.C.). Surgem, portanto, sentimentos essenciais na vida do ser humano como, por exemplo, a amizade, a fraternidade, o humanismo, o respeito e a solidariedade, todos sendo reunidos no sentimento maior que é o amor. Pudemos observar a importância dada ao amor externado de todas as maneiras possíveis, desde pequenas ações do dia-a-dia até maiores demonstrações de afeto ao próximo. Como na fala seguinte: “conheci uma mãe, a coisa mais legal que eu tive foi ganhar uma mãe... eu senti que ela é minha mãe verdadeira... ela cuida, ela dá o coração dela pra gente... ela faz tudo. Ela conversou comigo, me deu um abraço... e eu fiquei muito feliz.” (A.L.S.P). “O amor não é, primordialmente, uma relação para com uma pessoa específica; é uma atitude, uma orientação de caráter, que determina a relação de alguém para com o mundo como um todo, e não para com um ‘objeto’ de amor. Se uma pessoa ama apenas a uma outra pessoa e é indiferente ao resto dos seus semelhantes, seu amor não é amor, mas um afeto simbiótico, ou um egoísmo ampliado”[§]. Sobre a segunda categoria encontrada, a questão social, as diferenças entre os seres humanos existem e não podem ser negadas ou ocultadas, mas esse fato não é uma condição que deva ser utilizada como norteadora para as ações dos indivíduos na sociedade. Contudo o que se observa é que a maioria das pessoas não entende que, caso acabem por excluir um ou outro por ser diferentes, isso poderá acarretar um provável trauma psicológico naquele sujeito, como se pode observar nas palavras do entrevistado quando diz que “quando a gente fica quietinho na nossa, ficam brigando com a gente... Quando eu fico triste não tem ninguém pra me ajudar... Se tivesse alguém pra me ajudar eu ia ficar feliz” (C.C.R.B.). No caso das crianças soropositivas para a SIDA, antes mesmo de obter a compreensão sobre a doença que nelas está instalada e de suas complicações, acabam por sofrer a discriminação da sociedade, o que nos faz parar para constatar que muitos direitos inerentes a essas crianças são barbaramente boicotados. Como fala sobre sentimentos que passa em relação a uma de suas complicações em detrimento da SIDA, mostrando como a sociedade o trata, temos o discurso que “diferença do outro é um defeito... que não enxerga, que usa óculos, anda meio torto. Eu me acho diferente porque eu ando torto. As pessoas diferentes devem ser tratadas com carinho, com respeito e com amizade, mas as pessoas às vezes falam palavrão, é preconceituoso” (J.F.M.). Isso tudo se dá pelo simples motivo da população em geral não considerar que essas pessoas tenham mais condições de participarem e conviverem no mesmo meio que a massa, já que, por seu estado de saúde, ou não terão mais viabilidade para manutenção da mesma, e, conseqüentemente, da vida, ou até mesmo porque são riscos ativos para a “sociedade sã”. Observa-se que pequenas ações fazem um estrago na vida da criança quando diz que “algumas (pessoas) tem sentimento ruim, maltratam, provocam... implicam”. (C.R.S.). Muitos são os papéis de um enfermeiro, não se limitando apenas a tecnicidade da profissão, como, por exemplo, o trabalho e a participação devam ser efetuados com êxito e sem discriminação, havendo neutralidade e humanidade; se dispor a não só lutar por eles, e sim lutar com eles, abordando e esclarecendo para o paciente e todos ao seu redor a necessidade de perseverança, de força e de orgulho próprio, não permitindo que ninguém passe por cima da dignidade do ser humano e/ou estar atento para retirar o mito da fatalidade obrigatória que é carregada junto

[§] PIMENTEL, Heloisa. Para filosofar. São Paulo, SP: Scipione, 2000.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

ao desconhecimento da doença, uma vez que o tratamento já garante uma vida longa. Com tamanho crescimento e evolução de contaminação, foi crescendo também o preconceito e a conseqüente discriminação em relação aos portadores dessa Síndrome, onde um dos grupos mais afetados por essas práticas é o de crianças, visto que ainda não possuem o esclarecimento e entendimento da vida. Através das entrevistas observamos que todo esse desrespeito acaba por afetar ao ser infantil de maneira grave, o fazendo acreditar que é menor que o outro e que não tem o direito de viver como o outro, além de amedrontá-lo em relação à preservação de sua própria vida. Assim, no contexto de preconceito/discriminação/falta de amor/exclusão social, o enfermeiro se mostra essencial não somente como profissional, mas também, e principalmente, como um cidadão, exigindo que os direitos em todos os âmbitos daqueles que estão a sua volta sejam garantidos, de maneira eficaz e integral.

Palavras-chave: papel do profissional de enfermagem, síndrome da imunodeficiência adquirida, maus tratos infantis.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

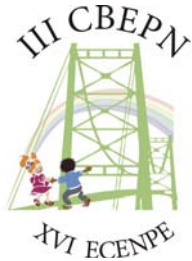
93 - Ritos e mitos acerca da dor na criança: contribuições para o cuidado de enfermagem

Aline Verônica de Oliveira Gomes*
Joice Cristina Pereira Antunes*
Liziane Barros Linares Machado†

Ao longo dos anos, mais precisamente, a partir da metade do século XX, as pesquisas relativas à dor, a maneira de identificá-la, avaliá-la e minimizá-la em pacientes pediátricos, têm evoluído consideravelmente. Atualmente, os profissionais de saúde têm acesso a muitas fontes de pesquisa e informações para consulta na questão do tratamento da dor em crianças. Entretanto, ainda nos dias de hoje, é possível identificar, mesmo no âmbito de profissionais de saúde, a presença de crenças e mitos relativos ao tratamento da dor. Diferenciar conhecimento de crença é difícil, pois devem ser compreendidos como complementares e não opostos. A crença consiste em um entendimento inconsciente, construído a partir de associações não verdadeiras. O conhecimento representa uma aquisição consciente, construído e comprovado por métodos puramente racionais, como a experiência e a observação. No entanto, “a aquisição do conhecimento é condição necessária para a modificação de crença, mas não é condição suficiente”. (GARCIA, 2006, p. 12). Atualmente, a dor é compreendida como um fenômeno biopsicossocial, resultante da associação de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e culturais. (WIKIPÉDIA, 2008). Quando falamos em ritos e mitos, estamos nos referindo ao fenômeno cultural que permeia o modo pelo qual o indivíduo expressa e vivencia a dor. Além disso, no cotidiano da prática de cuidar em enfermagem, a dor é um dos sintomas mais presentes, sendo sentida, diferentemente, pelas pessoas. A partir da experiência das autoras com as clientela neonatal e pediátrica, durante o atendimento de crianças em unidades hospitalares, foi observado que alguns profissionais de saúde ainda crêem que os recém-nascidos e as crianças, que não expressam a dor verbalmente, não a sente. Além disso, muitas crianças que são admitidas no hospital com queixas de dor, já foram previamente cuidadas pelos familiares, em geral as mães, que utilizaram o saber popular. Este estudo aprofundará os conhecimentos sobre as práticas alternativas de cuidado à dor, provenientes do saber popular da comunidade, que precisam ser compreendidas e valorizadas pelos profissionais de enfermagem, para uma atuação consciente, respeitando as diversidades culturais. Este estudo tem como Objetivos: a) Descrever os ritos e mitos do cuidado da dor na criança; b) Analisar a importância do conhecimento dos ritos e mitos do cuidado da dor na criança para o cotidiano da prática da enfermagem. Metodologia: Trata-se de um estudo reflexivo e descritivo, baseado na observação clínica durante o cotidiano da prática de cuidar em enfermagem, especificamente durante os cuidados culturais oferecidos pelos familiares à criança e ao recém-nato com dor. Este estudo foi realizado a partir de uma proposta da disciplina “Enfermagem, Cultura e Sociedade” pertencente ao curso de Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Resultados: A partir da experiência das autoras, durante a prática profissional de cuidar em enfermagem, observou-se que a associação de suas práticas, baseadas em conhecimentos científicos, com as práticas da comunidade, permeadas por fenômenos sócio-

* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

† Enfermeira Rotina do setor de Pediatria do Hospital Copa D’or, Aluna Especial de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rua da Passagem, nº130, apto 301, Botafogo, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 22290030. E-mail: lizblinares@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

culturais, constitui-se, na atualidade, um dos grandes desafios para a profissão. Assim, as práticas alternativas possuem fortes marcas culturais e retratam, muitas vezes, a história familiar dos clientes. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de conhecer o saber popular e valorizar as possíveis alternativas de cuidado. Neste sentido, cumpre citar que o cuidado envolve uma atuação consciente, que exige o conhecimento do contexto sociocultural em que a criança está inserida, para que haja um planejamento das suas ações, criando uma relação de confiança entre o profissional de saúde e os cuidadores responsáveis. (SOUZA et al, 2006). Assim, ao nos depararmos com situações inerentes à prática do cuidar, onde a mãe informa a utilização de água de arroz no tratamento da diarreia do seu filho, torna-se imprescindível a atuação do enfermeiro como educador, resgatando os valores desta família; uma vez que é válido esclarecer que esta prática é eficaz pelo seu efeito constipante. Outra prática alternativa comum é a utilização de compressas de álcool e banho morno para atenuar a febre. No entanto, é importante relatar que a compressa com álcool não é necessária, pois a substância evapora facilmente e acaba perdendo a função de deixar a pele da criança em contato com algo úmido e frio. Já a utilização de rodela de batatas debaixo do braço para diminuir a febre, é uma prática que contribui para transferência de calor, tendo em vista que atua como compressa fria. Estas situações devem ser identificadas pelo enfermeiro, pois o saber popular pode trazer contribuições para o tratamento de determinada queixa. Em contrapartida, poderá retardar a detecção de um problema mais grave que exija a orientação do profissional. Este fato é importante, principalmente, quando se refere à utilização de borra de café para cicatrização do umbigo, uma vez que se trata de uma prática que poderá estabelecer uma infecção grave e até mesmo, tétano neonatal, colocando em risco a vida da criança. Entretanto, ao utilizar um pedaço de papel na testa da criança para interromper o soluço, não há explicação científica. Há quem diga que é inútil, portanto, deve ser respeitada, pois se refere a uma crença que não trará malefícios para a criança. A utilização de maisena para assaduras e brotoejas, é estimulada pelo próprio profissional de saúde, e sua ação é de hidratar a pele. No entanto, é importante esclarecer que a maisena poderá desencadear alergia em função do pó. Não podemos deixar de enfatizar que a prática depende da crença de cada um, mas deve ser avaliada e, quando necessário, esclarecida quanto aos possíveis efeitos negativos para a saúde da criança. Diante do supracitado, é importante relatar que menosprezar um saber tradicional não é a melhor forma de se conseguir a mudança dos hábitos em saúde. Devemos adotar uma postura reflexiva ao lidar com o mundo cultural do nosso cliente, e buscar conhecimentos que nos propiciem uma relação transparente com esse modo alternativo de enfrentar a doença. “A valorização do saber popular permite que o cliente se sinta em casa e mantenha sua iniciativa dentro do processo saúde-doença”. (VASCONCELOS, 2001:124). Conclusão: Diante das reflexões realizadas nesse artigo, percebe-se que nós, enfermeiros, permeados por uma cultura onde o cuidado é o instrumento de nossa prática, temos a necessidade de buscar a interseção do saber popular com o saber científico, a fim de contribuir para a mudança do modelo de cuidado à saúde, onde se preconiza a valorização do ambiente familiar, do saber popular e, principalmente, do respeito e sofrimento do outro. Dessa forma, o presente estudo enfatiza as práticas populares utilizadas pelas mães no tratamento da dor que, apesar de nem sempre recomendadas pelo sistema de saúde, merecem respeito, uma vez que devemos estender o nosso olhar para o entendimento daquele sujeito a ser cuidado, focalizando a diversidade cultural inserida nesse cuidado. Esse saber popular deve ser identificado pelos enfermeiros, haja vista que, as práticas alternativas de saúde, baseadas em conhecimentos tradicionais, são transmitidas de geração em geração, influenciadas por fenômenos sócio-culturais e, continuam a fazer parte do cotidiano das mães ao cuidarem de suas crianças. Destaca-se também que, o conhecimento dos ritos e mitos acerca da dor na criança, utilizados na comunidade, baseadas nos saberes populares, traz contribuições e enriquecimento para a prática cotidiana de cuidar



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

em enfermagem nos diversos cenários de saúde, possibilitando um melhor entendimento das diversidades culturais, das condições sociais, das relações familiares e das crenças. Além disso, a partir do momento em que o enfermeiro respeita e valoriza as crenças populares utilizadas no cuidado da dor, ele estabelece uma relação de confiança com as mães ou responsáveis pelo cuidado de seus filhos, de forma a orientá-las sobre a melhor prática de cuidado que ela possa realizar, sem que haja repercussões que agravem o estado de saúde dessas crianças. No entanto, percebe-se também que, muitas mães utilizam diversas práticas alternativas de cuidado à dor de seus filhos antes de procurar uma instituição de saúde. Dessa forma, no momento em que o profissional de saúde presta um atendimento a essas crianças, ele deve buscar identificar e conhecer essas práticas, de forma a promover uma educação em saúde respeitando as crenças e os valores culturais, visto que, quando se fala em cuidado, não basta realizar uma simples técnica, devemos estar em consonância com a realidade sócio-cultural em que vivem nossos clientes.

Palavras - chave: enfermagem pediátrica, dor, cultura, cuidados de enfermagem.

Referências:

BARBOSA LC, MARTINS MC, SILVA VAG, CARVALHO QCM. **Dor na criança desnutrida: Percepção da mãe.** Ver. Latino AM. Enfermagem. 2005 julho-agosto; 13(4):596-8.

BUDO, M. de L. D.; SAUPE, R. **Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem.** Texto contexto - enferm. [online]. 2005, vol. 14, no. 2, pp. 177-185. ISSN 0104-0707.

GARCIA, DM. **Crenças de profissionais de Centros de Dor sobre dor crônica.** Dissertação (Mestrado) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

MEDEIROS, LCM. **As plantas medicinais e a enfermagem** - a arte de assistir, de curar, de cuidar e de transformar os saberes. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

VASCONCELOS E M. **Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde.** Interface - Comum Saúde Educ. 2001; 5(8):121-6.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

94 - Perfil das puérperas adolescentes de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul: análise dos dados parciais da pesquisa*

Pâmela Leites de Souza[†]
Sonia Maria Könzgen Meincke[‡]
Niviane Eidan[§]
Lara Dinis da Rosa Marques^{**}

Introdução: Nas últimas décadas, a gestação na adolescência tem sido considerada um importante assunto de saúde pública, em virtude da prevalência com que esse fenômeno vem ocorrendo ao redor do mundo (Chalem, 2007). No entanto, no quinto relatório anual do *State of the World's Mothers*, publicado em 2004 com dados coletados entre 1995 e 2002, Mayor destacou que 13 milhões de nascimentos, ou seja, um décimo de todos os nascimentos do mundo são de mulheres com menos de vinte anos e que mais de 90% destes nascimentos ocorreram nos países em desenvolvimento. As progressivas transformações no âmbito da sexualidade dos jovens, a iniciação sexual ocorrendo cada vez mais precocemente, torna-os alvos de preocupações. Independente do meio social em que estejam inseridos e do conhecimento prévio dos métodos contraceptivos, expõem-se, frequentemente, ao risco da gestação não planejada (Souza, 2002). Num país pobre, eminentemente jovem como o Brasil, em que a população formada por adolescentes é de 21%, a gestação na adolescência representa um grande desafio. Conforme dados do Ministério da Saúde (2005), através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), constata-se que de um total de 18.943 parturientes do ano de 2005, no Estado do Rio Grande do Sul, 3332 jovens tinham entre 14 e 19 anos, o que correspondeu a 17,6%. Frente a esses dados, o presente estudo busca delinear o perfil das puérperas adolescentes da pesquisa Redes de Apoio à Paternidade na Adolescência (RAPAD) a partir de variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais, a fim de elucidar alguns dos fatores associados à maternidade na adolescência. A pesquisa RAPAD foi realizada na cidade de Pelotas, no interior do Rio Grande do Sul, onde segundo Silveira (2008) do total de 3.980 mulheres grávidas e residentes no município em 2007, eram 674 adolescentes, o que equivale a uma prevalência de gravidez na adolescência de 16,9%. **Objetivos:** Identificar o perfil da população das puérperas adolescentes, que tiveram seus partos no Hospital Escola (HE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), na cidade de Pelotas no Estado do Rio Grande do Sul; determinar os fatores prevalentes na população estudada. **Metodologia:** O presente trabalho é um recorte do subprojeto quantitativo da pesquisa RAPAD realizada em três hospitais universitários vinculados às Universidades públicas de três estados brasileiros: Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraíba. Tendo sido aprovada no Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia sob nº 007/2008. Trata-se de um recorte, abordando dados parciais da pesquisa

* Redes sociais de apoio à paternidade na adolescência (RAPAD) - pesquisa com fomento do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) coordenada pela professora Sonia Maria Könzgen Meincke da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Rio Grande do Sul

[†] Acadêmica do 6º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL – Voluntária da pesquisa RAPAD. Email: pleitesdesouza@yahoo.com.br

[‡] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas - RS. Coordenadora da Pesquisa Multicêntrica: Redes de Apoio a Paternidade na Adolescência - RAPAD. Email: meincke@terra.com.br

[§] Acadêmica do sétimo semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia – UFPEL. Integrante e entrevistadoras da pesquisa-RAPAD. Email: laradmarques@hotmail.com

^{**} Acadêmica do sétimo semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia – UFPEL. Integrante e entrevistadoras da pesquisa-RAPAD. Email: niviane28@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

que foram coletados no período de dezembro de 2008 a fevereiro de 2009, através de entrevista estruturada às puérperas adolescentes, parturientes no HE da UFPel naquela época e que preencheram os critérios para a seleção dos sujeitos. Os critérios foram possuírem idade entre 10 e 19 anos, estarem internadas na maternidade do hospital integrante do estudo e consentirem participar deste. As variáveis nesta pesquisa são exploradas na vertente quantitativa e abordaram os seguintes aspectos com a puérpera adolescente: dados demográficos, sócio-econômicos e dados sobre a história ginecológica e obstétrica. Os dados foram analisados utilizando-se as frequências em números absolutos e percentuais. **Resultados e Discussão:** Do total de 47 puérperas adolescentes, 21,28% (10) encontram-se na faixa etária dos 13 aos 15 anos; 12,76% (6) tem 16 anos; a grande maioria das adolescentes puérperas 29,79% (14) estava com 17 anos; e a segunda faixa etária de maior número de puérperas adolescentes foi a de 18 a 19 anos com 36,18% (17). A cor/raça branca apareceu com predominância sobre as demais apresentando um índice de 61,7% (29 puérperas); em seguida a cor/raça parda/mestiça com 21,28% (10) e por último a cor/raça preta, acompanhando o índice da cor parda/mestiça com 17,02% (8). Em relação ao estado civil das puérperas adolescentes, 70,21% (33) eram casadas ou tinham companheiro estável, sendo que apenas 29,8% (14) eram solteiras. Quanto à escolaridade, verificou-se um índice de 65,96% (31) de evasão escolar, e apenas 34,04% (17), se mantiveram na escola concluindo o ano letivo iniciado. Assim sendo, 80,85% (38) possuíam ensino fundamental incompleto e/ou concluído e somente 19,15% (9) ensino médio em curso ou interrompido. Nenhuma da puérperas entrevistadas neste primeiro trimestre possuía emprego, sendo a renda do cônjuge/companheiro, a principal fonte renda com 53,19% (25); a renda familiar com 27,66% (13) e 21,28% (10) tinham outro tipo de benefício e/ou renda. Considerando as variáveis ginecológicas, verificou-se que a idade da primeira menstruação variou dos 10 aos 15 anos na população estudada, sendo que, 38,3% (18) das puérperas tiveram a sua menarca dos 10 aos 11 anos; 61,69% dos 12 aos 15 anos, e apenas 2,13% (1) não soube informar a idade da sua primeira menstruação. Os índices da primeira relação apresentaram correlação com os da menarca, apresentando as seguintes percentagens: 82,96% (39) tiveram a sua primeira experiência sexual entre os 12 e 15 anos; dos 16 aos 18 anos 14,89% (7) e apenas 2,13% (1) das puérperas não souberam informar a idade da sua primeira relação. A grande maioria, 68,08% (32) das puérperas adolescentes mencionou fazer uso de algum método anticoncepcional e apenas 31,91% (15) disseram nunca terem feito uso de algum método. Entre as que utilizaram algum método destacou-se o uso: de preservativo feminino 2,13% (1); de preservativo masculino 17,02% (8); de preservativo masculino e de pílula anticoncepcional oral (ACO) 19,15% (9); somente pílula anticoncepcional oral 17,02% (8); de preservativo masculino e pílula ACO e “tabelinha” 2,13% (1); de coito interrompido e preservativo masculino e pílula ACO 8,51% (4) e de pílula ACO e tabelinha 2,13% (1). Constatou-se que, a partir da análise preliminar dos dados, a maioria das puérperas adolescentes encontravam-se na faixa etária entre 17 e 19 anos e eram da cor/raça branca. Contrapondo pesquisas semelhantes, que observaram maiores índices de gestação na adolescência na parcela negra da população (Souza, 2002). Prevaleceu o estado civil casada ou com companheiro estável. Observou-se que, independentemente da faixa de idade, a maioria das adolescentes relatou na ocasião da entrevista, ter abandonado a escola em virtude da gravidez. Associado a isso, percebeu-se alto índice de baixa escolaridade, relatado também em pesquisa análoga em que, a evasão escolar associada à gestação precoce traz graves conseqüências para a adolescente e seu filho e para a sociedade em geral, principalmente porque, nessa faixa etária, uma das poucas opções de inserção social e de ascensão econômica se dá por intermédio do sistema educacional (Chalem, 2007). Corroborando essas questões, observou-se que a maior parte das adolescentes entrevistadas vive com renda de valor inferior a um salário mínimo, sendo esta proveniente do cônjuge/companheiro, e em segundo lugar da renda familiar. Nenhuma



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

das puérperas neste primeiro trimestre de coleta de dados possuía um emprego fixo. Os índices da primeira relação apresentaram correlação com os da menarca, visto que as maiores percentagens foram entre as menores faixas etárias, referenciando que a vida sexual ativa inicia tão cedo quanto for a primeira menstruação. Apesar da maioria das puérperas adolescentes referir fazer uso de algum ou mais métodos anticoncepcionais, tal fato não impediu a ocorrência da gestação. **Conclusão:** Diante do exposto é necessário refletir-se sobre tais dados da pesquisa Redes de Apoio à Paternidade Adolescência, pois, mesmo que parciais, eles evidenciam a necessidade de novos olhares e estratégias no cuidado às adolescentes, que possibilitem o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde voltadas às especificidades dessa faixa etária. Essas ações carecem de pactuação com os adolescentes e instituições educacionais e de saúde, a fim de serem dirigidas aos fatores modificáveis identificados nesse estudo, como a evasão escolar e o planejamento familiar. Espera-se que estes dados sensibilizem os profissionais da área da saúde, resultando numa assistência mais atuante e qualificada às mães adolescentes, estimulando-os ao desenvolvimento de novas medidas de saúde para a atenção à maternidade na adolescência.

Palavras-chave: gravidez na adolescência, adolescente, evasão escolar, planejamento familiar.

Referências:

1. CHALEM, E. **Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(1):177-186, jan, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n1/18.pdf>> Acesso em: 06/08/09.
2. SOUZA, I.F. **Gravidez de adolescência: uma questão social.** Adolesc. latinoam. vol.3 no.2 Porto Alegre Nov. 2002. Disponível em: <http://al-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid_> Acesso em: 06/08/09.
3. **Proporção de nascidos vivos por idade materna por Unidade de Federação – Rio Grande do Sul.** Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2005. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 06/08/09.
4. SILVEIRA, L.L. **Fatores associados à maternidade na adolescência.** 2008. Disponível em: http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_00676.pdf Acesso em: 06/08/09.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**95 - A morte em unidade de terapia intensiva pediátrica e seus reflexos na
equipe de enfermagem: uma revisão bibliográfica**

Priscila Graciele Oliveira*
Tatiany Calegari[†]

A morte, embora faça parte do ciclo da vida, ainda é um tema polêmico, muitas vezes evitado e por muitos não compreendido. Embora presente direta ou indiretamente em algum momento da vida do ser humano, é uma questão de difícil discussão. Em pleno século XXI ainda é difícil para o homem falar e pensar sobre a morte como sendo algo pertencente ao ser humano ou a tudo que tem vida. Morrer é a única certeza da vida, uma vez que se constitui no ponto crucial da existência humana, porém mesmo consciente de que é um acontecimento certo e pertencente à própria existência, evita-se falar sobre a morte na tentativa de poupar qualquer mal-estar ou sensações desagradáveis em decorrência de uma grande perda; ou também na fantasia de que poderá estar atraindo-a para próximo de si ou de algum ente querido. Isso faz com que a morte passe a ser assunto tabu, afastando ainda mais a realidade a ser vivenciada. Quanto ao tema da morte em instituições hospitalares, verifica-se que ela frequentemente ocorre na unidade de terapia intensiva (UTI) adulta e pediátrica, os quais têm o propósito de prestar cuidados especializados e imediatos para evitar a morte ou minimizar complicações decorrentes de algum agravo, sendo que a equipe de enfermagem desses setores defronta-se constantemente com a angústia de cuidar de pacientes em processo de morrer e essa experiência é considerada uma das mais penosas de ser enfrentadas. Quando nos referimos à morte em UTI Pediátrica, a questão reveste-se de especial crucialidade. Os sentimentos pela morte se agravam quando dizem respeito à criança. Em nossa concepção de vida, a morte precoce é vivenciada com resistência e a criança que morre estaria sendo privada do sentido da vida. A intensidade do sofrimento depende do grau de vínculo estabelecido com os pacientes no processo de cuidar. Ressalta-se que, geralmente, a morte de crianças em unidades de terapia intensiva é menos aceita pelos trabalhadores de enfermagem por entenderem que, nestes casos, a formação do vínculo é inevitável e também pelo fato de tal morte não seguir o percurso natural da vida. Independente do significado dado a ela, é necessário refletir e entender a morte como continuação da vida, um acontecimento acompanhado de dor, sentimento de perda, que é vivido por qualquer ser humano e deve ser respeitado como um momento de sofrimento. Partindo do pressuposto de que os profissionais de enfermagem das unidades de terapia intensiva pediátricas têm preparo insuficiente para lidar com tais situações foram traçados os objetivos do estudo: identificar os sentimentos e as percepções dos profissionais de enfermagem da UTI pediátrica no enfrentamento do processo de morte dos pacientes; analisar tais sentimentos e percepções; propor intervenções que potencializem o enfrentamento e a resiliência destes profissionais na assistência prestada às crianças nesse contexto. Este estudo constitui-se em uma revisão, utilizando o referencial da pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é entendida como o ato de indagar e de buscar informações sobre determinado assunto, por meio de levantamento realizado em bases de

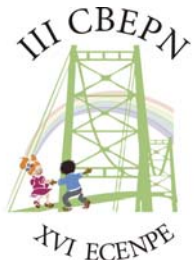
* Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia; Pós-graduada em UTI com Ênfase em Urgência e Emergência pelo Instituto Passo 1 de Uberlândia. E-mail: prizinhaufu@yahoo.com.br

[†] Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Mestre em Ciências da Saúde. Endereço: Rua Mário Pinto Sobrinho, 226. Bairro: Santa Mônica. Uberlândia, MG. CEP: 38408-128. E-mail: taticalegari@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

dados. Utiliza-se fundamentalmente das contribuições de diversos autores sobre um tema. Nesse sentido, o primeiro passo para o desenvolvimento da pesquisa bibliográfica consiste na exploração das fontes documentais. Com este propósito, efetuou-se uma revisão das publicações na área da saúde, tendo sido consultadas as palavras-chave (unidade de terapia intensiva, pediatria, morte e enfermagem) em artigos publicados online em bases de dados (Lilacs, Medline e Scielo) e em teses divulgadas em bibliotecas virtuais. A busca bibliográfica incluiu também livros sobre o tema pesquisado, disponíveis no acervo da biblioteca da Universidade Federal de Uberlândia, MG. O material foi analisado seguindo a proposta de análise temática, sendo inicialmente procedida à leitura de todo o acervo, a identificação dos eixos temáticos e aferidos seus respectivos núcleos de sentido. Com base na literatura pesquisada pode-se afirmar que a maioria dos profissionais de enfermagem de terapia intensiva tem manifestações divergentes em situações semelhantes. Os profissionais de enfermagem das unidades de terapia intensiva (UTIs) têm, através da prestação de seus cuidados, a finalidade de contemplar os indivíduos com uma assistência holística em todo o ciclo vital, porém, a literatura aponta que esta classe de profissionais ainda apresenta dificuldades em situações que envolvam a potencialidade, a iminência e a configuração de morte. A equipe de enfermagem sofre intensamente ao acompanhar o processo de morte de seus pacientes, contrariando a representação social existente de que os cuidadores acabam se acostumando com a ocorrência de morte. Os resultados do trabalho retratam a complexidade dos cuidados em situação de morte pediátrica. Em síntese, os profissionais consideram como primordial, em sua profissão, a capacidade de salvar vidas e procuram, dessa forma, mantê-la constante no seu dia-a-dia. Diante da morte de uma criança, descrevem sentimentos de angústia, frustração, medo, insegurança, limitação, impotência, entre outros. Nesse contexto, percebe-se que há carência de qualificação profissional que atuam nesses setores para lidar com a experiência da morte de crianças. A morte gera sofrimento nos profissionais de enfermagem e estes tentam livrar-se dela o mais rápido possível, sem ao menos enfrentar a própria emoção decorrente de um acontecimento importante. Há a necessidade da pessoa que se depara com a morte expressar a dor e a saudade, o inconformismo e todas as emoções, por mais ambivalentes ou dolorosas que possam ser. Na situação de trabalho da UTI Pediátrica a equipe de enfermagem confronta-se constantemente com pacientes graves, em iminência de morte e na presença de uma assistência com utilização de tecnologias modernas e sofisticadas, a morte nesse setor é vista, na perspectiva destes profissionais, como um fracasso ou imperícia. A morte da criança e do adolescente é interpretada como interrupção no seu ciclo biológico e quando uma criança morre, os elementos da equipe de enfermagem vivenciam sentimentos de tristeza intensa, que se caracteriza como uma depressão vivida coletivamente, pois interfere em toda a estrutura da equipe e é um fenômeno causador de intenso sofrimento, com o qual é muito difícil de lidar e aceitar. No contexto da morte em UTI pediátrica, a equipe busca desenvolver mecanismos e estratégias coletivas de defesa para enfrentarem a dor ocasionada pela morte dos pacientes. Possivelmente essa prática, criada pelos próprios trabalhadores, ofereça alguma proteção contra a ansiedade que essa experiência mobiliza. Conclui-se que os profissionais de enfermagem necessitam de suporte emocional e educacional para lidarem com a morte de forma mais harmoniosa e para prestarem melhor assistência às crianças que estão em iminência de morte. Diante do exposto, este trabalho sugere a implantação de um processo pedagógico nas escolas da área da saúde que inclua, em seus currículos, o tema da morte, além de defender a importância de haver um espaço de discussão entre a equipe de enfermagem das UTIs na tentativa de amparar psicologicamente os profissionais ajudando-os a refletirem sobre o tema da morte, sobre suas condutas, situações vivenciadas, cuidado à criança em iminência de morte e sobre o homem como ser existencial. Percebe-se que, quando se discute um caso clínico no grupo, este favorece a compreensão dos limites do investimento terapêutico e, portanto, a finitude



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

torna-se mais tranqüila para a tríade paciente-familiares-enfermagem.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva; pediatria; morte; enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**96 - Vivência do método criativo-sensível: instrumentalização para pesquisar
criança e adolescente vivendo com HIV/aids**

Laís Machado Hoscheidt*
Viviane Marten Milbrath[†]
Débora Fernandes Coelho[‡]
Eva Neri Rubim Pedro[§]

Tem-se buscado formar Enfermeiros comprometidos com o cuidado ao ser humano, nas diferentes etapas do seu processo evolutivo. Enfermeiros com uma visão crítica e reflexiva, conscientes de seu papel social; capazes de construir conhecimentos através da pesquisa. Conhecimentos validados para o bem comum, ou seja, pesquisas éticas com relevância para a sociedade. Sob essa ótica, salientamos a necessidade da inserção do acadêmico de enfermagem na pesquisa, por meio dos projetos de Iniciação Científica, nos quais eles são apresentados, preparados e motivados para o processo de produção de conhecimento. Cientes da importância da iniciação científica na trajetória pessoal e profissional do futuro enfermeiro objetivamos relatar a experiência da instrumentalização de acadêmicos de enfermagem por meio do Método Criativo Sensível (MCS) para vivenciarem a etapa qualitativa da coleta das informações, de uma investigação multicêntrica UFRGS/UFSM com financiamento do Programa Nacional DST/aids UNESCO, a qual busca avaliar o impacto da adesão ao tratamento anti-retroviral em crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria/RS. O MCS foi escolhido como mediador da instrumentalização dos acadêmicos pois esse método facilita o aprendizado, além de ter sido a metodologia elencada para a coleta de informações da referida pesquisa. O MCS tem nas dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS) o seu dispositivo central de produção das informações para a pesquisa científica. A criatividade e a sensibilidade são valorizadas na produção das informações, objetivando facilitar a expressão dos participantes da pesquisa. A ciência e a arte encontram-se associadas de um modo que os atores sociais do estudo conseguem criar e refletir sobre situações existenciais concretas. As DCS permitem a criação de espaços para a discussão e reflexão. No processo de produção das informações, o pesquisador e os participantes do estudo se encontram em uma experiência vivencial e existencial, mediada pelo diálogo desenvolvido nas DCS (CABRAL, 1997). Este método fundamenta-se no referencial de Paulo Freire, caracterizando-se pela valorização da singularidade de cada participante do grupo e pela coletivização das experiências. Além disso, apresenta uma diversidade na produção do conhecimento característico das dinâmicas de criatividade e sensibilidade utilizadas no MCS, cuja base é construída a partir do senso comum e do saber científico (CABRAL, 1999). O MCS tem como essência a diversidade, possibilitando a inserção de diferentes mundos de sinais em que todos os envolvidos possam codificar e decodificar. O que acontece, no entanto, é a transformação desses códigos através do compartilhamento de experiências que ocorrem no espaço coletivo, levando assim ao processo de decodificação e recodificação, gerando a construção de um mundo novo de

* Aluna de graduação do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, integrante do grupo de pesquisa CEVIDA-UFRGS. lais_hoscheidt@yahoo.com.br. Fone: (51) 30123909. End: Luis Lederman, 355/03 bairro: Jd Ipu Porto Alegre/RS.

[†] Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), bolsista do REUNI. Membro CEVIDA-UFRGS.

[‡] Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Enfermeira do Núcleo de Pesquisa Materno-Infantil da Santa Casa de Porto Alegre. Membro CEVIDA-UFRGS.

[§] Doutora. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS. Membro CEVIDA-UFRGS.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

signos. Experiências de pesquisas empregando este método possibilitam múltiplos olhares sobre o tema família, a partir do encontro de saberes singulares que constroem o conhecimento coletivo (CABRAL, 1999). Pois, a família deve ser acolhida de maneira multidimensional, por ela apresentar relações com as dimensões tempo-espaço e físico-simbólicas. Apontando outros elementos significativos, a saber a inter e intrageracionalidade, a rede de apoio social, o sistema profissional e popular de cuidados, dentre outros. Com isso, revela-se a atenção com o cuidado familiar como um processo dinâmico que está em constante construção, desconstrução e reconstrução, tornando-se exacerbado no enfrentamento da doença, principalmente, quando se trata da doença de um filho. Esse momento, desarticula a dinâmica e a estrutura familiar, passa a visualizar outras dimensões do viver. Situação que faz com que nós, profissionais de saúde pediátrica, estejamos preparados a contribuir para o processo de enfrentamento da família às situações de dor e dificuldades que se empõem ao longo da trajetória familiar (ISSI *et al*, 2001). O MCS privilegia a participação ativa dos sujeitos na busca da construção coletiva do conhecimento, associando a realidade concreta e a expressão criativa, além de propiciar ao grupo a criação de uma relação dialógica-dialética (MOTTA, 2004). Outro aspecto relevante deste método é a combinação entre ciência e arte, de espontaneidade e introspecção, de criatividade e sensibilidade, de realidade concreta e expressão criativa. Constata-se, que a interação grupal cria um espaço privilegiado que favorece aos participantes, o conhecimento de si e do outro de maneira mais completa, revelando o modo de ser de cada um, seus juízos de valores, seu imaginário, dentre outros aspectos como cultura, religião e influências do contexto familiar (CABRAL, 1999). Desta maneira, para este estudo, as oficinas de criatividade e sensibilidade foram vivenciadas pelos integrantes do grupo, principalmente os bolsistas do projeto, como forma de sensibilização do método. No primeiro momento, os participantes dividiram-se em duplas, formadas para a procura do par da “cara-metade” oferecida aos integrantes. Houve um tempo destinado a interação entre as duplas, onde cada uma apresentou seu acompanhante ao grande grupo, propiciando um momento de confraternização. Após, iniciou-se a proposta, através do lançamento de duas questões norteadoras, nas quais abordaram-se como temas: as facilidades e dificuldades encontradas na vivência do grupo de pesquisa no ambiente de coleta de dados e o que foi utilizado para superá-las. O grupo optou por fazer um trabalho coletivo, utilizando a construção de um único cartaz. O segundo momento caracterizou-se pela discussão no grupo para decidir o que iriam utilizar, buscou-se apoio em materiais impressos (recortes de revistas) como motivadores para possibilitar encontrar as respostas ao problema. Houve muitos questionamentos acerca das escolhas de temas a serem contemplados na produção artística. O grupo foi percebendo que somente as figuras não traduzem a resposta: é necessário trazer a convicção de cada participante. Este momento de “criatividade” é prazeroso; os integrantes demonstram harmonia na construção coletiva. Depois, o grupo acaba se dividindo para a produção da segunda questão norteadora, enquanto outros finalizam a produção artística do cartaz. Na apresentação do trabalho confeccionado, apareceram como resultados questões relacionadas às percepções dos participantes no decorrer do desenvolvimento da coleta de dados quantitativos, já experienciado com o projeto, demonstrando vivências comuns, porém interpretadas sob diferentes olhares. Surgiram questionamentos acerca dos temas propostos, levando os participantes a pensarem sobre suas atitudes, relacionamentos entre os bolsistas e entre estes com os profissionais do serviço, com as crianças, adolescentes e suas famílias, além de proporcionar, principalmente, uma ampla discussão acerca do foco do projeto de pesquisa, ou seja, a adesão ao tratamento de crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids. Demonstrando assim, o interesse e a preocupação dos participantes em relação a temática. Destaca-se a contribuição dos participantes que não estão envolvidos, diretamente, com a coleta de dados, porém trouxeram opiniões relevantes, com um olhar neutro de quem



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

acompanha o desenvolver da pesquisa com uma visão periférica. Revelando a importância da singularidade apresentada por cada participante enquanto sujeito e observador de um contexto, possibilitando a construção de um novo olhar sobre esta realidade, apoiando-se na aproximação do individual ao coletivo, transformando-se em um entrelaçamento de saberes. Com isso, verificou-se a eficiência à aplicação do método como uma estratégia pedagógica, confirmando a multiplicidade de formas de expressões e compartilhamentos de experiências, com um caráter informal, singular e construtivo, favorecendo de uma maneira criativa e sensível a formação e a troca de conhecimentos.

Palavras-chaves: relato de experiência, grupo de pesquisa, método criativo-sensível, criança e adolescentes vivendo com HIV/aids.

Referências:

- CABRAL, Ivone Evangelhista. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê.** Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Ana Nery, 1999, 300p.
- ISSI, Helena Becker et al. **Convivendo com a família em unidade de oncologia pediátrica:** relato de experiência com grupo de pais. IN: Encontro interdisciplinar sobre família: a multidimensionalidade do cuidado na família no Mercosul. Encontro LEIFAMS da Região Sul. Pelotas: Ed. Universitária, 2002.
- MOTTA, Maria da Graça Corso. **Ensinar a Prevenção Contra a Violência Em Oficinas de Criatividade.** IN: As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem/organizadores: LUZ, Anna Maria Hecker, MANCIA, Joel Rolim, MOTTA, Maria da Graça Corso. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2004, 168p.
- MOTTA, Maria da Graça Corso. **O entrelaçar de mundos: família e hospital** IN: ALTHOF, Coleta Rinaldi; ELSSEN, Ingrid; NITSCHKE, Rosane Gonsalves (orgs.). Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-Livro, 2004, 168p.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**97 - Capacitação do grupo de pesquisa para realização da coleta de dados:
transmissão vertical do HIV**

Aline Goulart Kruel*
Bianca Knevez Costa[†]
Fabíola Suris da Silveira[†]
Maria da Graça Corso da Motta[‡]

Introdução: No município de Porto Alegre, no período de 2001 a 2006, obteve-se 116.812 nascidos vivos, sendo que 2.377 representam crianças expostas ao HIV na gestação, no parto ou durante a amamentação. Desse total, 1.243 (52,29%) casos foram encerrados como não-infectados, 92 casos (3,87%) como infectados, 234 casos (13,63%) como perda de seguimento, 44 casos (1,85%) como óbito (antes da definição da sorologia) e 764 registros (32,14%) aguardam informações para seu encerramento. A partir desses dados, percebe-se que a transmissão vertical (TV) pode ser evitada desde que a gestante tenha acesso a um pré-natal de qualidade com disponibilidade de recursos para diagnóstico precoce da infecção, informações referentes à profilaxia desde as primeiras semanas de gestação e acompanhamento da criança até o resultado de sua sorologia. Com a finalidade de estimar essa taxa de transmissão vertical em Porto Alegre e os fatores de risco associados, no período de 01/05/2009 a 01/05/2010, será desenvolvido um estudo de coorte prospectivo, o qual será formado por crianças nascidas vivas expostas ao HIV no período perinatal. Os locais de nascimento serão as maternidades de Porto Alegre e as mães deverão residir nesse município até a definição da sorologia da criança. Os sujeitos de estudo serão incluídos durante a internação hospitalar pós-parto, de forma que será apresentada a pesquisa para a puérpera. Quando houver concordância será realizada a coleta de dados sobre pré-natal e parto, após essa etapa serão realizadas visitas domiciliares (VDs) para seguimento do caso, as quais ocorrerão no segundo, quarto e sexto mês de vida da criança. Antes do início da coleta dos dados, os auxiliares de pesquisa, estudantes da graduação de Enfermagem, participaram de uma capacitação, com duração de 15 horas. Nessa instrumentalização foram realizadas palestras sobre transmissão vertical, questões sociais da vulnerabilidade e visitas domiciliares, além de dinâmicas de grupo abordando questões relacionadas ao HIV/aids e abordagem à mãe. Além disso, todas as questões do instrumento de captação das participantes e do instrumento das visitas domiciliares foram explicadas, de modo que fossem abordadas as diversas situações que poderão ser encontradas. As questões éticas e bioéticas são preservadas de acordo com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo: Relatar a capacitação realizada com os alunos de graduação, a qual aprimorou os conhecimentos referentes à transmissão vertical do HIV, bem como, orientou a realização das etapas da pesquisa. **Metodologia:** Utilizaram-se como estratégias metodológicas seminários e dinâmicas de grupo. **Resultados:** A capacitação começou elucidando questões sobre “Transmissão Vertical do HIV”, para tanto os auxiliares de pesquisa participaram do seminário ministrado por um médico especialista em ginecologia e obstetrícia. Nesse dia os alunos esclareceram suas dúvidas sobre o assunto e adquiriram novos conhecimentos, a partir do domínio sobre o tema e da experiência do palestrante. A próxima etapa do treinamento consistiu na realização de duas dinâmicas de grupo, a responsável pela

* Bolsista PIBIC – CNPq, aluna de graduação em Enfermagem da UFRGS. Endereço: Rua Alzira Freitas Tacques, 255; Bairro: Protásio Alves; Porto Alegre/RS. E-mail: alinekruel@ig.com.br

[†] Alunas de graduação em Enfermagem da UFRGS.

[‡] Enfermeira, Doutora, professora da Escola de Enfermagem da UFRGS.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

organização do trabalho foi uma psicóloga. A primeira dinâmica realizada foi a “Cadeia de Transmissão”, sendo desenvolvida da seguinte maneira: foram distribuídos pedaços de papéis em quantidade igual ao número de participantes, nos quais continham três diferentes formas geométricas, de modo que cada uma representava uma situação: pessoa que vive com HIV/aids, pessoa que utilizava preservativo e pessoa que não o utilizava. Cada participante, após escolher um dos papéis aleatoriamente, se relacionava com o outro de forma fictícia. No final foi revelado o significado dos símbolos. A partir dessa dinâmica foi observada a importância do uso do preservativo, uma vez que não se conhece a vida e o passado sexual do parceiro. Em um segundo momento, foi realizada uma dinâmica para trabalhar as questões relacionadas ao impacto da revelação do diagnóstico de HIV/aids e a vivência de uma doença crônica. Os participantes se colocavam no lugar de uma pessoa doente com tempo de vida determinado. As prioridades de vida de cada participante eram identificadas a partir do tempo de vida estipulado. A realização dessa dinâmica propiciou que os auxiliares de pesquisa pudessem perceber como é receber um resultado positivo de HIV, bem como os sentimentos e fantasias que podem ocorrer durante o processo do viver com uma doença crônica. A vivência dessa dinâmica também contribuiu para entender e não julgar as atitudes do outro. A capacitação seguiu com a realização de dois seminários, cujos temas foram “Vulnerabilidade - questões sociais”, apresentado por uma doutoranda em enfermagem e “Visita Domiciliar”, realizado por uma técnica de enfermagem com experiência em busca ativa de pacientes faltosos. Esse momento propiciou uma reflexão sobre a realidade social e as dificuldades que os auxiliares de pesquisa poderiam encontrar no decorrer das fases do estudo. Em outra etapa dessa instrumentalização foram realizadas duas dinâmicas para trabalhar o tema “Abordagem à Mãe”. A primeira dinâmica abordou a questão dos rótulos sociais. Para isso, era fixado na testa dos auxiliares de pesquisa um papel com termos pejorativos como: aidético, fedorento, fofoqueiro, vagabunda, drogado, querida, tranqüila, entre outros. Os demais participantes tinham que criar um diálogo com o colega ressaltando a característica identificada. Dessa forma foi simulada uma situação em que os auxiliares de pesquisa experimentaram como é ser vítima de preconceito. Na outra dinâmica, foram realizadas dramatizações, representando diversas situações que podem ocorrer na abordagem à mãe, tanto no hospital, quanto no domicílio. A etapa final da capacitação foi destinada a leitura e compreensão do instrumento da pesquisa, sendo solicitado aos auxiliares de pesquisa que realizassem a entrevista com pessoas próximas para avaliar o entendimento das questões. Após esse processo de aprendizagem todos os auxiliares de pesquisa encontram-se aptos para participar do estudo. A capacitação foi realizada pela equipe de pesquisadores integrantes do Grupo de Pesquisas do Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA), os quais são participantes do estudo em questão. **conclusão:** O processo de capacitação foi de extrema importância não só no aspecto do conhecimento científico, como também na integração do grupo e no engajamento com a pesquisa. As diversas técnicas e dinâmicas realizadas despertaram nos participantes uma reflexão acerca da situação das pessoas que vivem com HIV/aids na sociedade. Os novos integrantes da pesquisa puderam perceber nos relatos que o HIV é visualizado, atualmente, como uma doença crônica tratável e não mais encarada como uma sentença de morte. Além disso, não se caracteriza como uma doença específica de determinado grupo de pessoas ou classe social. Entretanto, a prevenção continua sendo de grande importância, pois apesar de tratável, a doença apresenta sérias consequências. No que diz respeito à abordagem das pacientes e sigilo das informações, a capacitação também possibilitou aprimorar o entendimento em relação aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

Palavras-chave: transmissão vertical, capacitação, HIV.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

98 - Trajetória da vivência de bolsistas de pesquisa nas etapas de um estudo quantitativos: um relato de experiência

Marina Rizza Fontoura*
Franciele Dal Forno Kinalski[†]
Everton Eduardo Dellamora Raubustt[‡]
Nair Regina Ritter Ribeiro[§]

Introdução: Durante o decorrer dos anos de 2007/2008 participamos como bolsistas da pesquisa intitulada: “Impacto da Adesão ao Tratamento Antirretroviral em Crianças e Adolescentes na Perspectiva da Família, da Criança e do Adolescente nos Municípios de Porto Alegre e Santa Maria/RS das Escolas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)” de pesquisadores e bolsistas de pesquisa vinculados ao Grupo de estudos do Cuidado e Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA). Este estudo teve como objetivo avaliar o nível de adesão e desvelar a percepção e a vivência, em relação ao tratamento antirretroviral e à adesão na perspectiva da família, da criança e do adolescente que vivem com HIV/Aids nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria. A amostra foi constituída de 169 indivíduos e o critério para inclusão no estudo era ser criança (de zero a 12 anos) ou adolescente (de 13 a 19 anos de idade) com diagnóstico de AIDS e estar realizando tratamento com antirretroviral por pelo menos três meses, sendo que, no caso das crianças, quem respondeu o questionário quantitativo foi o seu familiar/ cuidador/ responsável. No decorrer deste estudo, os bolsistas participaram de várias etapas, entre elas a construção do instrumento de coleta dos dados quantitativos, bem como da coleta de dados e análise dos mesmos. **Objetivo:** Pretendemos, através deste trabalho, descrever nossa trajetória de vivências e aprendizagens como bolsistas de pesquisa, abordando nossas experiências nas etapas relacionadas aos dados quantitativos. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de bolsistas de pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que participaram de todas as etapas do referido projeto. O Projeto conta com dois bolsistas de iniciação científica e seis bolsistas de pesquisa. **Desenvolvimento:** A participação no projeto foi iniciada com a construção do instrumento de coleta de dados quantitativos. Nesta fase houve inúmeras reuniões da equipe de pesquisadores com o intuito de verificar as melhores questões, itens e variáveis para serem incluídas no questionário. Assim, o instrumento de coleta constitui-se de um questionário com questões fechadas e algumas abertas, totalizando 77 perguntas. Após essa etapa, realizou-se um treinamento da coleta de dados com todos os membros da equipe de pesquisa. Houve palestras com discussões subsidiadas pela literatura, conhecimento e experiência dos profissionais envolvidos. Nessa mesma fase foram organizados seminários com a presença dos integrantes do grupo CEVIDA. Além de orientação e simulação para a aplicação do instrumento e da realização de entrevistas pilotos em uma Organização Não-Governamental (ONG) de Porto Alegre. No decorrer desta capacitação, identificou-se a necessidade de adequação do instrumento e a elaboração de um manual de orientação para a coleta dos dados, com o intuito de guiar os bolsistas em campo de coleta. A capacitação foi

* Acadêmica de Enfermagem UFRGS; Bolsista de Iniciação Científica FAPERGS; Endereço: Av. João Wallig, 821/202 Porto Alegre/RS CEP: 91340-000; E-mail: maririzza@hotmail.com

[†] Acadêmica de Enfermagem UFRGS.

[‡] Acadêmico de Enfermagem UFRGS.

[§] Enfermeira Professora Doutora do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF UFRGS). Docente Assistencial do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

muito importante para facilitar a abordagem dos bolsistas ao paciente. Após o término desta capacitação, iniciou-se a coleta de dados, na qual os bolsistas foram agrupados em duplas e cada uma destas, responsáveis por um campo de coleta. A coleta foi realizada em dois Serviços de Atendimento Especializados em DST/Aids e em três hospitais, sendo dois localizados em Porto Alegre e um em Santa Maria. Este relato refere-se aos locais de Porto Alegre. Ao longo desta etapa, muitas dificuldades foram encontradas, entre elas o desconhecimento e a resistência de alguns profissionais, mesmo com o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, inviabilizando a coleta de dados, em função do acesso aos pacientes ter sido prejudicado. Isso provocou um atraso significativo no andamento da investigação. Além disso, houve dificuldade de alguns profissionais aceitarem o acadêmico como pesquisador. Frente a essas dificuldades, a equipe de pesquisadores resolveu procurar os profissionais e expor as dificuldades de acesso aos participantes da pesquisa. Isto proporcionou uma melhora na abertura com os outros profissionais, fazendo com que estes ajudassem a ter um melhor relacionamento com o responsável pelos pacientes e futuros participantes da pesquisa. Ao final, houve um retorno positivo para a pesquisa, além de contribuir com o serviço, o ajudando em comemorações de datas festivas para os pacientes e com campanhas de doações. Ao falarmos de nossa experiência junto à população que buscávamos, obtivemos como limitação em relação à coleta de dados, o não-comparecimento das crianças e adolescentes nas consultas agendadas, impedindo a coleta de dados prevista. Contudo, na maioria das vezes, obtivemos um retorno positivo, através da aceitação em participar do estudo, compartilhando suas vivências conosco e nos proporcionando um aprendizado além do que constava no que precisávamos coletar no instrumento. No decorrer da coleta de dados quantitativos, vivenciamos momentos muito enriquecedores, pois muitos cuidadores/familiares sentiam-se seguros de contar sua vida e sua trajetória no tratamento da criança/adolescente, muitas vezes se emocionando e transformando em um momento de escuta e “desabafo”. Simultaneamente à coleta, os dados eram inseridos no banco de dados, para isto houve uma capacitação para maior reconhecimento do programa utilizado (Software Epiinfo). Após o término da coleta, iniciou-se a análise dos dados, nas quais os bolsistas foram responsáveis por alimentar o banco de dados e fazer a validação do mesmo, além de buscar referências para discussão dos dados. Pesquisar artigos para a análise foi muito enriquecedor, pois com isso houve um maior aprendizado acerca dos locais onde buscar esses artigos, além disso, os bolsistas conseguiram avaliar a sua habilidade em ler e compreender textos na língua inglesa, pois muitos artigos encontravam-se neste idioma. **Considerações finais:** Através desta experiência, construímos um maior conhecimento sobre a temática do estudo e como desenvolver uma pesquisa, aprendendo a lidar com as dificuldades que podem surgir no decorrer de seu percurso. Percebe-se a importância de sempre e primeiramente proteger à população em estudo, respeitando a autonomia e dignidade de cada participante e preservando sua confidencialidade e privacidade, independente dos impasses encontrados. Através das dificuldades encontradas, compreende-se a importância da inserção dos pesquisadores na rotina de trabalho, respeitando as particularidades de cada localidade e de cada pessoa. Percebe-se ainda, a necessidade e a importância da inclusão de alunos de graduação que gostem e estejam motivados a envolver-se com a produção de conhecimento científico, principalmente, como bolsistas de pesquisa. Hoje, cresce o número de alunos interessados em engajarem-se em grupos de pesquisas, muitos com o objetivo de futuramente seguir o caminho na pós-graduação, tornando-se mestres e doutores.

Palavras-chave: relato de experiência, bolsista de pesquisa, adesão, HIV/Aids.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

99 - Adesão ao tratamento antirretroviral e caracterização familiar da criança que vive com HIV/AIDS

Helena Issi*
Aramita Prates Greff†
Neiva Isabel Raffo Wachholz‡
Paula Manoela Batista Poletto§

Introdução: A epidemia HIV/aids apresenta uma alteração em seu padrão epidemiológico, evidenciada por uma maior intensificação dos processos de interiorização, juvenização, pauperização e feminização, sendo assim ocorre um aumento dos casos dessa doença na infância. O Ministério da Saúde¹ apresenta que, no período de 1980 a junho de 2004, o país acumulou 362.364 casos de aids, desses 251.050 são homens e 111.314 mulheres. Consta ainda que no Brasil, de 1983 a 1998, havia 7.003 casos notificados de crianças com aids, aumentando esse número no final de junho de 2004 para 10.917 casos. Tem-se também que a transmissão vertical do HIV representa cerca de 80% dos casos notificados de aids em indivíduos menores de 13 anos de idade. A adesão ao tratamento antirretroviral (ARV) envolve tanto o profissional de saúde quanto o paciente e, no caso das crianças, o seu familiar e/ou cuidador. A realização do tratamento corretamente é de suma importância, a fim de que esses pacientes não desenvolvam doenças mais sérias relacionadas ao HIV/ aids e não adquiram resistência aos medicamentos utilizados. Desse modo, considera-se importante avaliar o contexto familiar e sócio-econômico da criança que vive com aids, possibilitando implementar e qualificar ações que possam auxiliar na adesão ao tratamento antirretroviral, além de manter um acompanhamento efetivo da criança e de seu familiar/cuidador nos serviços de saúde. **Objetivos:** Avaliar as facilidades e/ou dificuldades na adesão ao tratamento antirretroviral dos pacientes menores de doze anos que vive com aids e traçar o perfil familiar e sócio-econômico dessa criança que realiza acompanhamento em um Ambulatório Pediátrico de um Hospital Universitário de Porto Alegre, RS. **Metodologia:** É uma pesquisa exploratória descritiva de caráter quantitativo. O cenário do estudo foi o ambulatório pediátrico de um Hospital Universitário de Porto Alegre e a população foi constituída por familiares e/ou cuidadores de crianças que vivem com aids de zero a doze anos que apresentaram indicação para realização do tratamento antirretroviral e que estavam sendo acompanhadas no ambulatório de pediatria do Hospital. A amostra do estudo foi composta de 39 familiares e/ou cuidadores de crianças que vivem com aids. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição campo de pesquisa. As questões éticas referentes à pesquisa com seres humanos foram asseguradas de acordo com a resolução 196/96, considerando questões como a livre participação do sujeito no estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado. **Resultados:** A análise dos dados constatou em relação ao grau de parentesco do cuidador que 51,3% são mães, 12,8% são tias, 10,3% são pais e 25,6% outros; a média de idade do cuidador ficou entre 33 a 43 anos para 43,1%; relativo ao grau de instrução 56,4% apresentou o 1º grau incompleto, 1º e 2º completos aparecem com 15,4% cada e 12,8% outros. Ao analisar a renda individual do cuidador verificou-se que 40,5% variam entre R\$ 250,00 a R\$380,00 e quanto à renda familiar 42,2% recebe entre R\$500,00

* Mestre, enfermeira, professora da Escola de Enfermagem da UFRGS.

† Psicóloga do Núcleo de Pesquisa Materno-Infantil da Santa Casa de Porto Alegre.

‡ Mestre, enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

§ Aluna de graduação em Enfermagem da UFRGS. Endereço: Rua Juruá, 208; Bairro: Jardim São Pedro; Porto Alegre/RS. E-mail: paulampoletto@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

a R\$760,00; referente à ocupação atual constatou-se que 41% estavam desempregados, 28,2% estavam empregados e 30,8% eram aposentados e trabalhadores informais. Em relação à moradia verificou-se que 84,2% dos entrevistados relataram possuir residência própria; referente às condições de moradia mais de 90% possui banheiro, água encanada, rede de esgoto, coleta de lixo e luz elétrica. Quanto ao uso de bebida alcoólica 64,1% dos sujeitos negaram o uso e dos 35,9% que afirmaram ingerir 42,8% disseram o fazer apenas em comemorações. Em relação à realização do teste anti-hiv 79,5% o fizeram, sendo que desses 70,9% o resultado foi positivo e destes soropositivos 54,5% utilizam medicamentos antirretrovirais; quando questionados o que compreendem por adesão ao tratamento 56,4% declararam não saber e daqueles que responderam 58,8% o fizeram corretamente. Ao caracterizar a criança verificou-se que 92,3% adquiriram o vírus através da transmissão vertical (TV), sendo que 61,5% são maiores que sete anos e 38,5% tem a idade menor ou igual a sete anos; do total das crianças 89,7% moram com seus cuidadores; 79,5% frequentam escola ou creche; sendo que 53,3% referiram que os profissionais dessas instituições sabem da sorologia da criança; ao analisar o tratamento com antirretrovirais realizado pela criança constatou-se que 20,6% informaram não lembrar dos medicamentos utilizados pela criança e dos que souberam relatar 67,7% coincidiram com a prescrição médica. Em relação às informações referentes à administração dos ARVs, constatou-se que 46,2% responderam que é fácil para a criança tomar os antirretrovirais, 43,6% difícil e 10,3% indiferente; 66,7% declararam que as crianças apresentam reações adversas; 53,8% afirmam que o gosto e/ou cheiro não interferem na administração dos ARVs; 64,1% referiram que utilizam alguma tática para administrar os antirretrovirais. Quanto aos horários de administração dos ARVs 87,2% manifestaram que os horários não interferem no tratamento; 61,5% disseram que a escola ou creche não interfere na administração dos antirretrovirais. Quanto aos dados referentes à relação do serviço de saúde/paciente verificou-se que 66,7% relataram que o acesso ao serviço é fácil; 97,4% dos cuidadores afirmaram receber orientação de como administrar os ARVs, dentre os profissionais citados destaca-se: o médico (94,8%), a assistente social (33,3%), o farmacêutico (28,2%), a enfermeiro (23,7%) e a psicólogo (5,1%). Ainda em relação aos serviços de saúde 38,5% manifestaram não ter sugestões em relação ao atendimento e 28,5% relataram que atendimento poderia ser menos demorado. **Conclusão:** O estudo evidenciou que 92,3% das crianças adquiriram o vírus através da transmissão vertical e que 73% das crianças são cuidadas pelas mães ou familiares. Outros resultados relevantes em relação aos cuidadores são: a maioria apresenta baixo nível de escolaridade, renda mensal inferior a um salário mínimo e idade superior a trinta anos. Salienta-se ainda que a maioria dos cuidadores declarou não saber o que significa adesão ao tratamento, além disso, dos 79,6% que relataram saber quais os medicamentos que a criança utiliza aproximadamente 35% não coincidiu com a prescrição médica. Esses fatores podem influenciar, de forma significativa, na não adesão ao tratamento ARV de crianças que vivem com aids. Foi possível perceber também que o cuidador é o responsável pela criança e seu tratamento, sendo necessária a sua instrumentalização, de maneira que a adesão e a qualidade de vida dessas crianças sejam garantidas. Os resultados demonstram a necessidade dos profissionais de saúde visualizar as múltiplas facetas que constituem o mundo das crianças que vivem com aids e seus cuidadores, a fim de utilizarem estratégias de cuidado que privilegiem a construção de redes de apoio, além do tratamento medicamentoso.

Palavras-chave: HIV/ aids, Tratamento antirretroviral, Crianças, Caracterização familiar.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. **Boletim Epidemiológico**. Ano XVIII, n. 01. Brasília: Ministério da Saúde, jan./jun. 2004.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

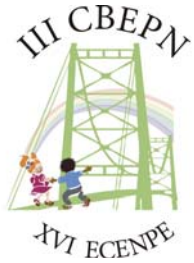
100 - Síndrome de down e produção de conhecimento na enfermagem

Michelle Darezzo Rodrigues Nunes*
Giselle Dupas[†]

O nascimento de uma criança em condições diversas das idealizadas pelos pais gera uma situação de crise na família. Em decorrência dos avanços tecnológicos observa-se aumento na sobrevivência de crianças que nascem com algum tipo de anomalia congênita. Receber a notícia que o filho tem síndrome de Down (sd) é como receber uma nova identidade, o que envolve grandes mudanças emocionais e psicológicas para os pais e para a família. A criança com sd na família, afeta a vida de cada indivíduo da mesma, o relacionamento entre eles, e as funções da família. Os aspectos afetados podem ser classificados em social, econômico, físico e emocional. As enfermeiras frequentemente estão envolvidas com as famílias durante as fases de sofrimento e assim têm uma oportunidade única de fazer diferença em suas experiências. Com o objetivo de auxiliar o enfermeiro no planejamento e execução das ações de cuidado a essas crianças e famílias, buscamos conhecer o que tem sido publicado sobre essa temática na literatura da área, pois consideramos importante que o enfermeiro fundamente suas ações em evidências geradas por estudos. Dessa forma, nos motivamos a realizar uma revisão bibliográfica sistematizada de publicações nacionais e internacionais, na área de enfermagem, relacionados à criança com sd, enfermagem e família, a fim de identificar o conhecimento disponível e verificar possíveis lacunas existentes, para subsidiar novas pesquisas com essa clientela. As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Cochrane, Medline, LILACS, BDEnf, ADOLEC, CINAHL e PubMed. Os critérios de inclusão foram: resumos de pesquisas de periódicos indexados em bases de dados informatizadas em inglês, português ou espanhol, no período de janeiro/1990 a agosto/2008. As palavras-chave utilizadas nas buscas foram: síndrome de Down e enfermagem, e estas foram cruzadas com família e/ou criança. Utilizamos 41 artigos na íntegra, que foram categorizados conforme suas semelhanças emergindo seis categorias temáticas: CARACTERÍSTICAS E DESENVOLVIMENTO DA SD: Três estudos focam as peculiaridades dessa alteração genética, destacando-se o tratamento para proporcionar maior qualidade de vida à criança e à família. Quanto ao desenvolvimento, a criança passa pelas fases normais deste, porém mais lentamente. Distúrbios de comportamento também podem acontecer, mas não são difíceis de disciplinar, desde que adequada ao desenvolvimento da criança. Educação sexual e aconselhamento genético são necessários conforme atingem certa idade. A estigmatização das pessoas com sd leva algumas famílias a optarem por cirurgias plásticas que modificam sua fisionomia. Com relação às características de temperamento comparadas a outros bebês, estes apresentam-se mais ativos, menos intensos e mais distraídos. EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA: Composta por onze estudos. O nascimento de uma criança com sd pode, inicialmente, simbolizar a frustração dos sonhos e expectativas, porém a opinião das famílias muda drasticamente quando familiarizadas com a criança. Com relação ao recebimento do diagnóstico, os pais identificam que os médicos têm medo de interagir com eles ou evitam falar sobre. Também descrevem a informação inicial como pessimista e desanimadora. O universo conceitual da sd é pouco ou nada conhecido por algumas pais. Embora a existência de uma criança seja fonte de motivação para aprendizado sobre a questão, alguns pais

* Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPESP) – São Carlos - SP. Email: mid13@hotmail.com. Avenida Caramuru, 2100, Ribeirão Preto - SP CEP: 14030-000

[†] Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos - SP. Email: gdupas@ufscar.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

relutam em aprender sobre as condições do filho. Quanto às características da criança as mais apreendidas foram: amabilidade, docilidade, obediência e sensibilidade. Sob a ótica dos outros filhos, o(a) irmão(ã) com sd é muito importante para eles, referindo-se a eles pelas características positivas, como estar sempre alegre. O filho é visto como alguém que tem atraso de desenvolvimento, esperando-se que exiba comportamentos correspondentes a grupos etários mais jovens do que aquele que se encontra. Contudo, há reconhecimento de seu potencial para a aquisição de novas habilidades e capacidades. A presença de alterações de saúde nos casos estudados tornam a vida da família mais difícil, gerando medo e ansiedade. A figura materna é apontada como a única em condições ideais para atender as necessidades infantis, recaindo o cuidado sobre ela. O contato social das famílias é diminuído. O casal também não tem tempo suficiente para os outros filhos. Alguns irmãos referem ter menos tempo para brincar com os amigos, de ficar com os pais e que após o nascimento da criança possuem maiores responsabilidades. Outro fator apontado é a busca da família pelos melhores serviços e pela inclusão no ensino regular. Preocupações referentes à economia, segurança, desenvolvimento, comunicação e futuro da criança são constantes, focando principalmente em sua dependência e em quem irá cuidar da criança após a morte dos pais. As respostas mais apresentadas pela sociedade são a rejeição e marginalização. Os papéis esperados para as famílias que possuem uma criança com sd, são semelhantes às famílias de crianças sem deficiência; contudo, as dificuldades enfrentadas são acentuadas. As famílias também são capazes de responder à experiência de terem uma criança com sd com resiliência. Muitas mães acrescentam que a experiência resultou em conseqüências positivas para os membros da família individualmente e para a família como um todo.

CUIDADOS COM A CRIANÇA E FAMÍLIA: Quinze artigos compõem esta categoria. Sugere que os cuidados de enfermagem devem ser baseados na melhor prática clínica, através do uso de guidelines, mostrando habilidade e conhecimento para conseguir uma abordagem holística e individualizada. Grande importância é dada a programas de intervenção precoce para crianças com sd, implementados por enfermeiras com o objetivo de ajudar pais no enfrentamento e desenvolvimento do potencial máximo das crianças. A importância da aplicação do “Family-Centered Care” (FCC), também é abordada por fornecer um fórum para a partilha de informações sobre componentes básicos de cuidar dos filhos e famílias. Sobre a assistência, o papel do enfermeiro é provocar mudanças, planejar uma intervenção sistematizada junto à família e desenvolver programas de treinamento para melhor desempenho da mesma. Especificidades da assistência de enfermagem também foram encontradas nos artigos, dentre elas, crianças com anomalias cardíacas, baixa estatura e com necessidade de educação sexual.

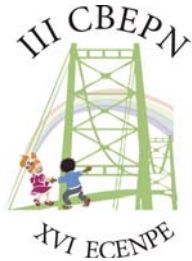
EXAMES DIAGNOSTICOS: Sete artigos sintetizam os exames utilizados no pré e pós-natal que indicam o possível nascimento de um bebê sd ou outra alteração genética. Um dos exames utilizados, o “Maternal Serum Screening”, indica risco relativo para sd; o ideal é que seja realizado com 16 semanas de gestação, tendo 75% de precisão. Com relação às técnicas disponíveis para o rastreamento de defeitos de nascença, constatou-se que em Iowa, 65 a 70% das mulheres realizam exames laboratoriais e/ou ultrassom durante a gravidez para avaliar a saúde e o bem-estar do feto em desenvolvimento. Com relação ao ponto de vista das parteiras sobre exames diagnósticos, evidencia-se a importância e necessidade de educação continuada sobre o método diagnóstico utilizado, para fornecerem informações adequadas às mulheres grávidas. Um dos estudos avalia a aceitação das parteiras e enfermeiras sobre o “Maternal Serum Screening” e o aborto de bebês sd, sendo que a maioria acredita que todas as mulheres grávidas deveriam receber o exame, porém menos da metade concorda com o aborto para síndrome. Quando os sujeitos de pesquisa são as gestantes, a maioria tem uma atitude positiva em relação ao rastreio, porém relatam que não foram informadas por ocasião da escolha. A possibilidade de realizar uma análise genética cromossômica, desperta para novas perspectivas no cuidado de enfermagem a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

criança sd e sua família, uma vez que a identificação do tipo de alteração genética oferece aos profissionais de saúde a possibilidade de desenvolver um plano de cuidados específico e oferecer informações valiosas a família. **MODELOS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:** Três artigos discutem sobre formas de difundir informação em saúde em casos onde a sd está envolvida. A primeira discorre sobre um site na internet que oferece informações de saúde acessíveis e confiáveis e as outras duas sobre módulos multimídias pediátricos (paciente virtual) instrucionais no formato CD-ROM. **OCORRÊNCIA DE DEFEITOS CONGÊNITOS:** Dois estudos abordam frequência de alterações congênitas e riscos destas em bebês sd. Através da monitorização e avaliação da prevalência de defeitos congênitos na Coréia, encontrou-se anomalias cromossômicas em 30 por 10.000 nascimentos, sendo que destas a sd foi observada com maior frequência. Supondo que sd aumentaria a incidência de problemas cardíacos em bebês, comparou-se dois grupos de gestantes, um de crianças sd e outro controle, porém o resultado entre os grupos não apresentou diferenças significativas, sendo atribuído o u à exposição mínima do grupo pesquisado (aos fatores de risco) ou ao fato da má formação cardíaca ser resultado direto da duplicação cromossômica. Considerando que o censo do IBGE de 2000, aponta a existência de mais de 300 mil pessoas com sd no Brasil e que há uma perspectiva de ascensão deste número, a enfermagem brasileira precisa se mobilizar para a temática. Esta revisão permitiu-nos apreender que existe uma diferença significativa na pesquisa nacional e internacional sobre o tema, uma vez que apenas três artigos são nacionais. As pesquisas internacionais tem enfoques diversificados e denotam um envolvimento da profissão nas diferentes fases de vida da criança e família. Enquanto isso, as pesquisas nacionais abordam a assistência de enfermagem a criança, o papel social da mãe, e a experiência da família na convivência com a sd. Assim, observamos que a enfermagem nacional precisa se aproximar desta população para descobrir as lacunas de conhecimento a serem exploradas.

Palavras-chave: síndrome de Down, enfermagem, criança, família, revisão.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

101 - Relato de experiência sobre a utilização do cateter central de inserção periférica (CCIP) no Alojamento Conjunto Pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

Marcielle Cândido^{*}

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira[†]

Marcia Manique Barreto Crivelatti[‡]

Cláudia Silveira Viera[§]

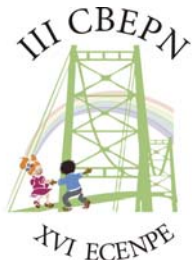
Introdução: A doença e o processo de hospitalização são os primeiros estressores aos quais as crianças são submetidas quando sofrem algum acometimento em sua saúde. Devido a características próprias da fase em que se encontra a criança, esta não tem habilidades e estratégias elaboradas de enfrentamentos das situações adversas, assim, suas reações serão as mais variadas. As crianças reagem com ansiedade pela separação da mãe, pela lesão corporal e pela dor quando são hospitalizadas (WONG, 2006). Um dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que causam dor mais comumente utilizado nas unidades pediátricas é a punção venosa, sendo que, muitas vezes, as crianças passam por várias punções no mesmo dia. Surge então na atualidade uma técnica inovadora, que permite uma punção mais duradoura, que reduz o número de punções venosas nas crianças, o cateter venoso central de inserção periférica (CCIP), o qual vem sendo utilizado com frequência cada vez maior, uma vez que é um dispositivo com tempo de permanência prolongado e de fácil instalação, associado a um menor risco de complicações mecânicas e infecciosas. O cateter é considerado um acesso confiável, uma vez que sua ponta está posicionada em veia de grosso calibre, ou seja, terço médio inferior da veia cava superior. A competência técnica e legal para o enfermeiro inserir e manipular o CCIP encontra-se amparada no Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e ainda na Resolução do Cofen n. 258/2001. O Hospital Universitário do Oeste do Paraná na unidade de Alojamento Conjunto Pediátrico elaborou um protocolo, objetivando proporcionar aos profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, etc) conhecimentos necessários para a instalação, manuseio e atuação diante de possíveis complicações acerca do cateter percutâneo de inserção periférica, bem como estimular a formação de equipes treinadas em inserção do mesmo. Desse modo, o presente estudo trata da descrição do protocolo do cateter central de inserção periférica das crianças que receberam terapia medicamentosa através do cateter, e que estiveram internadas no Alojamento Conjunto Pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná em 2008. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização do cateter central de inserção periférica (CCIP) no Alojamento Conjunto Pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná em 2008. **Metodologia:** Estudo exploratório descritivo retrospectivo, que utilizou como técnica para levantamento de dados o protocolo de passagem do CCIP, presente nos

^{*} Enfermeira, especialista em Controle de Infecção Hospitalar, enfermeira do Alojamento Conjunto do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, Rua das Palmas, nº 83, Bairro Jardim Guarujá. CEP 85804-370 Cascavel PR. E-mail: chelli26@ibest.com.br

[†] Enfermeira, mestre em Enfermagem Fundamental, doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, E-mail: lb.toso@certto.com.br

[‡] Enfermeira, especialista em enfermagem do trabalho, enfermeira do Alojamento Conjunto Pediátrico, e-mail: marciacrivelatti@yahoo.com.br

[§] Enfermeira, doutora em Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, E-mail: claudiavictor@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

prontuários dos pacientes que fizeram uso desse tipo de cateter durante o período de internação. Foram analisados os prontuários das crianças internadas no Alojamento Conjunto Pediátrico, no ano de 2008, que fizeram uso do CCIP com sucesso, totalizando 13 crianças. Os dados analisados do referido protocolo foram: sexo, idade, diagnóstico médico, indicação do cateter, calibre, veia puncionada, estratégia utilizada para o controle da dor na inserção do CCIP, tempo de permanência do CCIP, motivo da retirada e número de curativos realizados durante o tratamento com o cateter. **Resultados:** Das 13 crianças em que foi utilizada a tecnologia do CCIP, cinco eram do sexo masculino e oito do sexo feminino. Quanto à idade, tivemos uma variação de 30 dias até 12 anos, com predominância dos menores de um ano (seis crianças). O diagnóstico clínico do sujeito participante foi variável, incluindo pneumonia, desnutrição grave, citomegalovírus (CMV), obstrução intestinal, pós-operatório de apendicectomia com sepse, tumor supra-renal, sepse abdominal, miocardiopatia e hidrocefalia com sepse. A indicação para uso do cateter incluiu antibioticoterapia na maioria dos casos, nutrição parenteral total, uso de medicamentos que requeriam uma terapêutica longa ou eram altamente tóxicos, tais como ganciclovir (21 dias) e dobutamina. O calibre do cateter variou de 1.9 french a 2.8 French, sendo um 4 French na criança maior. As veias puncionadas comumente foram: jugular externa direita e/ou esquerda, cefálica na fossa antecubital direita e/ou esquerda, mediana na fossa antecubital direita e basílica na fossa antecubital direita, com predomínio do uso da veia jugular, em oito casos. Para o controle da dor pelo uso do CCIP foram utilizadas tanto medidas de conforto quanto medicamentos, sozinhos ou em associação, conforme segue: as medidas de conforto foram manejo verbal da dor e sucção não nutritiva; os medicamentos foram fentanil e dormonid, dormonid (na maioria dos casos), dipirona, propofol e fentanil. O tempo de permanência do cateter variou de dois dias, quando houve complicações com o cateter a 35 dias, sobressaindo-se o período médio de permanência de 10 dias. Os motivos da retirada do cateter foram diversos, a saber: obstrução há mais de 24 horas com tentativas infrutíferas para devolver o fluxo ao lúmen; obstrução há mais de 24 horas e inserção hiperemiada; não migração do cateter pelo trajeto da veia em função de obstrução do vaso, após dois dias de sua instalação hipertemia da criança sem foco, com cultura negativa; rompimento do cateter externamente; alta hospitalar; exteriorização espontânea; término do tratamento; óbito da criança. O número de curativos realizados variou de dois a 10 curativos, correlacionados ao tempo de permanência do cateter, com uma média de quatro curativos e foram realizados com película transparente. Em uma das crianças o cateter permaneceu salinizado, com 2 ml de SF 0,9% de 4/4 hs e/ou heparinizado com 0,1 ml de heparina em 9,9 ml de AD, aplicando-se 0,3 ml desta solução de 12/12 hs, durante dez dias, com total permeabilidade do cateter até o término do tratamento. Com exceção de duas crianças, com seis e doze anos, respectivamente, cujos cateteres foram inseridos em seus quartos, e o controle da dor foi realizado com auxílio de medidas de conforto, os demais cateteres foram inseridos em local próprio, na sala de procedimentos da unidade. Salientamos que as complicações encontradas no manejo do CCIP citadas por Jesus e Socoli (2007) em um estudo de revisão, tais como oclusão, flebite, mau posicionamento, sepse, trombose, infecção local, ruptura, embolização e dificuldade de remoção do cateter não foram detectadas na experiência ora relatada. Muitas dessas complicações foram atribuídas pelos citados autores a uma técnica asséptica e manipulação do dispositivo inadequadas. Em nossa experiência, um fator que dificulta tanto a passagem do cateter quanto sua manutenção é o fato de a unidade ficar distante fisicamente do setor de raios X, então, no ACP, é preciso finalizar o procedimento, quebrar o introdutor, fazer o curativo, para então levar a criança para a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

comprovação da posição do cateter junto ao setor de raios X. Isso acarreta na possibilidade de perda da inserção do cateter que foi passado com sucesso e rapidez, no transporte da criança, pois pode haver descolamento do curativo e o cateter se exteriorizar, ainda, a enfermeira que inseriu o CCIP necessita permanecer paramentada aguardando o retorno da criança até a unidade, para tracioná-lo se necessário. Contudo, tal fato não tem impedido nosso sucesso com a prática. Adotamos ainda alguns cuidados básicos para manutenção do cateter como: a não utilização de seringas menores de 10ml; a não transfusão de sangue e seus derivados, nem coleta de sangue em calibres menores de 3 french; a realização de flushing com 2ml de SF 0,9% antes e após as medicações e de 6/6 horas como rotina; a manutenção com soroterapia; caso a criança tenha exames para serem realizados fora do hospital, uma funcionária da equipe de enfermagem da unidade acompanha com a bomba de infusão e SF 0,9% em seringa para fazer flushing, caso necessário; o curativo somente é realizado pela enfermeira habilitada na execução do CCIP a cada 7 dias ou menos se necessário; em casos de obstrução a equipe é treinada para manobras conforme protocolo; e a monitorização diária da inserção para verificação de sinais flogísticos. **Conclusão:** A tecnologia de inserção do cateter venoso central de inserção periférica é ainda bastante recente no cotidiano das unidades de internação pediátricas. Contudo, precisamos rapidamente difundir seu uso em função dos benefícios que traz para a criança que a recebe, uma vez que minimiza os problemas decorrentes das repetidas e dolorosas punções venosas, que levam ao estresse tanto das díades família-criança hospitalizadas quanto da equipe de enfermagem. Assim, nossos resultados podem auxiliar outros profissionais que estejam pensando em incluir essa tecnologia em sua rotina de cuidados. Podemos perceber que ela pode ser utilizada na pediatria desde bebês até adolescentes, nos mais variados diagnósticos, por períodos de tempos também variáveis, dependendo do objetivo de sua instalação. Saber os resultados que uma determinada equipe de saúde obteve com a utilização dessa tecnologia pode auxiliar outras equipes a conquistá-la também para o seu cotidiano de trabalho, bastando preparar-se para o atendimento dessa técnica com capacidade técnico-científica, ter a disposição o arsenal de equipamentos e medicamentos necessários, adotar estratégias de atendimento que contemplem as necessidades do grupo específico, bem como aquelas de humanização do cuidado, uma vez que a qualidade de vida da criança hospitalizada em que se insere esse tipo de cateter melhora significativamente.

Palavras-chave: crianças hospitalizadas; tecnologias intra-venosas, enfermagem.

Referências:

Wong, DL. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Editora Guanabara Koogan, 7^o edição, Rio de Janeiro, 2006.

JESUS, V.C.; SECOLI, S.R. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). **Cienc Cuid Saude** 2007 Abr/Jun; 6(2):252-260.

Apostila PICC "Curso de qualificação, utilização, inserção, manutenção e cuidados com cateter central de inserção periférica PICC". Londrina PR 2006



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**102 - Aplicabilidade do cateter venoso central de inserção periférica na UTI
Pediátrica**

Meirilane Lima Precce*
Robson Denis[†]

Introdução: Este estudo foi motivado a partir do meu interesse pelo assunto e por assistir profissionalmente como técnica de enfermagem crianças de alto risco em uma instituição hospitalar do Rio de Janeiro que presta assistência pediátrica especializada e é referência no atendimento materno-infantil de alto risco. Dentre os procedimentos realizados pela enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica, hoje como enfermeira, pude perceber que a obtenção e manutenção de um acesso venoso possui particularidades e é fundamental quando se cuida desta clientela em especial. O tratamento terapêutico parenteral pode ser realizado através de diversos tipos de acesso venoso que podem ser obtidos por punção venosa periférica, punção profunda, dissecção venosa, inserção cirúrgica de cateter e até mesmo pela inserção periférica de cateter, PICC, que é uma técnica executada por enfermeiros habilitados para seu implante. Mais que particular, a manutenção de um acesso venoso é vital para hidratar, realizar transfusão de hemocomponentes e administrar a terapêutica medicamentosa entre outras necessidades comuns ao tratamento do paciente em estado crítico. Observei que a maioria dos enfermeiros do setor possui habilitação formal para obtenção do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC), porém poucas vezes notei a realização deste tipo de punção em particular. Atribuo à gravidade dos pacientes admitidos no setor um dos fatores responsáveis pelas poucas oportunidades para realizar esta técnica. Estas reflexões contribuíram para levantar a seguinte questão norteadora: Quais os fatores que interferem na prática de PICC na UTI pediátrica? **Objetivos:** Diante desse questionamento este estudo tem como objetivos descrever a origem e avanços na prática dos acessos venosos periféricos e centrais, analisar na literatura, a prática de enfermagem na realização de PICC e sua aplicabilidade, especialmente em UTI pediátrica e identificar as possíveis dificuldades dos enfermeiros em relação à inserção do cateter central periférico, PICC. Sua relevância está firmada em entender a importância da inserção do enfermeiro na execução de técnicas invasivas, neste caso a punção venosa periférica, em especial na inserção de cateter periférico que visa, além de suprir meio adequado de administração terapêutica medicamentosa entre outras, a obtenção de meios que visem preservar a integridade da pele da criança assistida na unidade crítica objetivando reduzir o risco de infecção e danos vascular e tecidual decorrente de flebotomias. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão de literatura, a partir de pesquisa bibliográfica, onde utilizou-se fontes literárias e documento eletrônico, tais como www.teses.usp.br e www.bireme.br. **Resultados:** O cateter venoso central de inserção periférica (CCIP) caracteriza-se por um dispositivo inserido em vasos periféricos através de uma agulha introdutora e conduzido até a circulação central localizando sua extremidade distal na veia cava superior ou inferior, adquirindo assim características de cateter central. A história sobre acessos venosos mostra que em 1929 um vaso central poderia ser atingido através de um acesso periférico, sem causar danos a veia. Esse procedimento era realizado por estudiosos na Europa e América do Norte através da introdução de um tubo de borracha em

* Enfermeira, graduada pela Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac. Função: Plantonista CTI pediátrico do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG- UFRJ) Endereço: Rua: Santa Alexandrina, n.: 101, apt: 206, Cep: 20.260-235, Rio Comprido, Rio de Janeiro E-mail: meiriprece@hotmail.com

[†] Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, docente da Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

uma veia periférica até atingir um grande vaso como a veia cava superior. Na década de 50 a infusão de fluidos na veia cava foi regulamentada, pois se verificou que a veia cava promove rápida hemodiluição das infusões, prevenindo os riscos de resposta inflamatória química e trombose, que ocorrem em veias pequenas. A partir desses conhecimentos, a terapia intravenosa passou a ser utilizada em pacientes com desidratação e pacientes cirúrgicos por três a quatro horas, sendo suspenso o tratamento à noite (PHILLIPS, 2001). Os cateteres venosos centrais de inserção periférica representam hoje uma nova opção para acesso venoso central e tem se tornado um componente essencial na terapia intravenosa em recém-nascido criticamente doente assim como em pacientes pediátricos hospitalizados que necessitam de terapia intravenosa por um longo período. O conhecimento completo da anatomia do sistema vascular é importante e necessário, para o profissional que lida com a terapia intravenosa, para auxiliar na avaliação inicial do paciente que será submetido ao procedimento de inserção de um cateter epicutâneo. Nos EUA o PICC tem sido implantado por equipes de especialistas em terapia intravenosa. No Brasil, o número de profissionais habilitados vem crescendo, devido ao incremento da oferta de cursos de treinamento para utilização do PICC na criança e no adulto (RODRIGUES, 2002). A utilização dos cateteres centrais de inserção periférica apresenta inúmeras vantagens para o cuidado dos pacientes pediátricos. As desvantagens do procedimento são bem menos significativas quando comparadas aos benefícios por ele proporcionados. **Conclusão:** Ainda que não tenha se esgotado a temática, o presente estudo traz em seu conteúdo um breve histórico sobre a evolução da terapia intravenosa, cita os acessos venosos centrais mais comumente utilizados em Pediatria e tem enfoque voltado ao cateter venoso central de inserção periférica (CCIP) . O tema abordado trata de um assunto complexo, pois a implantação do CCIP deve ser realizada por enfermeiro formalmente habilitado e com equipe experiente para realização do procedimento com sucesso. O CCIP é hoje uma nova opção para a terapia venosa central e tem se tornado um alternativa essencial para a terapia intravenosa de recém-nascido criticamente doente assim como em pacientes pediátricos hospitalizados que necessitam de terapia intravenosa por um longo período. Com uma inserção bem sucedida e cuidados de manutenção adequados, os CCIPs são confiáveis, reduzem complicações, diminuem custos e promovem conforto aos pacientes que requerem acesso venoso. A implantação do CCIP vai muito além de uma técnica especial para infusões. Significa, acima de tudo, humanizar a assistência prestada aos pequenos, uma vez que são poupados da exposição à dor provocada por múltiplas punções periféricas, cicatrizes de disseções venosas, lesões graves por extravasamento e manipulação excessiva. Um dos objetivos iniciais foi de verificar a aplicabilidade do CCIP na UTI pediátrica, porém não encontrei na literatura nacional trabalhos disponíveis sobre o tema proposto. Essa dificuldade encontrada no decorrer do trabalho só reforça a necessidade de ampliação de cursos de capacitação, assim como a produção de material didático-pedagógico em língua portuguesa e que seja adequado à nossa realidade. Este estudo fornece aos leitores esclarecimentos sobre os dispositivos intravenosos utilizados atualmente em Pediatria e pode servir como um guia para os estudantes interessados em realizar um curso formal de habilitação para CCIP.

Palavras-chave: enfermagem, acessos venosos, CCIP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

103 - Fatores que interferem no uso do cateter venoso central de inserção periférica (CCIP) nas UTI Neonatais de Cuiabá – MT

Diego L. Proença Campos*

Welton Martins Ribeiro†

Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo‡

Maria Aparecida Munhoz Gaíva §

O procedimento de punção venosa é uma das práticas de cuidado difíceis de realizar em recém-nascidos (RN) devido à fragilidade da rede venosa periférica e instabilidade física. Isto faz com que as repetidas punções periféricas comprometam os vasos sendo necessária a utilização da dissecção venosa, aumentando assim, o risco de infecções. Na década de 1980, nos Estados Unidos da América e na Europa surge o Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (CCIP). O seu uso contribuiu para a redução dos custos em terapia intravenosa, no tempo de trabalho de enfermagem despendido em repetidas punções periféricas, além de proporcionar maior segurança e menores riscos de complicações aos clientes, pois os materiais utilizados na sua produção são biocompatíveis (silicone/poliuretano), ou seja, reduz o trauma do sistema venoso periférico no momento da inserção e condução do cateter. No Brasil, o uso do CCIP é recente, sua utilização se dá no final da década de 1990, sendo utilizado em pequena escala devido a escassez de recursos financeiros destinados à saúde para importação e aquisição do mesmo. Em Cuiabá o cateter começou a ser utilizado no ano de 2004, quando foi realizado o primeiro curso de capacitação profissional oferecido pela Infusion Nurses Society do Brasil (INS Brasil), em parceria com a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. A partir desse momento, o cateter passou a ser utilizado principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O CCIP tem sido cada vez mais utilizado nas UTIN, pois se apresenta como alternativa segura de acesso venoso central de longa permanência, permitindo administrar soluções vesicantes, de alta osmolaridade e pH extremo por veias periféricas. Além disso, o uso do cateter reduz a exposição dos recém-nascidos (RN) à dor, a infecções e ao estresse dos procedimentos invasivos. Por ser uma tecnologia que está sendo incorporada ao cuidado do recém-nascido de forma gradativa, algumas UTIN do município de Cuiabá-MT ainda não fazem uso do cateter. O presente estudo teve por objetivo conhecer os fatores que interferem no uso do CCIP nas UTIN de Cuiabá, MT. Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa em três UTIN no município de Cuiabá, a saber: um hospital universitário, um hospital filantrópico conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e um hospital privado. Estas unidades foram escolhidas por prestarem cuidados intensivos aos recém-nascidos e por fazerem parte da amostra do projeto de pesquisa “Avaliação do uso do Cateter Central de Inserção Periférica em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal na Cidade de Cuiabá-MT”, financiado pela FAPEMAT, Edital

* Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Membro do grupo de pesquisa ARGOS.

† Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Membro grupo de pesquisa ARGOS.

‡ Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Pesquisadora do grupo de pesquisa ARGOS. Endereço: Rua C, nº 33, apto 501. Cond. Matisse Residences. Bairro Miguel Sutil. Cuiabá-MT. CEP 78048-298. E-mail capriata@terra.com.br.

§ Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Pesquisadora do grupo de pesquisa ARGOS, pesquisadora CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

PPP/MCT/CNPq/007/2006, do qual derivou este estudo. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada realizada com nove enfermeiras das referidas UTIN, sendo as entrevistas agendadas previamente e realizadas conforme a disponibilidade de cada profissional após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob Protocolo N^o. 361/CEP-HUJM/07. Para organização das informações foi utilizada a técnica de análise temática e analisadas com base no referencial teórico construído e estudos relacionados com o tema. Das nove enfermeiras entrevistadas, duas atuavam na instituição privada, quatro no hospital universitário e três na instituição filantrópica conveniada ao SUS. O tempo de atuação como profissional variou de 2 a 16 anos e de capacitação para inserção do CCIP foi de 1 a 5 anos. A UTIN do hospital universitário foi a primeira unidade neonatal a fazer uso do CCIP em Cuiabá, no início do ano de 2004, seguido pela instituição privada, no final do ano de 2004. Já na UTIN da instituição de caráter filantrópico conveniada ao SUS, a incorporação do CCIP na assistência ao recém-nascido se deu a partir de janeiro de 2007. Da análise dos dados empíricos surgiram as seguintes categorias: Facilidades para o uso do CCIP nas UTIN; Dificuldades para o uso do CCIP nas UTIN; Estratégias utilizadas pelas enfermeiras das UTIN para superar as dificuldades em relação ao uso do CCIP. As facilidades apontadas pelas enfermeiras estão relacionadas à disponibilidade/ acesso ao cateter e material adequado para uso no serviço; possuir profissionais capacitados para a sua inserção e reconhecimento profissional pelos demais membros da equipe de saúde. As dificuldades para o uso do CCIP nas UTIN se devem as condições da rede venosa dos RN, em particular aqueles que apresentam malformação congênita, (de que? Cardíaca? Vasos?) dificultando assim, o procedimento de inserção e progressão do cateter; a baixa qualidade do material em virtude do cateter ainda ser de custo elevado; a falta de habilidade e/ou destreza manual da equipe no manuseio do cateter e a ausência de protocolo de procedimento/cuidados a serem observados pela equipe no processo de inserção, manutenção e retirada do cateter nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Para superar essas dificuldades as enfermeiras lançam mão de estratégias como: realizar o máximo de tentativas de punção venosa para inserção do CCIP antes de se optar por outro dispositivo venoso; imobilizar o membro antes de realizar a punção venosa; friccionar o vaso para auxiliar na progressão do cateter; elaborar relatório técnico para subsidiar o processo de compra do cateter; recorrem a portarias e leis que garantam a utilização do cateter e o acesso dos recém-nascidos às novas tecnologias de cuidado; lavagem do cateter com soro fisiológico a cada 6 horas; uso de bioconector para impedir o refluxo de sangue reduzindo obstruções; avaliação diária do curativo no local de inserção do CCIP com o objetivo de conter a infecção de forma precoce; controle da vazão da bomba de infusão; reuniões com a equipe de enfermagem/médica para a elaboração do protocolo assistencial. O estudo demonstrou que as enfermeiras utilizam o CCIP nas UTIN de Cuiabá-MT por proporcionar maior segurança ao RN, reduzir a exposição do mesmo a infecções, otimizar o trabalho da enfermagem e qualificar o cuidado prestado aos RN, em particular, aqueles em uso de terapia intravenosa. A utilização do CCIP nas UTIN é uma realidade que se torna cada vez mais indispensável devido aos benefícios para o recém-nascido. Entretanto, carece de pesquisas para evidenciar as conseqüências decorrentes do uso e quais as intervenções necessárias para a prática da enfermagem. Assim, recomendamos a realização de novas pesquisas no sentido de avaliar os protocolos de condutas que serão elaborados pela equipe de saúde das UTIN estudadas.

Palavras-chave: infusões intravenosas, enfermagem neonatal, recém-nascido.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

104 - A experiência do cuidado a uma criança dependente de tecnologia

Aline Cristiane Cavicchioli Okido*
Regina Aparecida Garcia Lima[†]

Introdução: Em decorrência dos avanços das políticas públicas e das práticas médicas no cuidado as crianças pré-termo, com anomalias congênitas, doenças crônicas e câncer emergiu um grupo de crianças que necessita de suporte tecnológico para manutenção de suas vidas. O termo dependente de tecnologia é utilizado para descrever crianças que necessitam de algum dispositivo para compensar a perda de uma função vital e que com os cuidados de enfermagem evita a morte ou incapacidades posteriores. Dessa maneira, temos o cuidado de enfermagem como parte do cuidado em saúde, onde o trabalho articulado com os demais profissionais é fundamental para a redução das taxas de morbi-mortalidade. Os dispositivos que as crianças podem ser dependentes variam desde altamente tecnológicos, como o ventilador mecânico até os de baixa tecnologia como uma colostomia por exemplo. Esses avanços têm imprimido transformações no cuidado dessas crianças, antes cuidadas e mantidas no ambiente hospitalar e agora, permanecendo em suas casas sob os cuidados de seus familiares. Dessa forma, o cuidado de enfermagem complexo, que envolve procedimentos altamente técnicos, passa a ser executado pelos pais no próprio domicílio. O cuidado domiciliar as crianças dependentes de tecnologia está em processo de expansão em virtude do avanço tecnológico, do aumento dos serviços de suporte domiciliar e também pelo próprio dinamismo dos aparelhos atuais, que são fáceis de serem transportados e manuseados. No Brasil existem poucas pesquisas que enfocam essas crianças e suas famílias e que, os estudos disponíveis mostraram que as famílias não recebem suporte adequado, sendo necessário utilizar até mesmo de recursos próprios e que, a única referência de suporte tem sido o hospital. Para assegurar a continuidade do cuidado no domicílio e evitar as re-internações, que contribuem significativamente para elevar as despesas do cuidado em saúde, é necessário que a alta hospitalar seja planejada e sistematizada, garantindo um esclarecimento maior tanto para o paciente quanto para a sua família. A importância da desospitalização e a valorização do ambiente são inquestionáveis, porém é preciso agir com coerência, não se pode tirar o paciente do hospital e levá-lo para o domicílio sem garantir as condições adequadas, as quais incluem ambiente físico, o fator econômico e um cuidador preparado para este fim específico. Buscando minimizar as dificuldades deparadas pelo familiar cuidador se faz necessário iniciar a preparação da alta durante a internação, momento em que os cuidadores tomam contato com as necessidades dessas crianças, antecipando, de certa forma, as dificuldades e questionamentos que irão surgir no domicílio. No entanto, tornar os pais aptos a desenvolverem o cuidado não depende somente de informações teóricas e práticas fornecidas no momento da alta já que os medos e as dúvidas irão aflorar no dia a dia, no domicílio. **Objetivo geral:** Compreender a experiência do cuidado a uma criança dependente de tecnologia por meio da análise interpretativa de um estudo de caso. **Objetivo específico:** 1- Caracterizar essa criança dependente de tecnologia com relação aos seguintes indicadores: sexo, idade, diagnóstico médico, tipo de dependência

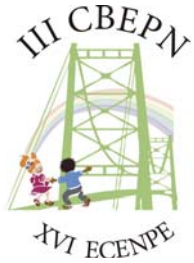
* Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Doutaranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem em Saúde Publica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Publica da EERP-USP. Endereço Postal: Avenida Caramuru, nº 2200, apto 123, Bairro República, CEP: 14030-000, Ribeirão Preto. Endereço eletrônico: acc@eerp.usp.br

[†] Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Publica da EERP-USP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

tecnológica, duração da dependência, número de dispositivos tecnológicos e serviços onde faz acompanhamento, 2- Identificar, a partir da construção do ecomapa, a rede de cuidados a essa criança dependente de tecnologia, 3- Conhecer, a partir da vivência da mãe ou responsável, como é o cuidado a uma criança dependente de tecnologia. **Metodologia:** Considerando que o objetivo dessa pesquisa é compreender a experiência do cuidado a uma criança dependente de tecnologia, a partir da perspectiva de sua mãe, buscamos subsídios no referencial teórico da antropologia interpretativa. A partir de uma perspectiva antropológica, o universo sociocultural da criança dependente de tecnologia foi tomado como referência. Para tanto, lançamos mão da etnografia para descrever esse processo, entendendo que é pela análise cultural que podemos ampliar os conhecimentos sociais sobre o fenômeno em estudo. A opção pela etnografia deve-se ao fato de que esse método procura uma explicação descritiva da vida e da cultura em um dado sistema social, baseado na observação detalhada do que as pessoas de fato fazem. Considerando o envolvimento de seres humanos na pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em cumprimento à resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. Buscando zelar pela integridade do sujeito envolvido no estudo elaboramos o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no qual por meio de linguagem clara e objetiva informou-se ao participante da pesquisa sobre os objetivos do estudo, os procedimentos para coleta de dados e os possíveis constrangimento ou benefícios, bem como a garantia de sigilo e o respeito ao desejo de participarem ou não da pesquisa. O presente estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto- SP. O estudo de caso foi realizado a partir de uma mãe de uma criança dependente de tecnologia cadastrada no Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP. A coleta de dados iniciou-se a partir da caracterização da criança dependente de tecnologia, utilizando como fonte o prontuário. Após a caracterização, passamos para a segunda etapa do estudo, a qual, a partir da abordagem etnográfica contextualizamos de maneira qualitativa a experiência do cuidado a criança dependente de tecnologia. Iniciamos essa segunda etapa com a construção do genograma e ecomapa da família, pois a utilização destes instrumentos da enfermagem da família teve papel de “quebra-gelo” inicial. Esses instrumentos além de uma representação gráfica permitiram a aproximação, o conhecimento e a imersão no campo, uma vez que sua elaboração requer a interação social entre o pesquisador e o pesquisado. A observação participante e a entrevista aberta também foram utilizadas como estratégia de coleta de dados. Por observação participante compreende-se a participação real do pesquisador no grupo estudado, ou seja, sua presença ativa e não apenas física durante a observação. A entrevista, apesar de aberta, foi conduzida de modo a contemplar a temporalidade dos acontecimentos. Dessa forma, iniciamos as entrevistas com a seguinte questão norteadora: Conte-me sobre a sua experiência no cuidado ao seu filho dependente de tecnologia. No estudo etnográfico, a análise dos dados ocorre concomitante a coleta. Na medida que os primeiros dados vão sendo coletados uma pré-análise é realizada pelo pesquisador. A partir dessa pré-análise questões reflexivas sobre o fenômeno surgem e estas são respondidas através de novas imersões no campo. Essas idas e vindas ocorrem até que uma descrição densa sobre a vivência ocorra. Procedemos a organização sistemática das informações obtidas mediante as entrevistas e anotações do diário de campo a partir de leituras repetitivas com o objetivo de apreender, a partir das entrevistas e observações, aspectos que possibilitassem a compreensão do fenômeno estudado. Para tanto, os dados coletados foram organizados segundo grandes temas, categorias e casos semelhantes. **Resultados:** os resultados possibilitaram conhecer a rede institucional envolvida com o atendimento dessa criança, bem como a rede de apoio constituída pelos familiares, amigos e vizinhos. O processo de assimilação dos cuidados e do



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

manuseio das tecnologias também foram descritos, enfatizando as mudanças na dinâmica familiar, a reorganização do espaço físico e os sentimentos vivenciados pela mãe. Conclusão: o estudo nos mostrou que é necessário uma melhor articulação entre os níveis de atenção à saúde para atender essas famílias que convivem com uma criança dependente de tecnologia e que estudos desta natureza podem ajudar no planejamento de ações dirigidas às suas reais necessidades.

Palavras-chave: criança dependente de tecnologia, etnografia, estudo de caso.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

105 - A experiência da criança com o uso do ultra-som para direcionar a punção venosa periférica

Liliane Rodrigues Melo^{*}
Myriam Aparecida Mandeta Pettengill[†]

Introdução: quando uma criança é internada no hospital são observadas manifestações de estresse e insegurança, que podem estar relacionadas à compreensão da situação que está vivenciando. Tais manifestações variam conforme sua faixa etária, o ambiente, a interação com pessoas estranhas e com os procedimentos invasivos aos quais poderá vir a ser submetido, que podem ser desde uma punção lombar e coleta de sangue, até cirurgias e respectivos pós-operatórios, podendo provocar reações desagradáveis nas crianças, como o medo, agressividade e ansiedade. Certos exames são invasivos, agressivos e dolorosos e embora não possam ser evitados, podem ser suavizados pela sensibilidade dos profissionais que os realizam. A punção venosa periférica é reconhecida pelas crianças e suas famílias como um procedimento doloroso e capaz de causar ou aumentar sua ansiedade. O momento da punção venosa é extremamente difícil para a criança e sua família, pois provoca dor e sofrimento. Para a enfermeira também é difícil, pois tem de se deparar com a necessidade de instituir essa terapêutica, e em muitas circunstâncias deve realizá-la repetidas vezes para obter sucesso. Uma tecnologia que vem despertando interesse da enfermeira é o ultra-som para auxiliar na punção venosa periférica, pois pode favorecer a assertividade da mesma. O projeto de pesquisa intitulado “Estudo de intervenções e tecnologias aplicadas ao cuidado de enfermagem pediátrica para a promoção da segurança do paciente submetido à terapia intravascular – SEGTEC”, está sendo desenvolvido com fomento do Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, em uma Unidade de cirurgia infantil de um hospital público, vinculado ao ensino no município de São Paulo. Nos questionamos como a criança vivencia essa experiência, o que significa para ela ser punccionada com o ultra-som e como avalia o procedimento. **Objetivo:** compreender a experiência da criança submetida à punção venosa periférica guiada pelo ultra-som. **Método:** trata-se de um estudo exploratório, descritivo, utilizando Análise Qualitativa de Conteúdo para compreender a experiência da criança submetida à punção venosa periférica, com o uso do ultra-som, em sua perspectiva. A pesquisa qualitativa possui uma visão compreensiva ou interpretativa, trabalhando com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações. **Local do estudo:** O estudo está sendo realizado em uma Unidade de Cirurgia infantil, de um hospital público, vinculado ao ensino, no município de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e autorização da Diretoria de Enfermagem. As crianças e seus responsáveis são esclarecidos a respeito do objetivo da pesquisa, das estratégias de coleta de dados e da garantia de anonimato e sigilo dos dados obtidos por meio de entrevistas. É realizado convite para a criança participar da entrevista e, posteriormente solicitado que o responsável assine junto com a criança o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Coleta de dados:** Até o momento participaram três crianças, na faixa etária de nove a doze anos, e que foram submetidas à punção venosa periférica para terapia intravenosa, com uso do ultra-som. Cada criança é preparada, antes

^{*} Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatológica, Enfermeira Encarregada da Unidade Cirúrgica em Pediatria do Hospital São Paulo. Av: Onze de Junho, 911 Apto 910 CEP: 04041-000 Vila Clementino. São Paulo. liliane_rmelo@yahoo.com.br

[†] Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. mpettengill@unifesp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

do procedimento, através da leitura de um manual informativo sobre a punção venosa periférica pela pesquisadora. Após o preparo, ela é encaminhada à sala de procedimentos para ser puncionada pela enfermeira pediatra. Durante o procedimento, o familiar permanece junto da criança, e dados de observação são coletados. A seguir, é realizada entrevista semi-estruturada individual, com a seguinte questão norteadora: *conte-me como foi ter sua veia puncionada com o ultra-som*. Todas as entrevistas são gravadas em mídia digital e transcritas integralmente pela pesquisadora. A análise dos dados, de acordo com o método da Análise Qualitativa de Conteúdo teve início com a leitura na íntegra de cada entrevista, seguida de codificação das unidades de significados, explicitando aspectos mais elucidativos das percepções. Após, as unidades de significados são agrupadas em categorias, conforme a semelhança do conteúdo, sendo sintetizadas em unidades de significados ampliadas, que são comparadas em similaridades e divergências formando os subtemas e os temas do estudo. **Resultados:** até o momento emergiram três categorias explicativas da experiência da criança com a punção venosa periférica guiada pela ultrasonografia. 1) Sendo ruim a doença e hospitalização; 2) Tendo apoio da família; 3) Sendo bom ser puncionada com o ultra-som. Ao contar sua experiência a criança retrocede no tempo e verbaliza sentimentos e pensamentos que surgiram desde o período em que manifestou os primeiros sinais e sintomas da doença e que culminaram com a indicação da cirurgia. Ela manifesta seu descontentamento frente às dificuldades enfrentadas para conseguir a internação. Também revela que não é incluída nas tomadas de decisão, pois não recebe nenhum esclarecimento sobre a cirurgia pela equipe de saúde. Relata as experiências anteriores de internações, com suas vivências acerca dos procedimentos a que foi submetida, como por exemplo, a punção venosa. Para ela, a hospitalização é definida como ruim, pois sua rotina de vida é alterada, provocando o afastamento da escola, dos irmãos e tornando-a ociosa, especialmente no período pré-operatório. O apoio da família durante este momento difícil de sua vida é essencial, pois lhe garante segurança e informação, uma vez que é a família quem lhe decodifica a linguagem dos profissionais. Verbaliza que a punção venosa guiada pelo ultra-som a faz sentir-se tranqüila e feliz, pois lhe permite participar do procedimento, acompanhando sua evolução no monitor. A punção lhe causa algum desconforto e dor, que refere ser de baixa intensidade, do tipo formigamento e em agulhada. **Considerações finais:** a narrativa da criança revela aspectos da sua vivência durante a hospitalização que devem ser levados em consideração pelo enfermeiro pediatra. A definição de hospitalização como algo ruim em sua vida, pois lhe afasta do seu cotidiano, em especial da escola, dos familiares e provoca aborrecimento porque não tem atividades adequadas para sua recreação, pode ser transformado por meio de ações que minimizem o descontentamento da criança com a situação. A presença de um familiar significativo que lhe ajude a entender o que vai acontecer e prepará-la para enfrentar os momentos difíceis se revela como um apoio insubstituível e deve ser estimulado por todos os membros da equipe, principalmente durante os procedimentos. A introdução de uma nova tecnologia para auxiliar a punção venosa periférica, percebida pela criança como uma experiência tranqüila, pois é preparada pela enfermeira de maneira adequada e tem a oportunidade de participar e acompanhar sua realização revela a importância da enfermeira considerar a criança como parte ativa no cuidado.

Palavras-chave: criança, enfermagem pediátrica, punção venosa periférica, ultrasonografia



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

106 - Mortalidade pós-neonatal no Brasil e Regiões: uma revisão sistemática*

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[†]
Maria Rita Bertolozzi[‡]

Introdução: A mortalidade infantil expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Estas desigualdades são mais evidentes no período pós-neonatal que corresponde ao período entre 28 e 364 dias de vida, devido à ocorrência de óbitos considerados evitáveis e de 'fácil' intervenção. Do ponto de vista histórico os progressos quanto à redução da mortalidade pós-neonatal foram mais evidentes do que a neonatal. Tal fato se deve aos fatores determinantes das mortes. No que se refere a neonatal estão mais associados à gestação, ao parto e aos fatores genéticos dificilmente reduzíveis, enquanto que, a pós-neonatal está relacionada aos fatores determinados pelas condições de vida e saúde familiar como: socioeconômica (de modo especial à renda), educação, saneamento básico e água tratada e acesso aos serviços de saúde. Estes últimos considerados reduzíveis com políticas públicas efetivas, de saúde e de desenvolvimento social e, medidas preventivas e de promoção da saúde. Dentre as iniciativas para a redução progressiva da mortalidade infantil se deve a implantação de programas ministeriais no final da década de 70 até a atualidade, tais como: ampliação do calendário de imunização, Programa Atenção Integral à Saúde da Criança - PAISC para a redução das doenças diarreicas e respiratórias, introdução da terapia de reidratação oral, incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida; Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI; utilização do método mãe-canguru; ampliação da rede dos Bancos de Leite Humano; Hospital Amigo da Criança; Rede Amamenta Brasil; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; implantação dos postos de registros de nascimento nas maternidades; Triagem Neonatal; SIS - Prenatal; Parto Humanizado; ampliação de leitos de Terapia Intensiva; prevenção da violência/maus tratos; PACS/PSF; Vigilância da mortalidade infantil e fetal por meio dos Comitês de Investigação do Óbito Infantil; Pacto pela Saúde; etc (Brasil, 2009). Simultaneamente a estas iniciativas no âmbito judiciário foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente, na educação o acesso a alfabetização e na infraestrutura a ampliação da rede de esgoto e água tratada, entre outros. Mas, além das diferenças regionais, as desigualdades entre os estratos sociais são evidentes no País. Em 2000, a TMI entre os 20% mais pobres equivalia a mais que o dobro da taxa identificada entre os 20% mais ricos (Unicef, 2005). Muitos estudos têm demonstrado evidente associação entre variáveis socioeconômicas e a mortalidade infantil (Victora, 1980; Victora et al, 1989; Costa; Paim, 2001; Vieira, 2001; Malta et al., 2001; Costa et al., 2001; Goldani et al., 2002; Costa et al., 2003; Guimarães et al., 2003). As condições socioeconômicas como a renda familiar, escolaridade dos pais, trabalho materno e classe social são variáveis que "embora não causem doença diretamente, constituem determinantes distais que afetam as condições de vida", pois a "inserção de classe determina a exposição da criança ao risco, bem como seu acesso à riqueza, por sua vez, estabelecendo os níveis de consumo e a disponibilidade de alimentação, moradia, saneamento, assistência médica, escolaridade, etc" (Fuchs; Victora, 1997, p. 271). Nos países desenvolvidos, a taxa de mortalidade do componente pós-neonatal é pouco

* Trabalho extraído do projeto de tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação (PPG) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

[†] Enfermeira. Pós-Graduanda junto ao PPG da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

[‡] Enfermeira. Livre-Docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

significativa, mas no Brasil, apesar do decréscimo nos últimos anos, ainda há níveis elevados, eticamente inaceitáveis (Simões, 1999). Tal fato é particularmente importante quando se considera que a baixa efetividade dos serviços de assistência à saúde infantil representa um dos determinantes da mortalidade pós-neonatal por causas reconhecidamente evitáveis (Caldeira; França; Goulart, 2001). **Objetivo:** Considerando que a mortalidade pós-neonatal em sua maioria é passível de redutibilidade o presente estudo focalizou a produção científica brasileira no período de 2004 a 2008. **Metodologia:** A pesquisa constitui-se num estudo exploratório, descritivo e que vale da revisão sistemática dirigida especificamente aos dados sobre a mortalidade pós-neonatal, publicados entre 2004 a 2008. Os critérios de inclusão foram os artigos de periódicos científicos indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde - BVS que continham resultados dos componentes da Mortalidade Infantil, especificamente, o componente pós-neonatal, contendo ou não a descrição deste termo. A identificação das fontes bibliográficas foi extraída do sistema informatizado de busca na área de Ciências da Saúde em Geral da BVS: LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde, Biblioteca Cochrane, SciELO - Scientific Electronic Library Online; nas áreas especializadas: BDEF – Base de Dados de Enfermagem e MEDCARIB - Literatura do Caribe em Ciências da Saúde. Os materiais selecionados foram de produção exclusiva em cada banco de dados. Os indexadores utilizados foram por assunto, título e palavras a partir dos termos dos DeCS: Mortalidade Infantil, Causa de Morte, Mortalidade Pós-Neonatal, Mortalidade Infantil Tardia, Processo Saúde-Doença, Desigualdades em Saúde, Classe Social, Indicadores Sociais, Distribuição espacial da População e Fatores Epidemiológicos. Os artigos foram catalogados de acordo com a descrição geral, levantando os seguintes dados de identificação: período de publicação, autor(es), tipo de periódico, local de estudo, fonte dos dados e delineamento da pesquisa. **Resultados:** A produção selecionada totalizou 22 artigos publicados em periódicos de abrangência nacional e internacional, predominantemente na área da Saúde Pública (71,4%). A principal modalidade de desenho de estudo utilizado é o ecológico. Quase a totalidade das produções para elucidar a mortalidade infantil utilizou base populacional secundária e versava sobre grupos de causas e seus componentes (66,6%), seguida pelo terço restante, sobre a identificação de fatores determinantes da mortalidade infantil. Com relação à distribuição dos estudos, por região, observou-se que a maior concentração ocorreu no Sudeste (47,6%) seguida pelo Sul (19,0%) e Centro-Oeste (14,3%). Entretanto, apenas 2 publicações tratavam especificamente do componente pós-neonatal. Na maioria dos municípios e estados brasileiros, a redução da MIPN superou 50% no final da década de 90. Dentre os grupos de causas de óbitos, o grupamento diarreia-pneumonia-desnutrição foi predominante, seguido pelas malformações congênitas. As condições de vida, apresentadas segundo indicadores socioeconômicos, moradia, saneamento básico, educação e acesso à saúde foram determinantes para os maiores índices de MIPN. **Conclusão:** Em que pese a diminuição da mortalidade pós-neonatal, a partir da década de 90, ainda decorre de doenças que podem ser detectáveis precocemente e em grupos sociais que apresentam piores condições de vida.

Palavras-chave: mortalidade infantil, mortalidade pós-neonatal, causas de morte, literatura de revisão.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

107 - Perfil de recém-nascidos que usaram o cateter venoso central de inserção periférica em uma UTIN de Cuiabá - MT

Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo*
Maria Aperecida Munhoz Gaíva †
Valdelice da Silva Ormond‡

Os avanços técnicos e científicos ocorridos nas últimas décadas na área da saúde contribuíram de forma significativa para a melhoria na qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos atendidos nas unidades de terapia intensiva, possibilitando assim, o aumento na sobrevivência e recuperação dos clientes. Para os recém-nascidos prematuros, o desenvolvimento científico e tecnológico representa a conquista de índices de sobrevivência antes considerados impossíveis de serem alcançados. Hoje temos relatos de prematuros extremos que sobreviveram graças à aplicação desses conhecimentos e acesso a novas tecnologias de cuidado. Dentre as tecnologias desenvolvidas e que estão à disposição desses clientes, está o Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (CCIP). Indicado para todo RN que necessite de terapia intravenosa por um período superior a sete dias, o dispositivo diminui a necessidade de múltiplas punções periféricas, evitando a dissecação venosa, além de reduzir os índices de infecção e custos com a internação. O CCIP é extremamente útil nas infusões prolongadas e medicamentos irritantes e vesicantes, evita complicações como flebites, hematomas, infiltrações, trombozes e promove maior conforto ao neonato, reduzindo a dor e o estresse. Frente a esse contexto, o estudo teve por objetivo traçar o perfil de recém-nascidos que utilizaram o CCIP a partir das seguintes variáveis: sexo, idade gestacional, tipo de parto, peso ao nascer, diagnóstico clínico, principais sítios de inserção, indicações para o seu uso, tipo de cateter utilizado, complicações que resultaram na retirada do cateter e o seu tempo de permanência. É um estudo do tipo retrospectivo, transversal de abordagem quantitativa desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital universitário da cidade de Cuiabá-MT. Os dados foram obtidos por meio de consulta aos prontuários de RN que havia utilizado o CCIP no período de agosto de 2004 a dezembro de 2007. O programa Epi-Info versão 3.5.1 subsidiou a análise estatística descritiva (cálculo de frequência e percentual) dos dados. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, protocolo nº 361/CEP-HUJM/07 e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso - FAPEMAT – Edital FAPEMAT MCT/CNPq - INFRA nº. 007/2006, Processo 851/PPP 007-06. Foram analisados 484 prontuários, em 90 destes havia o registro do uso do CCIP (n=90), prevalência de 18,6% de implantação do cateter. Em relação ao sexo verificamos que 54,4% (49) dos RN eram do sexo masculino e 45,6%(41) do sexo feminino. A média da idade gestacional desses recém-nascidos foi de 33,9 semanas, sendo que 74,4% (67) era pré-termo, 24% (22) a termo e 1,2% (1) pós-termo. 67,8% (61) dos neonatos nasceram de parto cesárea, com peso médio de nascimento de 1.926 gramas e 31,1% (28) dos RN que usaram o CCIP tinham baixo peso e 28,9% (26) peso normal. Os diagnósticos clínicos mais freqüentes foram

* Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Pesquisadora do grupo de pesquisa ARGOS. Endereço: Rua C, nº 33, apto 501. Cond. Matisse Residences. Bairro Miguel Sutil. Cuiabá-MT. CEP 78048-298. E-mail capriata@terra.com.br.

† Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós- Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Pesquisadora do grupo de pesquisa ARGOS, pesquisadora CNPq

‡ Mestre em Enfermagem, Enfermeira da unidade de terapia intensiva neonatal do hospital universitário da Universidade Federal de Mato Grosso.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

prematuridade e a membrana hialina, com 26,7% (24) respectivamente. Em relação aos sítios para inserção do CCIP, a veia basilíca direita foi o sítio mais utilizado (27,4%), seguido pela veia jugular direita com 12,9% e a veia basilíca esquerda (10,5%). A veia basilíca direita é considerada pelos autores como de primeira escolha, por ser um grande vaso, menos tortuoso e com menor número de válvulas. A infusão de nutrição parenteral parcial foi responsável por 56,5% (70) das indicações para o uso do CCIP, seguida pela administração de antibióticos 12,9% e acesso venoso difícil com 8,1%. Essas indicações para o uso do CCIP são semelhantes às descritas na literatura nacional. O tipo de cateter mais utilizado foi o de silicone 57,3% (71), seguido pelo vialon 23,4% (29) e o poliuretano 19,3% (24). No que diz respeito as complicações mais freqüentes relacionadas ao uso do CCIP, destacam-se a quebra do cateter 23,2% (19), obstrução 17,1% (14) e retirada acidental do cateter 13,4% (11). O mal posicionamento da ponta do cateter foi a complicação com menor prevalência, 9,8%. Entretanto, outros motivos têm levado a retirada do CCIP como a infiltração. Isso demonstra a necessidade de supervisão direta do enfermeiro nas UTIN, ou seja, o enfermeiro precisa estar acompanhando a mobilização do RN e fixação do cateter de forma contínua, para que o mesmo seja mantido até o final da terapêutica medicamentosa prescrita. Só assim, estaremos efetivamente prestando cuidado de qualidade aos RN sob nossa responsabilidade. A literatura aponta que as principais complicações decorrentes do uso do CCIP estão relacionadas ao desconhecimento técnico e científico por parte dos profissionais que realiza a sua inserção. Neste sentido, a habilitação e a capacitação do enfermeiro na inserção do cateter reduzem o risco de ocorrência de complicação. O principal motivo que levou a retirada dos CCIP foi o termino da terapia intravenosa medicamentosa 33,1% (41), seguida pela quebra do cateter 15,3% (19) e infiltração 10,5% (13). A observação rigorosa de todas as etapas para a inserção e manutenção do CCIP reduz a ocorrência de quebra, obstrução e saída do cateter. Como se observa, o CCIP tem alcançado seus objetivos, tais como reduzir o número de punções venosas nos RN e completar o plano terapêutico de forma segura e confortável, por isso, é considerado o dispositivo mais adequado para ser utilizado na terapia intravenosa em neonatos. Em relação ao tempo de permanência do CCIP, o tempo médio de permanência do cateter foi de 12,9 dias, com mínimo de um dia e máximo de 49 dias. Tempo esse considerado relativamente baixo se comparado com outros estudos realizados no país, que descrevem uma média de permanência do cateter de 20 dias. A fixação do cateter é um fator importante para a preservação e manutenção prolongada desse dispositivo venoso. Após a inserção do CCIP se recomenda o uso de curativo oclusivo com gaze devido ao sangramento local que pode ocorrer nas primeiras 24 horas. Como a maioria dos cateteres utilizados é do tipo silicone, estes não podem ser fixados a pele com pontos cirúrgicos, pois o fio cirúrgico cortaria o cateter. A fixação do mesmo deve ser realizada por meio de curativo com filme adesivo transparente estéril. O uso do CCIP cada vez mais tem sido uma opção segura e efetiva para atender as necessidades dos doentes em estado crítico, os pacientes neonatais têm sido os mais beneficiados com o seu uso. Neste sentido, políticas públicas devem ser implantadas no sentido de garantir o acesso universal a todos os neonatos que necessitem de internação em UTIN, bem como a tecnologias disponíveis no mercado as quais possam melhorar o atendimento a essa clientela e o CCIP é uma dessas tecnologias.

Palavras-chave: infusões intravenosas, enfermagem neonatal, recém-nascido



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

108 - A ludoterapia como recurso na abordagem à saúde de crianças com estoma intestinal

Fabíola Santos Ardigo*
Marina Trevisan de Toledo Barros†
Viviane Cruz Perugini‡
Mariana Itamaro Gonçalves§
Tatiana Martins**

A compreensão sobre a ludoterapia como recurso pedagógico de aprendizagem da criança e dos próprios pais como facilitador na aceitação da criança com estoma intestinal necessita da ampla discussão sobre o desenvolvimento infantil nas suas esferas cognitiva, afetiva e conativa. A criança ao nascer apresenta fatores condicionadores ao seu desenvolvimento, como a hereditariedade e o amadurecimento do sistema nervoso central. Além destes, existem outros fatores como condições sociais, culturais e históricas. A cognição engloba a senso-percepção, atenção, memória, pensamento, linguagem e criatividade. A esfera afetiva, é manifestada pela necessidade afetiva demandadas de experiências de prazer e frustração com relação ao seu meio ambiente. A esfera conativa é o querer e o fazer e se ligam à personalidade. Do terceiro ao sétimo ano de vida acontece a etapa das atividades lúdicas ou da brincadeira. Brincar ensina a criança a orientar o seu comportamento em relação ao significado socialmente atribuído aos objetos, e não à sua aparência. Os motivos para agir não são mais determinados pelas características dos objetos. Os significados atribuídos aos objetos e situações orientam as ações. Ao brincar, a criança vai se apropriando das regras e valores sociais, o que permitirá uma progressiva organização de suas formas de sentir, de pensar e de agir, de acordo com a cultura. A vida da criança, sua comunicação e interação, seus sentimentos, suas brincadeiras, sua afetividade, seu pensamento, a observação e a imitação expressos por meio de diferentes linguagens: faz de conta, jogos, teatro, música, dança, são fatores importantes na aprendizagem. As atividades de ensino-aprendizagem devem levar estes fatores em consideração. A infância¹ também pode ser dividida por períodos pré-natal, lactância, fases inicial (dividida em infante, pré-escolar), intermediária e tardia (dividida em pré-púbere, adolescente) para efeitos da organização da assistência com base nas principais manifestações decorrentes em cada fase. O *período de lactente* é compreendido entre o nascimento até os 12 meses de idade. Pode ser subdividido em período *neonatal* (nascimento até 27 ou 28 dia de vida), e *lactente* (até os 12 meses), quando ocorre o desenvolvimento motor, cognitivo e social rápidos. A *fase inicial da infância* corresponde ao primeiro ano e vai até o sexto ano de vida. Pode ser subdividida em *infante* (de um a três anos) e *pré-escolar* (três a seis anos). Neste período, que se estende desde o momento em que a criança atinge a locomoção ereta até a sua entrada na escola, é caracterizado pela descoberta e atividade intensa. O desenvolvimento físico e da personalidade é acentuado neste período. O desenvolvimento motor ocorre rápido e continuamente. As crianças nesta idade se apropriam de linguagem e relacionamentos sociais mais amplos, aprendem os padrões de função, ganham autocontrole e domínio, desenvolvem crescente consciência da

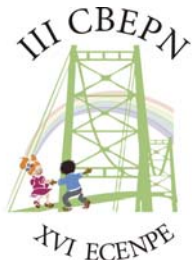
* Enfermeira do Hospital Universitário / UFSC, com especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem e Membro do GAO.

† Enfermeira e membro do GAO.

‡ Psicóloga, especialista clínica e formação com em Terapia Familiar e de Casal e Membro do GAO.

§ Enfermeira e membro do GAO.

** Acadêmica de Enfermagem – 4^a Unidade Curricular/UFSC, e membro do GAO. E-mail: tatiana_martins15@hotmail.com, celular: (48) 91250582.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

dependência e independência e começam a desenvolver um auto-conceito. Conhecer o desenvolvimento sob esta ótica instrumentaliza profissionais e familiares na escolha de técnicas de ludoterapia. A família é o primeiro contato que a criança tem no contexto social e o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar. A hospitalização interrompe o desenvolvimento natural da criança e desestrutura o grupo familiar. Para atender as necessidades do filho com estoma intestinal, os pais se reorganizam, redistribuindo cargas emocionais, afetivas e surgem sentimentos como negação, descrença, raiva, frustração e culpa. Esta nova condição pode ser vista pela criança como punição à desobediência de algo que ela desconhece. A ludoterapia ajuda na compreensão sobre o processo de saúde-doença, da causa cirúrgica e do procedimento terapêutico com relação inclusive à feitura do estoma. Sentimentos decorrentes do enfrentamento dos pais com relação ao problema de saúde de seu filho podem ser aliviados por meio da brincadeira, recurso que tanto profissionais de saúde, quanto educadores e mesmo no domicílio, se bem conduzido e orientado reverte em benefício da criança. Esta maneira de vivenciar o processo de adoecimento em que a ludoterapia surge como tecnologia de cuidado em saúde favorece a fantasia e permite criar estratégias positivas com relação ao estoma. Brincar é antes de tudo manifestar-se no mundo, brincando a criança exerce seu papel social, produz cultura infantil e re-significa sua vida. **Objetivo:** apresentar aos profissionais de saúde, técnicas de ludoterapia que auxilie na atenção integral às crianças com estoma intestinal e seus familiares. **Método:** estudo descritivo de base dedutiva, apoiado na literatura. **Resultado:** a ludoterapia é um meio de auto-expressão que liberta medos, ansiedades e fantasias através de brincadeiras. A criança, tendo consciência de seus sentimentos, consegue enfrentá-los e percebe seu potencial como indivíduo inteiro, exerce sua cidadania como dona das próprias decisões compartilhadas com o adulto, neste caso com sua família e com os profissionais de saúde envolvidos na assistência. A técnica para o desenvolvimento lúdico dependerá faixa etária, do grau de desenvolvimento cognitivo, de aspectos psicológicos, religiosos e culturais, de sua inserção na sociedade, além de características individuais de cada criança. As técnicas utilizadas comumente em hospitais são 1) **pinturas:** linguagem universal das crianças promove liberdade de expressão. Representa o mundo e o contexto no qual se encontra; 2) **dramatização:** a criança dramatiza experiências passadas e do cotidiano. Exercício de auto expressão e criatividade em que os sentimentos de raiva, medo e angústia são expressos; 3) **teatro de fantoches:** os protagonistas da história são fantoches. O conto reflete o momento de vida da criança, fantasias, inseguranças e relações familiares; 4) **bonecos estomizados:** favorece o reconhecimento do próprio corpo. Auxilia na aceitação, localização do estoma e manuseio do equipamento tornando esta uma condição natural de vida. Através do boneco o profissional explica procedimentos cirúrgicos e desmistifica conceitos para as crianças e familiares, recurso pedagógico fundamental para facilitar a aprendizagem e naturalizar sua nova condição; 5) **música:** proporciona entretenimento e descontração. Método utilizado com crianças, adolescentes, adultos e idosos. A letra da música, criada pelas pessoas estomizadas, retrata aspectos vivenciados no cotidiano com conotação positiva de incentivo, motivação e aprendizagem. **Conclusão:** no contexto sociocultural, atividades lúdicas são diariamente utilizadas. A ludoterapia alivia sofrimentos, diminui traumas da hospitalização e cirurgia, fornecendo apoio e bem estar à família através de trabalho humanizado. A criança geralmente esquece as experiências negativas, exceto se as condições ambientais forem extremamente ruins, ela aceita a vida como a encontra. Manifesta de várias formas avidez, curiosidade e se encontra nos seus mais simples prazeres. Gostam de crescer e lutar em compreensão, aceitação de si mesma e do seu mundo. Quando brinca, a criança imita os adultos e passa a colecionar repertórios para sua vida. Estar presente, decidir apoiada nas várias opções de escolha lúdica, com as variadas técnicas disponibilizadas, é uma das contribuições que a ludoterapia pode oferecer além de aliviar suas tensões e por



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

consequência gerando um ambiente familiar em que todos manifestam suas potencialidades e descobrem que podem criar por meio da arte. Poder ter uma folha qualquer e poder desenhar um sol amarelo é mágico, é fazer arte é desenvolver o senso estético e a ludoterapia é esta viagem, este apropriar-se da vida e isto já se inicia aos três anos de idade. Embora a literatura aponte o seu término aos sete anos de idades, sabe-se que brincar é algo que se deve praticar ao longo da vida. Crianças estomizadas e seus familiares, assim como crianças e adultos em geral devem manter a ludoterapia a serviço de suas saúdes.

Palavras-chaves: criança, psicologia, ludoterapia, ostomia.

Referências:

1. AXLINE, V.M. **Ludoterapia**. Trad. Carl R. Rogers. 2ª ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.
2. CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar**: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995
3. CARTER, Betty; MC GOLDRICK, Monica. As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In: Carter, B.; Mc Goldrick, M. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Trad de Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 7-27
4. CREPALDI, M. A. **Hospitalização na infância**: representações sociais da família sobre a criança e a hospitalização dos seus filhos. Taubaté: Cabral editora Universitária, 1999.
5. CREPALDI, M. A.; Hackbarth, I. D. **Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica**. Revista: Temas de Psicologia da SBP (Sociedade Brasileira de Psicologia) – 2002, vol.10, n° 2, 99-112.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

109 - O cuidado à família do recém-nascido: uso da análise de casos como estratégia de ensino

Myriam Aparecida Mandetta Pettengill*

Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro[†]

Flávia Simphronio Balbino[‡]

Introdução: Estudos sobre família têm recebido grande atenção e investimento por parte não apenas dos profissionais das ciências humanas e sociais, mas também da saúde, já que a família tem um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo e na manutenção da saúde de seus membros. Nas últimas décadas tem sido amplamente recomendado e divulgado os benefícios do cuidado centrado na família como referencial filosófico para nortear a prática dos profissionais da saúde. Trata-se de um modelo de cuidado fundamentado em parceria mútua entre profissionais, pacientes e família. A realidade familiar necessita ser compreendida e incorporada no cuidado, tendo em vista um atendimento mais abrangente, no qual o paciente não é visto de forma isolada, mas pertencente a um núcleo familiar e envolto em um contexto social. Essa filosofia de cuidado vai além de uma prática assistencial biologicista, requer uma assistência focada no atendimento das demandas do indivíduo e família, de maneira que os sistemas de serviços e o pessoal devem apoiar, respeitar e potencializar suas forças e competências. Os pressupostos centrais do cuidado centrado na família são dignidade e respeito, informação compartilhada, participação e colaboração. Essa abordagem de cuidado é um ideal a ser implementado pelas instituições hospitalares, uma vez que a família tem buscado cada vez mais participar dos cuidados de saúde de seus membros, reivindicando seu papel de consumidora nas unidades hospitalares. Considerando que a família é central e permanente na vida das pessoas, torna-se uma temática relevante a ser incluída nos currículos dos cursos de graduação na área da saúde, a fim de preparar os futuros profissionais para incluí-la como foco do cuidado, reconhecendo a complexidade interacional, as necessidades e as potencialidades da família. Neste sentido oferecemos uma disciplina eletiva com o objetivo de sensibilizar alunos de cursos de graduação na área da saúde para o cuidado da família em fase de expansão com o nascimento de um novo membro. Optamos pela Análise de Casos como estratégia de ensino, uma vez que possibilita a motivação, a participação, o questionamento e a reflexão do aluno. Nesta abordagem os casos são situações/problemas significativos que favorecem aos educandos colocar em prática sua capacidade de raciocínio, desencadear um processo de pensar, que estimule a dúvida, a formulação de hipótese e a aplicação à realidade. É uma estratégia que pode ser utilizada na área da saúde, pois permite a análise de uma situação em sua relação temporal de antes e depois. Nosso **objetivo** é divulgar a experiência de utilização da Análise de Casos como estratégia de ensino do cuidado à família. **Descrição da Experiência:** participaram 31 alunos de cursos de graduação da área da saúde, de uma universidade pública, do município de São Paulo. O conteúdo abordou as seguintes temáticas: a família como contexto do cuidado; o preparo da família para receber um novo membro; a chegada do novo membro na família; cuidados com o recém-nascido e com a família após o parto; e a família e o recém-nascido no domicílio. O recurso didático utilizado para implementação da proposta foi a avaliação de cinco casos, sendo quatro casos-

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem, Disciplina Enfermagem Pediátrica - Universidade Federal de São Paulo. Rua Napoleão de Barros nº 754. Vila Clementino- São Paulo- SP CEP 04024002. e-mail mpettengill@unifesp.br

† Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem, Disciplina Enfermagem Pediátrica - Universidade Federal de São Paulo.

‡ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem, Disciplina Enfermagem Pediátrica- Universidade Federal de São Paulo.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

problemas descritivos e uma situação vivenciada por uma família com a chegada do bebê no domicílio apresentada em vídeo. A análise de cada caso era realizada em seis momentos: a) leitura do caso clínico contendo descrição detalhada da situação-problema e perguntas norteadoras para avaliação. b) busca de subsídios teóricos na literatura para nortear a análise. c) elaboração de uma avaliação do caso, com base em estudos teóricos, percepções e experiências vivenciadas; d) discussão em grupo para direcionar as hipóteses de solução dos problemas; e) reanálise dos casos com base nos estudos feitos, nas discussões em grupo e em outras fontes de consulta; f) elaboração de relatório individual contendo a descrição da avaliação efetuada. **Avaliação da Experiência:** para os alunos, a disciplina proporcionou oportunidade para seu crescimento pessoal e profissional por meio de um aprendizado prazeroso e dinâmico. Os aspectos considerados facilitadores foram: *a discussão de conteúdos* sobre o cuidado centrado na família; *o estímulo à pesquisa bibliográfica* que os motivou a ir em busca de fontes de informação para embasar sua avaliação, facilitando a discussão em grupo e favorecendo a aquisição de conhecimento teórico, tornando-os responsáveis pelo próprio aprendizado. Possibilitou, também, *o desenvolvimento de pensamento crítico* como futuro profissional de saúde na resolução dos casos-problema; e a *fixação do conteúdo teórico*. Como aspectos dificultadores: casos-problema apresentavam *pouca integração entre as áreas de conhecimento* dos alunos de graduação, dificultando uma discussão mais aprofundada e *pouco direcionamento do professor* quanto às fontes de consultas que lhes permitissem a resolução dos casos. Sugeriram maior utilização de vídeos contendo cenas de famílias como recurso áudio-visual para promover as discussões e retorno mais freqüente dos relatórios de casos pelo professor. Para os docentes, a experiência de ensino foi considerada apropriada, pois permitiu uma *mudança na maneira de pensar o ensino de graduação*, com *maior participação discente no seu processo de aprendizagem*; *o desenvolvimento de uma prática colaborativa entre professor e aluno*; *professor desempenhando papel de orientador*. Quanto ao desempenho na resolução dos casos, observamos que os alunos aprofundaram nas análises dos casos com o transcorrer da disciplina; conseguiram trazer um maior embasamento teórico; uma visão mais crítica da situação do cliente; e desenvoltura na discussão dos mesmos, o que demonstrou uma aprendizagem efetiva do conteúdo trabalhado. Por outro lado existiram alunos que não avançaram na busca de conhecimentos em fontes de consultas, tiveram dificuldades na elaboração do relatório de avaliação do caso e entregaram um relatório pouco fundamentado, apesar da fase de discussão em sala de aula. **Considerações finais:** a análise de casos como estratégia de ensino tem sido utilizada amplamente em disciplinas que buscam inovar e sedimentar o conhecimento teórico do aluno. Há muito que se considerar quando se pensa em estratégias de ensino focadas em abordagens que avançam na promoção da autonomia do aluno. Nesta experiência pudemos perceber que há alunos que se tornam os próprios atores em seu processo de ensino-aprendizagem quando são estimulados por um professor orientador. Observamos alunos extremamente comprometidos e responsáveis; e ao mesmo tempo outros que ainda não conseguem avançar nesse sentido, pois se percebem desamparados pelo professor quando não são tutelados por ele. Também percebemos que a construção do conhecimento foi realizada de maneira coletiva, reforçando a negociação, o respeito do tempo do outro e o coleguismo. A utilização dessa estratégia de ensino se mostrou pertinente, pois permitiu ao aluno uma aprendizagem mais significativa uma vez que se centrou em tarefas autênticas e relevantes do mundo real, aproximando o aluno da família e de suas demandas de cuidado. Assim, a disciplina eletiva de cuidado de família mostrou-se como uma oportunidade de sensibilização do graduando da área de saúde para olhar e pensar família.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, família, ensino.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

110 - O impacto da tecnologia no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada e crianças: limites e possibilidades

Daniele Santos da Conceição*
Liziane Barros Linares Machado[†]
Márcia Barbosa de Paiva[‡]
Ivone Evangelista Cabral[§]

Introdução: A tecnologia permeia a vida das pessoas não só no ambiente de trabalho, mas na vida pessoal e no mundo. No campo da saúde, a evolução tecnológica trouxe consideráveis avanços diagnósticos e terapêuticos, em especial para as Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTIPs) cujo aprimoramento tecnológico contínuo, aperfeiçoou métodos de monitorização e tratamento implicando diretamente na qualidade da assistência prestada. Nos últimos anos, o avanço da ciência e da tecnologia, influenciou o aumento da sobrevivência de crianças com problemas de saúde graves, como: portadoras de malformações congênitas, prematuridade, lesões traumáticas e com doenças de causas evitáveis (diarréia, pneumonia, afecções perinatais, etc...). De acordo com Cunha, esse evento ocorreu devido aos benefícios da evolução rápida das indústrias de equipamentos e medicamentos. Em contrapartida, houve um aumento na complexidade do cuidado, pois essas crianças sobreviveram com algum tipo de necessidade especial de saúde, ou seja, portando disfunções, apresentando dependências, que irão modificar toda sua vida. Neste sentido, a introdução e a inovação crescente e constante da tecnologia na saúde passam a ser associadas ao cuidado; uma vez que, a construção do conhecimento da enfermagem visa objetivar não somente o tratamento e a prevenção de doenças, mas também a organização dos serviços com a finalidade de aprimorar e nortear sua prática. Desta forma quando a utilização da tecnologia é realizada de forma adequada, correta e consciente, o cuidado se impõe. No entanto, percebemos que o desenvolvimento tecnológico e sua utilização muitas vezes direcionam a assistência para uma prática centrada no diagnóstico e na intervenção focando o modelo centrado na doença, quando a visão atual perpassa pela criança e sua família. A mesma tecnologia que constrói, estrutura e organiza o serviço com o aporte informatizado o qual possuímos nos dias de hoje, que desenvolve métodos educacionais mais dinâmicos e eficazes, que promove rapidez e agilidade na implantação das diversas ações desenvolvidas pela enfermagem, também possui seu lado perverso e “des-cuidado”. Não raramente, encontramos profissionais altamente competentes e qualificados tecnicamente, manuseando com destreza e habilidade os mais sofisticados equipamentos, e que na arte de cuidar e lidar com o humano mostra-se insensíveis, frios e impacientes; tratando-os da mesma forma mecânica com que lidam e administram suas máquinas. Segundo Merhy, tratar e cuidar pode se tornar desumanizante tanto para os cuidadores quanto para os que são cuidados. É necessário refletirmos sobre o impacto causado pela tecnologia no cuidado e que repercussões estariam implicadas na nossa prática. O presente estudo se deu a partir da necessidade, enquanto enfermeiras de UTIPs, de buscar compreender o impacto da tecnologia no cuidado à criança hospitalizada e as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) estabelecendo os limites e possibilidades

* Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica. Enfermeira da UTI Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Professora Substituta da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. End: Rua Lima Drumond, 403. Vaz Lobo. R.J. Cep: 21361-020. E-mail: danisancon@gmail.com.br

[†] Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica. Enfermeira da UTI Pediátrica do Hospital Copa D’or.

[‡] Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Chefe de Enfermagem da UTI Pediátrica e Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.

[§] Enfermeira, Pós Doutor em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

existentes e entender de que maneira o avanço tecnológico influencia no cuidado de enfermagem prestado a criança. **Objetivos:** Diante dessa temática, foram traçados como objetivos: identificar o impacto da tecnologia à criança hospitalizada e CRIANES; e discutir os limites e possibilidades desta tecnologia no cuidado a essas crianças. **Metodologia:** Estudo de revisão bibliográfica, realizado através da busca de livros, dissertações, teses, e artigos nacionais e internacionais, nas bases de dados Medline, Scholar Google e Lilacs no recorte temporal de 1996 a 2008. A busca foi realizada através de acesso eletrônico às bases de dados supracitadas. Selecionamos para a análise os artigos que mencionassem em alguns ou em todos os seus resumos e/ou títulos os descritores de assunto: tecnologia, saúde, cuidado de enfermagem, terapia intensiva, criança e enfermagem. Optamos por incluir o descritor terapia intensiva por considerarmos que este é o setor que concentra os maiores avanços e recursos tecnológicos da área hospitalar. Ao coletarmos todo o material, obtivemos trinta artigos para serem analisados. O tratamento dos trinta artigos selecionados foi realizado através de leitura dos resumos e categorização das temáticas, formando-se seis categorias para análise. **Resultados:** Os resultados apontam para diversos conceitos de tecnologia. Observamos que muitas vezes há uma tendência de generalizar a concepção de tecnologia, resumindo-a aos procedimentos técnicos, propriamente ditos. As inovações tecnológicas servem como instrumento no aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem, tornando-os mais eficientes, precisos e menos susceptíveis a erros. O cuidado de enfermagem, que consiste na essência da profissão, não deve estar vinculado apenas ao cumprimento de tarefas e rotinas. Deve englobar duas áreas, uma concreta, vislumbrada através de procedimentos e técnicas e outra de sentidos, evidenciada através do toque, do olhar, do ouvir e do envolvimento entre o cuidado e o cuidador. A utilização da tecnologia impõe na sociedade limites relacionados à questão de custos. Isto se torna claro com a desigualdade social e as escassas tecnologias colocadas à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS); e se tratando de crianças com necessidades especiais de saúde, a situação torna-se mais grave, já que os dispositivos de manutenção da vida e suas dependências tecnológicas tornam-nas mais complexas e vulneráveis. E possibilidades relacionadas principalmente ao aumento de sobrevivência das crianças com necessidades especiais de saúde. Esta clientela representa um conjunto de crianças que demandam cuidados especiais de saúde, seja por um período temporário ou permanente. As CRIANES são crianças dependentes e/ou herdeiros da tecnologia são o que afirma as autoras Cunha & Cabral. **Conclusão:** A utilização da tecnologia impõe na sociedade em que vivemos limites e possibilidades. O impacto de sua utilização na área de saúde pode ser observado ao longo da história até os dias atuais. Concluímos que este impacto tem várias vertentes, sejam elas positivas quando falamos do aumento da expectativa de vida da criança hospitalizada e CRIANES, quando o trabalho da equipe de enfermagem torna-se ágil e eficaz por conta desse avanço tecnológico; e negativos quando nos deparamos com a tecnologia sendo um elemento dificultador da prática profissional levando a uma sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem pela utilização de equipamentos ultrapassados e que não tem uma manutenção periódica. Podemos pensar ainda na vida dessas CRIANES que sobreviveram a toda essa inovação tecnológica surgida ao longo do tempo. Apesar de ser evidente e imensurável os benefícios advindos do avanço tecnológico, principalmente no que se refere à queda nas taxas de mortalidade infantil e as melhorias no âmbito da saúde, não podemos perder o enfoque humanista na abordagem à criança e sua família para não nos rendermos ao tecnicismo. O estudo em seu conteúdo busca refletir sobre o impacto causado pela tecnologia no cuidado, e que repercussões estariam implicadas em nossa prática, resgatando o cuidado de enfermagem como essência de nossa profissão, e que, portanto não pode ser descartado.

Palavras-chave: cuidado de enfermagem, tecnologia, terapia intensiva.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

111 - O cuidado de enfermagem no trans-operatório infantil: a percepção dos pais

Conceição de M. de Albuquerque*
Mirna Albuquerque Frota†
Rejane Maria Carvalho‡
LauraTereza Villaça Benevides§

Introdução: A enfermagem é a profissão que permanece mais tempo ao lado do cliente, prestando os cuidados necessários às diversas etapas da vida do ser humano, e exercendo suas distintas atividades, incluindo em especial a assistência prestada em centros cirúrgicos. Figueiredo (2005), revela que os profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico são geralmente os responsáveis pela recepção do cliente na sua respectiva unidade, que deve ser personalizada, respeitando sempre suas individualidades; o profissional deve ser cortês, educado e compreensivo, buscando entender e considerar as condições do cliente. A desinformação é outro fator gerador de sentimentos desagradáveis que merece ser levado em consideração, pois pode causar alterações no organismo que podem impossibilitar o procedimento cirúrgico. A equipe de saúde tem grande influência sobre a tranquilidade e recuperação do cliente internado. A maioria destes deposita na equipe todas as suas expectativas de cura. Santos e Luis (2005) sinalizam que a equipe de saúde pode diminuir a carga de problemas emocionais do paciente, ajudando assim no enfrentamento da doença. Por mais corriqueiro que possa parecer para os profissionais, seja qual for o motivo, para o paciente este é um grande problema, o que requer de nós enfermeiros uma intervenção responsável e comprometida com a necessidade de cada pessoa, pois os problemas de natureza emocional que envolvem os pacientes não podem continuar sendo relegados a segundo plano. Além de identificá-los, buscar estratégias para saná-los, tendo em vista a pessoa de modo integral e não apenas o seu problema. Portanto ressalta-se a importância de uma interação do profissional de enfermagem com os pais/acompanhantes que irá acompanhar a criança neste período, recebendo-a com respeito e empatia, fornecendo as informações e promovendo o apoio necessário a este momento. Passando tranquilidade e diminuindo assim a angústia e a ansiedade. Jacob e Bousso (2006) por meio de estudos, ressalta que ser o responsável por um cliente não é tarefa fácil, ainda que se tratando de um filho. O procedimento de internação hospitalar pode desencadear sentimentos confusos e dicotômicos na criança e sua família, como, por exemplo, cura e morte, alegria e tristeza, medo e confiança, marcando o hospital como um espaço de experiências dolorosas e significativas para toda a vida. Por conseguinte, o manejo de tal condição apresenta-se como uma tarefa complexa para a família e a criança hospitalizada, pressupondo da equipe de saúde, em especial da enfermagem, uma assistência diferenciada e peculiar a este processo (COLLET, 2002). Percebemos que durante todo esse período que antecedia ao procedimento cirúrgico em muitas instituições não ocorria por parte dos enfermeiros uma visita a estes pequenos pacientes e a seus familiares a fim de propiciar conforto psicológico e informações pertinentes ao que seria planejado para acontecer no centro cirúrgico. E sobre tudo, no

* Professora mestre do curso de enfermagem na Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

† Professora Doutora do curso de enfermagem na Universidade de Fortaleza – UNIFOR, disciplina saúde da criança e do adolescente

‡ Professora mestre do curso de enfermagem da Universidade de Fortaleza- UNIFOR, disciplina saúde da criança e do adolescente.

§ Professora Mestre do curso de enfermagem da Universidade de Fortaleza- UNIFOR, disciplina saúde da criança e do adolescente.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

transcurso da cirurgia, dificilmente o enfermeiro preocupava-se em prestar informações ou até mesmo proporcionar um apoio a estes pais/acompanhante. Neste sentido questionamos se o enfermeiro após conhecer os aspectos da experiência da família em relação a esta vivência, se preparar á para o cuidado com estes e perceberá que se os sentimentos de um genitor forem valorizados e trabalhados, estaremos cumprindo nossa missão enquanto profissionais. **Objetivos:** Objetivou-se neste estudo conhecer a percepção do acompanhante durante o período trans operatório de sua criança acerca da assistência do enfermeiro, descrever a compreensão do familiar em relação à orientação fornecida pelo enfermeiro do Centro Cirúrgico durante o trans-operatório de seu filho e identificar a importância das orientações ao acompanhante durante o trans-operatório pediátrico por meio de uma assistência humanizada. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo favorecendo a abordagem qualitativa. Contudo, é ressaltada a importância de se refletir sobre a pesquisa qualitativa, possibilitando uma maior visualização pela exploração dos fenômenos sanitários e dos serviços de saúde, despertando, assim, o interesse acadêmico e dos profissionais de saúde por este método. Pois, sabe-se que os métodos quantitativos, recentemente, dominavam as estratégias para análise de dados, destacando ainda a pequena participação dos alunos durante a apresentação dos resultados da pesquisa, havendo uma desvalorização da pesquisa qualitativa, não sendo deste modo tratada à altura de sua relevância (MERCADO, 2004; MINAYO, 2007). O estudo foi realizado no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), em Fortaleza – Ceará Brasil. O referido hospital está vinculado à rede pública do Estado, se constituindo um dos maiores hospitais públicos do Ceará a nível terciário, assistindo mais de vinte e quatro especialidades médicas. Os sujeitos do estudo foram doze pais de crianças submetidas a cirurgias eletivas no período de julho a setembro de 2008 . Seguiu-se uma entrevista semi-estruturada para oportunizar aos participantes sua expressão de sentimentos em relação ao assunto e obter dados subjetivos, como atitudes e opiniões, contidas em suas falas. O instrumento para a coleta dos dados foi aplicado após aprovação do Comitê de Ética do HGF. sendo respeitados princípios éticos fundamentais em pesquisa. **Resultados:** Foram entrevistados doze acompanhantes, sendo onze mulheres e um homem, com idades variando entre 19 e 52 anos. Quanto ao grau de instrução, dois desses eram analfabetos, quatro apresentavam ensino fundamental incompleto, dois concluíram o ensino fundamental, três estavam cursando o ensino médio e um com ensino médio completo. Com relação à ocupação, nove eram do lar, uma costureira, um funcionário público e uma estudante. Analisando as falas dos entrevistados, realizamos a identificação das seguintes categorias: “sentimentos frente à cirurgia”; “orientadas quanto às informações no trans-operatório”; “sem informações no decorrer da cirurgia”, que serão descritas a seguir. **Sentimentos frente à cirurgia:** Oito entrevistados relataram sentir preocupação e medo de complicações decorrentes do ato cirúrgico, percebendo este evento como um risco, inclusive de vida, para suas crianças. Três dos entrevistados expressaram sentimentos de tristeza e ainda de conformação diante do fato de seus parentes necessitarem de uma intervenção cirúrgica. A intervenção cirúrgica é considerada um fator de estresse nos grupos familiares, e se tratando da cirurgia de crianças, nos parece que o conflito torna-se pior. Os pais temem por complicações que em muitas vezes poderiam ser desmistificadas pelos profissionais de saúde, iniciando as informações acerca da cirurgia ainda no momento da indicação da mesma, dando continuidade na hospitalização e durante todo o Peri operatório do cliente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CENTRO CIRURGICO, 2007). **Orientadas quanto às informações no trans-operatório:** Apenas quatro dos participantes afirmaram ter recebido algum tipo de notícia do seu parente durante a permanência deste no Centro Cirúrgico, no entanto, nem todas souberam confirmar de que profissional receberam estas informações. As informações a cerca da cirurgia devem ser fornecidas ainda no preparo pré- operatório. Assim, de acordo com Souza *et all* (2005), é possível diminuir os fatores



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

estressantes que podem influenciar na realização da cirurgia e na recuperação do indivíduo. É muito importante o ato de nos identificarmos corretamente ao cliente do qual cuidaremos, especificando inclusive a profissão que exercemos, para que este saiba a quem está dando informações a respeito de sua vida e distinga o que é de competência deste profissional, conhecendo o que deve esperar deste em relação ao seu tratamento. **Sem informações no decorrer da cirurgia:** Os demais acompanhantes afirmaram não ter nenhum tipo de notícia enquanto aguardavam na sala de espera e alguns ainda proferiram ter buscado por informações sem obterem sucesso. A maioria dos familiares somente tem conhecimento do término da operação, sendo isto fator do aumento das incertezas e da ansiedade dos familiares, tornando-os extremamente dependentes da equipe de Enfermagem no que se refere à busca de informações sobre o seu ente querido. A tarefa de prestar informações sobre as particularidades de um ato cirúrgico deve ser consolidada à prática da assistência ao cliente e a seus familiares, com continuidade no transcorrer da cirurgia, refletindo que aqueles familiares aguardando na sala de espera estão necessitando de uma assistência humanizada. É necessário perceber a visão do familiar frente à assistência de enfermagem no que se refere ao trans-operatório da sua criança e os sentimentos destes relacionados à intervenção anestésico-cirúrgica, para entender os anseios e emoções pertinentes a este momento. **Conclusões:** Os sentimentos descritos pelos entrevistados nesta pesquisa não se referem a emoções de esperança ou satisfação, a cirurgia é compreendida como um momento a ser temido e não como a resolução de um problema de saúde. A falta de notícias à porta do Centro Cirúrgico é um acontecimento agravante a estes receios e constatamos esta afirmação no fato desta ausência de informações serem a principal queixa dos entrevistados. Destacamos novamente a importância de uma assistência que valorize a subjetividade dos familiares e a necessidade destes em ter uma orientação durante o trans-operatório pediátrico por meio de uma assistência humanizada. Sugerimos que seja implementada no serviço a prática de conservar-se uma rotina onde um profissional ou voluntário é designando a oferecer apoio emocional e manter os familiares informados sobre a evolução do cliente. Ainda, recomendamos a adequação da sala de espera na instituição, para que seja proporcionada a estes acompanhantes um local apropriado com conforto e recursos que possam ser utilizados no entretenimento destes, como revistas ou televisão, diminuindo suas ansiedades e preocupações, mesmo que por alguns instantes.

Palavras-chave: cirurgia pediátrica, cuidado, enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**112 - Cartilhas educativas para as famílias de crianças estomizadas
(gastrostomia e colostomia) segundo a Prática Educativa Freireana**

Andréa Rodrigues da Costa Rodrigues*
Noélia Silva Ladislau Leite[†]
Jaqueline Fendler de Amorim[‡]

Introdução: Os estomas são utilizados com frequência no tratamento de uma série de doenças neurológicas e cirúrgicas em pediatria (WHALEY & WONG; 1999). Dentre os tipos de estomas existentes, os mais comuns às crianças atendidas pelo Instituto Fernandes Figueira são: traqueostomia, esofagostomia, gastrostomia, ileo/colostomia e urostomias. Com a grande incidência de crianças estomizadas, percebeu-se a necessidade de elaborar material educativo com a participação do GFCE – Grupo de Famílias de Crianças Estomizadas. Este grupo iniciou-se em 2003, com o objetivo de proporcionar a estas famílias um suporte na construção de estratégias para o cuidado. A abordagem utilizada baseia-se na educação dialógica de Paulo Freire, segundo o qual "...nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo" (FREIRE, 1996 p.26). **Objetivo geral:** Elaborar cartilhas educativas com a participação do grupo de famílias de crianças estomizadas. **Abordagem metodológica:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, utilizando-se a educação problematizadora de Paulo Freire. Os sujeitos do estudo foram as famílias de crianças estomizadas atendidas no Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ. Participaram do estudo 20 famílias de crianças estomizadas atendidas no IFF, que freqüentam reuniões coordenadas por uma enfermeira especialista na área em questão. As famílias relataram suas vivências e práticas no cuidado domiciliar com seus filhos, as dificuldades em lidar com os problemas decorrentes do dispositivo em uso na criança, as re-internações decorrentes de complicações ou para a realização de cirurgias, entre outras experiências. Neste espaço há o desenvolvimento da educação coletiva, contribuindo para a construção de um conhecimento mais adequado ao cuidado. Através dos diálogos no grupo educativo, foram identificadas as reais necessidades das famílias no processo de cuidar. Os dados foram trabalhados de forma organizada e sistematizada (LUDKE e ANDRE, 1986), para dar subsídios às categorias na construção da cartilha educativa. Para o desenvolvimento da pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do CNS/MS. Encaminhamos o projeto ao comitê de ética da instituição, sendo aprovado sob o nº 111583. Os sujeitos convidados a participarem do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos e informados da possibilidade de não participarem do mesmo, caso não desejassem. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos familiares após estes esclarecimentos e aceitação em participar do estudo. **Resultados:** Selecionamos todo o conteúdo descrito relacionado ao cuidado à criança estomizada durante as reuniões do grupo e após leituras sucessivas nos possibilitou a divisão do material em dados, agrupa-los para iniciarmos assim a construção de categorias. Identificamos 07 categorias, as quais descreveremos a seguir: 1- a descoberta de que a criança necessita realizar uma estomia / possui uma malformação: esta categoria nos fez refletir, de que modo

* Enfermeira especialista em pediatria. Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; Estrada do Pau Ferro 600 Jacarepaguá. Deia.uerj@ibest.com.br

† Enfermeira Prof^a.Dr^a em saúde da criança. Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; Rua Dom Bosco, 99/1302 Niterói. noelialeite@iff.fiocruz.br

‡ Enfermeira especialista em pediatria. Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/ UFRJ; Rua Carlos Meziano, 337/312 bl. 06 – Ilha do Governador. jackfendler@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

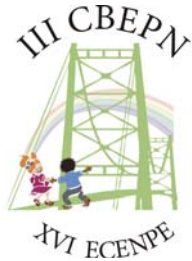
podemos intervir para que esse momento de crise seja melhor enfrentado. Acreditamos que o papel da equipe de saúde deve ser imediato, eficaz e interdisciplinar dando suporte a essa família que descobre que seu filho possui uma malformação e necessita de uma estomia para sobrevivência. 2- o primeiro contato da família com a criança estomizada; Acreditamos que nesta etapa o profissional de saúde tem papel fundamental, portanto se faz necessário refletirmos a forma pelo qual abordaremos tal assunto, uma vez que diante da notícia da malformação ou mesmo da realização de uma cirurgia para estomização da criança, somos os primeiros a ter contato com a família. Geralmente os pais depositam em nós total confiança e muitas vezes esperança. 3- abordagem educativa e acompanhamento profissional. Desta categoria definimos quatro subcategorias, são elas: 3.1- como cuidar da gastrostomia; 3.2- como cuidar da colostomia; 3.3- cuidado da pele ao redor do estoma; 3.4- ações de prevenção de acidentes/importantes informações para o cuidado adequado. Consideramos a abordagem educativa de grande importância, para que profissional e família desenvolvam e construam o conhecimento e habilidades necessárias para o cuidado à criança, o que deve ocorrer ainda durante a internação. O processo de alta deverá acontecer de forma continuada, para que as informações não sejam dadas em uma única etapa. Esta ação pode evitar que a ansiedade pela alta hospitalar e a expectativa dos familiares pelo retorno da criança à convivência familiar possam dificultar o processo educativo. 4- a importância do autocuidado. As ações quanto ao autocuidado são sempre incentivadas nas consultas com a enfermeira e nas reuniões do grupo de famílias. Constituem-se em uma prática que tem como objetivo auxiliar as famílias na percepção da importância do autocuidado no desenvolvimento da autonomia e independência da criança. Desta forma, logo que possível a criança estaria exercendo atividades de autocuidar-se. 5- a importância do apoio familiar. Dentro do grupo percebemos a participação efetiva dos familiares e de pessoas que são significativas no cuidado à criança, como tios, avós, vizinhos, amigos entre outros. Estes são de extrema importância, contribuindo para uma nova reorganização familiar proporcionando suporte, encorajamento e principalmente segurança. 6- a inclusão social da criança estomizada. Acreditamos que cabe a todos cuidadores, pais e responsáveis pela educação de suas crianças portadoras ou não de estoma, estimular sempre a inclusão destas crianças, evitando o isolamento, promovendo a participação dos mesmos em atividades educativas, lazer, e esporte. Desta forma estaremos minimizando sofrimentos, contribuindo para reabilitação e melhoria da qualidade de vida desta criança. 7- objetivos do grupo de famílias de crianças estomizadas. O grupo tem como principal objetivo possibilitar que as famílias participem intensamente do processo educativo inerente ao cuidado de seus filhos, de forma problematizadora, possibilitando a construção conjunta de conhecimento. **Conclusão:** As crianças dependentes de tecnologia requerem cuidados especiais que são de domínio dos profissionais de saúde. O aparato tecnológico aliado à patologia da criança acarreta aos familiares um sentimento de total incapacidade e insegurança. Destacamos que, as cartilhas se constituem em ferramentas/estratégias educativas, cabendo à enfermeira e à família as decisões finais sobre os cuidados a serem prestados a cada criança de forma individualizada. Para tanto, devem ser considerados, além das cartilhas, as consultas ambulatoriais, o grupo educativo, e os protocolos existentes na instituição. Diante de tal abordagem devemos repensar e refletir qual o verdadeiro papel da enfermeira como educadora frente à sociedade. Acreditamos que a enfermeira ocupa uma posição importante, estabelecendo uma relação de segurança e confiança junto aos familiares da criança. Diante do exposto fica evidente que as enfermeiras, como educadoras em saúde junto as famílias, criam possibilidades para produção ou construção de um conhecimento, favorecendo o aprendizado e resultando na melhoria da qualidade de vida da criança estomizada. **Contribuições do estudo:** A elaboração de cartilhas educativas para as famílias de crianças estomizadas apresenta-se como uma ferramenta/estratégia educativa complementar, no processo de aprendizagem das



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

famílias para a convivência com a dependência tecnológica. Sendo assim, esta estratégia permite-nos pensar abordagens educativas baseadas em modelos não tradicionais, na perspectiva da participação da família na construção do conhecimento.

Palavras-chave: tecnologia educacional, crianças portadoras de deficiência, estomas, família, enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

113 - Rede de comunicação via internet: promovendo um canal de expressão e de interação para crianças hospitalizadas

Jackeline Félix de Souza*

Juliana Lima da Silva[†]

Rosa Lúcia Rocha Ribeiro[‡]

Vanessa Ferraz Leite[§]

Introdução: O Trabalho relata a experiência de educadoras que participam de um projeto que promove um canal de expressão e interação por meio da internet para crianças hospitalizadas. É escrito de acordo com as vivências das educadoras na sala de recreação do Hospital Universitário Julio Muller (HUJM), O **Pediatria em Rede** é uma prática comunicacional entre crianças hospitalizadas por meio da *internet*, que proporciona o entretenimento, a inclusão digital e o exercício da cidadania. Tem como objetivo ser um canal de expressão e de comunicação entre crianças hospitalizadas. O **Pediatria em Rede** conta com um *site* (www.pediatriaemrede.org) dentro do qual há ferramentas, com o intuito de permitir que qualquer visitante, isto é, internautas, apresentem-se e colaborem, deixando suas opiniões. Atualmente, as atividades mais exploradas especificamente pelas crianças hospitalizadas é o *Continue a sua história* e a sala de Bate-papo virtual (*Chat*). Dentro do *continue a sua história*, há caixa de textos coloridas, as quais despertam o interesse das crianças e dos adolescentes hospitalizados a continuarem contando, neste caso a história vivenciada por eles quanto o período de hospitalização. Quanto à sala de Bate-papo, as crianças e adolescentes hospitalizados em qualquer unidade pediátrica do país que tenham acesso à *internet* podem se encontrar e conversarem entre si, nesta "sala" virtual. Em Cuiabá, o **Pediatria em Rede** faz parte do **Programa Cuidar Brincando** que é uma ação de extensão universitária desenvolvida no Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM) pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT), reunindo atualmente outros cinco subprojetos: Informática e Cidadania para crianças hospitalizadas, Brinquedo Terapêutico, Biblioteca Livre, Terapia Comunitária para familiares de crianças hospitalizadas e Comitê de Defesa da Criança Hospitalizada. O projeto está cadastrado através do Protocolo SIEX/UFMT número 16953.59.8508.1122008. Têm proporcionado as crianças e adolescentes do HUJM, em sua maioria em condições crônicas de saúde, oportunidades de continuarem o desenvolvimento cognitivo-motor durante o longo período de internação. Desta forma, nós como educadoras do projeto compreendemos que não é apenas uma forma de diversão e entretenimento, mas também troca de conhecimento e experiências. Observamos que as crianças ensinam ao mesmo tempo que aprendem com as dificuldades enfrentadas por outras crianças que encontram-se em estado semelhante de saúde. Para muitas crianças tudo é novidade desde o primeiro contato com o computador até a descoberta que é possível se comunicar com pessoas de outros estados, cidades ou país. Muitas dessas crianças estão tendo o primeiro contato com o computador, sentimos a timidez

* Acadêmica de enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT), bolsita extensão (PROVIVAS) e educadora do Programa Cuidar Brincando. E-mail: jacke_felix@hotmail.com

† Acadêmica de enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT), bolsita extensão (PROVIVAS) e educadora do Programa Cuidar Brincando. E-mail: julimads@hotmail.com

‡ Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora da FAEN/UFMT, coordenadora do **Pediatria em Rede** e do Programa Cuidar Brincando. E-mail: rosalucia@gmail.com

§ Enfermeira, educadora – voluntária do Programa Cuidar Brincando, supervisora do **Pediatria em Rede** em Cuiabá. E-mail: vanfaen@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de tocar o teclado e manusear o mouse, observamos a felicidade e o brilho nos olhos, quando não mais precisam de nossa ajuda, quando conseguem manusear o computador sozinhas. O site do Pediatria em Rede também conta com outras atividades como o "Continue sua história". Trata-se de relatos sobre a vida no hospital que a princípio era considerada uma atividade extra, assim como os jogos do site, e que posteriormente se tornou uma valiosa ferramenta, possibilitando uma percepção maior sobre cada criança e suas particularidades, através dessas atividades as crianças permitem-se compartilhar através da escrita as dificuldades que enfrentam perante não apenas a patologia mas também a realidade social em que estão inseridas. Em Cuiabá vivenciamos relatos das crianças dizendo o quanto lhes agradam ter uma sala de recreação, e observamos a satisfação que sentem de estarem amparadas. Por outro lado, nos deparamos com dificuldades e com a timidez de algumas crianças, que as impedem de interagir. Aos poucos fomos vencendo essas limitações e se aproximando. Assim que essa criança se sente mais confiante, passa a interagir. Utilizamos como recurso a internet, devido a sua rapidez e comodidade uma ferramenta atrativa e criativa para promover a comunicação e compartilhar as experiências pessoais e conhecimentos de cada um, pois segundo Freire *"O diálogo é necessário, pois através dessa conversa, haverá uma troca de conhecimentos, não uma imposição de saberes, pois existir é expressar a história de cada um."* (FREIRE, 1987). De fato a pediatria em rede é um aprendizado para ambas as partes tanto para os educandos como para os educadores. Para Freire (1987, 58 p.), a libertação acontece em comunhão, na busca coletiva para solução de um problema. Ele comenta em uma de suas citações que: *"ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, mas todos se libertam em comunhão, mediados pelo mundo."* Sentimos uma satisfação enorme em poder proporcionar momentos de distração em um ambiente considerado estressante para as crianças, sentimos isso no momento em que as atividades são encerradas e muitas não querem retornar ao leito. Da mesma forma que percebemos os anseios, medo do desconhecido, dificuldades (como escrita, agilidade, comunicação, timidez, costumes, entre outros aspectos), nós como educadoras também temos nossos anseios e inseguranças quanto a receptividade das atividades que oferecemos as crianças e adolescentes, dessa forma procuramos nos aperfeiçoar, buscar inovações para o futuro, atualizar o nosso vocabulário e nossa forma de transmitir o conhecimento através de capacitações para que possamos transmitir a mensagem de forma clara e objetiva. **Objetivo:** o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de educadoras através da vivência com crianças hospitalizadas que participam da atividade interativa *on-line* através do Pediatria em Rede no HUJM, em Cuiabá. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, embasado na pedagogia crítico reflexiva de Paulo Freire. Tem como base de elaboração a Resolução do Ministério da Justiça e Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (CONANDA) Nº 41 de 17/10/1995 que trata dos "Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. RESULTADOS: Atualmente as crianças do HUJM têm conversado com crianças internadas no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP), na cidade de São Paulo. O Chat tem acontecido uma vez por semana, às segundas-feiras, das 15:00 as 17:00 horas (horário de Brasília). Em nossa experiência, observamos que a interatividade através do *chat* possibilita às crianças e aos adolescentes hospitalizados compartilhar experiências, trocar conhecimentos, fazer novas amizades e melhorar a sua auto-estima, além de permitir a continuidade do desenvolvimento de suas habilidades cognitivas e motoras. Em Cuiabá outras atividades como "Continue a sua história" dão mobilidade e auxiliam no compartilhamento de experiências, acontecem durante o decorrer da semana conforme a programação das atividades. O conteúdo dessa atividade pode ser acessado a qualquer hora do dia vale ressaltar, que os dados das crianças são mantidos sob sigilo, através de abreviatura ou nomes fictícios. **Considerações finais:** Sabemos que em outros países, como Portugal, estão em andamento atividades interativas *on-line* (Projeto Um sorriso para



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

as TICs) em pediatrias de hospitais públicos. No Brasil, somos uns dos pioneiros, desafiando a construção de uma (Tic pediátrica), com o intuito de manter crianças hospitalizadas interagindo com outras crianças hospitalizadas. O Pediatría em Rede é uma ação relativamente nova e está em busca de parcerias com outras unidades pediátricas do país que possuam, em suas brinquedotecas, computadores com acesso à *internet*. Em Cuiabá, é necessário aumentar o número de educadores para auxiliar as crianças na atividade e mediar as conversas. A experiência com as crianças tem nos levado a refletir que a doença não é o final do caminho, mas sim o começo de um novo obstáculo a ser vencido e encarado, e que este enfrentamento pode ser feito contando com a solidariedade e com a experiência de outros que vivem experiências semelhantes.

Palavras-chave: criança hospitalizada e tecnologia da informação e comunicação (TIC).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

114 - Tecnologia em educação para a saúde e cidadania de crianças e suas famílias em situação de risco

Ana Izabel Jatobá de Souza*

Wanda B.E.Barcellos[†]

Tiago Medeiros[‡]

Talita Padilha Porto[§]

Introdução: a experiência de mais de duas décadas Gapefam/UFSC[§] tem mostrado que a interdisciplinaridade como construto teórico e prática profissional é um dos fatores importantes na abordagem às famílias. As experiências levaram o Gapefam a querer inovar e expandir sua prática interdisciplinar de forma sistemática, através da criação do laboratório “Estudos e Práticas Interdisciplinares de Família e Saúde – Leifams**”. Para tanto, formou-se uma equipe multidisciplinar a fim de estudar, elaborar e desenvolver metodologias com famílias visando à promoção do sistema familiar de forma a transcender as barreiras da disciplinaridade, somando esforços, compartilhando experiências e saberes, valorizando as diferenças, respeitando a dignidade do ser humano/família e assumindo uma postura ética e crítica frente à sociedade e a realidade. O projeto previa a construção de três metodologias interdisciplinares: a visita domiciliar e o cuidado às famílias vivenciando situações crônicas de saúde; e o trabalho com o grupo de famílias (promoção da saúde/prevenção da violência intrafamiliar). Este trabalho pretende descrever a última metodologia. **Objetivo:** descrever o desenvolvimento de tecnologia em educação para a saúde e cidadania de crianças e suas famílias em situação de risco. **Metodologia:** a equipe multidisciplinar é composta por uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social, e três bolsistas do curso de graduação em Enfermagem. O trabalho, de característica interdisciplinar, constituiu-se de reuniões semanais de preparo e avaliação das oficinas com os grupos, acompanhamento dos dados de saúde e desenvolvimento das crianças, modificação na trajetória, replanejamento, devolução dos dados às crianças e às suas famílias. Como representantes da família, participam do projeto as mulheres que habitualmente são mães, tias e avós e as próprias crianças. As crianças participantes têm de dois a 12 anos e são atendidas por um dos projetos da Cidade da Criança do município de Florianópolis/ Santa Catarina. A idade destas varia de dois a doze anos. São instituições parceiras o Centro Crescer sem Violência, o Gapefam/UFSC, a Prefeitura Municipal através da - Cidade da Criança Agrônômica, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, o Programa Sentinela e Gerencia da Assistência Social - PMF. O projeto tem por objetivo promover o desenvolvimento e empoderamento de crianças, adolescentes e suas famílias representadas pelas mulheres mães, tias ou avós. O grupo, previamente discutiu o referencial do Gapefam, redefinindo suas crenças, conceitos e metodologia que orientaria a construção da tecnologia a ser empregada junto às crianças e suas famílias. As atividades são registradas em diário de campo, permitindo a redefinição de ações e datas no cronograma para melhor adequar as necessidades do grupo. A metodologia utilizada consiste na realização de encontros semanais com duração de duas horas e meio subdivididos da seguinte maneira - aquecimento e socialização das experiências cotidianas dos participantes, momento no qual as crianças sentadas em círculo e/ ou com atividades de música e

* Doutora em Enfermagem, docente do Departamento de Enfermagem/UFSC; coordenadora do GAPEFAM.

[†] Mestre em Psicologia, membro do GAPEFAM; presidente do Centro Crescer sem Violência.

[‡] Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem/ UFSC. Bolsistas do Projeto

[§] Gapefam: Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da saúde da família/UFSC.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

brincadeiras liberam as energias e inicia-se o processo de concentração na atividade; trabalhando a temática – é a segunda etapa da metodologia empregada na qual as crianças, com auxílio dos acadêmicos de enfermagem, desenvolvem atividades que se referem ao tema em foco. Habitualmente, neste momento de igual forma utiliza-se o desenho, discussão de filmes, criação de peças relacionadas com o foco a ser abordado. A terceira etapa – é a avaliação das atividades e o lanche. Para a avaliação das atividades são utilizados diversos instrumentos, desde pequenos testes simulados até a construção de painéis. A equipe reúne-se semanalmente para discutir as produções e situações vivenciadas durante o desenvolvimento das atividades, gerando com isso encaminhamentos e revisões na sistemática das mesmas. Com as mulheres o desdobramento das etapas são as mesmas, diferenciando-se apenas pelos recursos utilizados. As atividades são registradas por escrito sempre por um dos profissionais que não tem o papel de facilitador no momento de execução das oficinas. Além disto, utilizam-se os registros através de fotos, painel e pelas próprias peças customizadas. Foram abordados os seguintes temas: prevenção de acidentes domésticos; Auto-conhecimento; Direitos e Deveres das crianças; Primeiros Socorros; Direitos e Deveres das crianças; Comportamento; alimentação saudável, auto-estima e auto-imagem. Além destes temas, com as crianças foram desenvolvidas outras atividades lúdicas para fortalecer a socialização e o processo de comunicação. Citamos a seguir algumas das técnicas empregadas junto às crianças: uso de filmes para exposição e reflexão temática; utilização da música como instrumento para proporcionar relaxamento e socialização; técnica de recorte e cola para composição do tema a ser explanado; jogos didáticos e teste de conhecimento sobre o tema abordado; construção da caixa de primeiros socorros como produto da abordagem sobre este tema; preparo de alimentos em conjunto com as crianças; técnica da construção da teia para abordar tema como socialização e comportamento; a gincana como forma de estimular a participação em grupo; a hora do conto para trabalhar os direitos e deveres da criança. **Conclusões:** quanto ao impacto da utilização desta metodologia percebe-se que as crianças ampliaram as potencialidades para o trabalho em grupo, bem como o respeito à diversidade e individualidade dos colegas e facilitadores. Muitas das crianças que inicialmente apresentavam-se tímidas e que pouco se expressavam no grupo acabaram ampliando seu padrão de comunicação participando ativamente das atividades, pois a metodologia utilizada reforça a importância da expressão de cada um no processo de abordagem dos temas. Contudo ressaltamos que uma das fragilidades de aplicação desta metodologia está na necessidade de estabelecer parcerias com mais profissionais da área de confecção de artesanato, de outros profissionais da saúde e educação a fim de permitir uma ampliação do leque temático, bem como as opções de aprendizado de novas técnicas de customização e atividades manuais. No que se refere às famílias, estas reforçam a importância do mesmo no que se refere à promoção da saúde e cidadania. As mulheres referem sentir-se mais fortalecidas e apoiadas a partir das discussões dos temas e que percebem a melhora no comportamento de seus filhos/netos no cotidiano das atividades em casa. Portanto, constatamos o quanto a criação de tecnologias direcionadas à promoção da saúde e cidadania de crianças e suas famílias em situação de risco pode ser um elemento a mais no fortalecimento dessas pessoas e na construção de uma sociedade mais saudável.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

115 - O manejo do cateter central de inserção periférica em recém-nascidos de alto risco, admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital e Maternidade da Cidade de São Paulo

Juliana Dane Pereira*

Thais Morengue Di Lello Boyamian[†]

Ana Paula Casamayor Ferreira[‡]

Silvana Darcie[§]

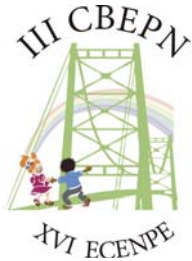
Introdução: Atualmente um número cada vez maior de Recém-Nascidos (RN) doentes e/ou prematuros estão sobrevivendo graças ao progresso da medicina perinatal, especialmente no que diz respeito ao avanço tecnológico das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que contam com equipamentos de alta tecnologia e equipe multidisciplinar especializada no atendimento desta classe de pacientes^(1,2). Todo este avanço vem permitindo a adequação de dispositivos intravasculares para o atendimento aos RN, sejam eles de inserção central ou periférica⁽³⁾. O Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é um dispositivo intravenoso, que é inserido em veias periféricas e progride até a porção final da veia cava superior (terceiro espaço intercostal) através de um introdutor agulhado, adquirindo assim características centrais⁽⁴⁾. O uso do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é uma prática estabelecida na maioria das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), realizada a beira do leito, com o intuito de garantir um acesso venoso central a neonatos com necessidade de uma terapia intravenosa prolongada. No Brasil a competência legal e técnica que torna lícita a passagem deste tipo de cateter pelo enfermeiro encontram-se amparada na LEI 7.498/86 e seu DECRETO 94.406/87, no artigo oitavo inciso I, alíneas c, g, h, e inciso II, alíneas b, e, h, i, além das resoluções: COFEN nº. 258/2001 art. 1º, porém o art. 2º, descreve que o enfermeiro deverá obter qualificação e/ou capacitação profissional para desempenhar tal atividade (5, 6, 7,8). Em nossa instituição, os cateteres são inseridos somente por membros do Grupo do Cateter, que é composto por médicos e enfermeiras habilitadas, sendo os curativos realizados somente pelas enfermeiras do grupo. Nos casos em que está indicada a inserção do PICC, toda a equipe de enfermagem e médica é advertida que os membros superiores devem ser preservados inclusive para a coleta de exames através das artérias radiais ou braquiais, evitando assim a formação de hematomas no percurso da veia. O sucesso na inserção deste tipo de dispositivo está relacionado a uma indicação precoce e aos cuidados dispensados ao mesmo visando garantir sua manutenção, esta constitui-se no ponto chave para o sucesso na sua utilização. Segundo a *Infusion Nurses Society* (INS) cabe a cada instituição a elaboração de protocolos que visem manter pérvios e íntegros estes dispositivos⁽⁴⁾. **objetivos:** Analisar o percentual de sucesso na passagem do cateter percutâneo e as complicações relacionadas a seu uso. **Método:** Estudo retrospectivo realizado através da coleta de dados registrados em fichas de controle do PICC, no período de janeiro a julho de 2009, em uma UTIN de 68 leitos cuja taxa de ocupação média é de 80%. O cateter utilizado foi o de silicone, com diâmetro de 1,9Fr. e monolumen. . A inserção de todos os cateteres foi feita de maneira eletiva e geralmente realizada entre o segundo e quinto dia de vida do RN, após a estabilização do quadro clínico e melhora do edema corporal. Após a indicação do procedimento pela equipe assistencial, os PICCs foram inseridos pelos membros

* Enfermeira especialista em Neonatologia e Pediatria e Coordenadora do Grupo do Cateter. Endereço: R. Dr. Sergio Meira, n. 230 apto 22 Torre O2. Bairro Barra Funda. São Paulo-SP. E-mail: ju_danep@hotmail.com

[†] Enfermeira especialista em Neonatologia e Obstetria.

[‡] Coordenadora da UTIN 2ª andar.

[§] Neonatologista.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

do Grupo de Cateter sob uso de barreira máxima de precaução e técnica asséptica completa. A antisepsia prévia do local ou membro a ser puncionado é realizada primeiramente com a espuma da esponja de clorexidina degermante, retirada com solução fisiológica 0,9% (SF 0,9%) morno e minuto antes da punção aplica-se clorexidina alcoólica na pele. As veias preferencialmente escolhidas para a punção são: arco dorsal da mão, cefálica, basílica ou mediana cubital. A veia jugular externa, axilar e a retro auricular também são utilizadas, porém somente em casos de rede venosa comprometida /não visível ou mal-formação de membros. A enfermeira é responsável pela escolha da veia, estimativa de medida do cateter, preparação da pele do RN, punção, inserção, manutenção e curativo, bem como pelo tratamento das complicações, cuidados estes descritos em protocolo. Os curativos foram realizados sob uso de barreira máxima de precaução, com película semipermeável transparente estéril e trocados sempre que houvesse sujidade ou soltura das bordas da película. Este cateter é preferencialmente utilizado como via exclusiva para infusão de nutrição parenteral (NPP). A cada troca de NPP a enfermeira faz um *bolus* de SF 0,9%. Todos os cateteres com bloqueio de infusão ou ausência de refluxo de sangue por obstrução foram retirados, pois em nossa instituição não utilizamos técnicas para desobstrução de cateter. Não infundimos hemoderivados e coletas de sangue somente em caso de solicitação de hemocultura central. Quando não se fez necessário o uso da terapia intravenosa contínua, porém ainda de maneira intermitente, o cateter foi mantido com uma infusão contínua de SF 0,9% em bomba de infusão a uma velocidade que variou de 0,7 a 2,0 ml/h. O fator que determina esta velocidade é a presença de refluxo de sangue pelo cateter. Neste caso faz-se necessário o aumento gradativo da infusão, até que o refluxo pare. Porém em nossa prática, 0,7ml/h têm sido o suficiente para manter um bom fluxo. Os PICCs foram retirados o mais precocemente possível por prescrição médica, assim que não houve mais necessidade de sua utilização. O diagnóstico de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter (ICS-RC) seguiu o critério do CDC-ATLANTA, validado pelo diagnóstico microbiológico resultante da hemocultura central e periférica. As complicações mecânicas foram classificadas como: infiltração, flebite, obstrução e ruptura. **Resultados:** No período de estudo nasceram 7150 neonatos e 13% destes (931) foram admitidos na UTI Neonatal. A média de peso dos RN foi de 1776g (± 865 g) e a idade gestacional (IG) de 32 (± 4 sem). Em 266 tentativas, foram inseridos 247 cateteres (taxa de 93% de sucesso). O tempo de permanência médio dos cateteres foi de 11 dias (± 8 dias). Foram retirados 182 (73%) dos cateteres por desuso, 25(10%) por ICS-RC, 23(9%) por complicações mecânicas e 17(7%) por outras causas. Das complicações mecânicas, ocorreram 11 infiltrações, 5 obstruções, 2 rupturas, 1 derrame pleural e 4 hiperemia de trajeto. **Conclusão:** A retirada do cateter por desuso é a prática desejável, porém, duas complicações mais frequentes são também motivos da retirada do cateter: as infecciosas (infecção de corrente sanguínea) e as mecânicas. Dos 11 cateteres infiltrados, 60% apresentavam posicionamento periférico. Visando melhorias, normatizou-se, então, a retirada do mesmo sempre que estivesse localizado em região axilar. Embora os índices de infecção encontrados estejam compatíveis com os dados da literatura nacionais e internacionais, mantém-se o rigor técnico para minimizar ainda mais esta taxa. Acreditamos que tais evidências devem-se ao fato de se ter um grupo definido e atuante onde os princípios do protocolo são mantidos: realização do procedimento pela equipe sempre com a mesma técnica, vigilância diária, treinamento específico dos colaboradores de enfermagem, reuniões de grupo e discussão de casos. A permanência do cateter pelo tempo necessário garante ao RN a oferta das necessidades hídricas calóricas de maneira adequada, colabora para diminuir o estresse por múltiplas punções e o tempo de internação, portanto, a monitoração contínua e a análise dos dados relacionados ao sucesso da passagem do cateter, à sua manutenção e as complicações, devem continuar. Palavras chave: PICC, unidade de terapia intensiva neonatal, complicações.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

116 - Uso do cateterismo vesical intermitente em crianças: uma revisão sistemática das últimas seis décadas

Naiara Barros Polita*

Mitiko Moroóka[†]

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[‡]

Mauren Teresa Grubisch Mendes Tacla[§]

Introdução: O cateterismo vesical é a introdução de uma sonda pela uretra até a bexiga com a finalidade de eliminar a urina ali existente. É utilizado antes das cirurgias que exigem um esvaziamento completo da bexiga, em casos de retenção urinária quando os pacientes já tentaram outras técnicas e não conseguiram urinar, quando o paciente é incontinente e em alguns casos após cirurgias. Ainda tem outras finalidades como exploração, dilatação e instilação de medicamentos na bexiga. Pode ser contínuo, conhecido também como sondagem vesical de demora, quando há necessidade da permanência do cateter na bexiga por dias ou intermitente, conhecido como sondagem de alívio, quando há a retirada da sonda após o esvaziamento vesical. A introdução do cateter e sua permanência são fatores de risco para infecção do trato urinário, pois o cateter permite acesso dos microorganismos por inoculação direta durante a inserção, migração intra-luminal ou pela mucosa periuretral. A permanência deste na bexiga permite o crescimento bacteriano contínuo e a persistência de sedimento urinário vesical, levando à destruição de algumas defesas naturais por dano epitelial e dificuldade de drenagem vesical. A colonização bacteriana ocorre dentro de duas semanas em pacientes cateterizados, mesmo com rigor asséptico na inserção da sonda e no esvaziamento do saco coletor. Além disso, com a permanência do cateter de demora, a bexiga não se enche e nem se contrai para esvaziar-se, resultando em uma perda do tônus muscular e incapacidade de contração do músculo detrusor. O cateterismo vesical intermitente permite o esvaziamento cíclico da bexiga, evitando a superdistensão e que o órgão perca suas características de reservatório, diminuindo as taxas de infecção urinária e prevenindo a deteriorização do trato urinário superior e inferior. Assim, tem sido empregado em patologias que levam a dificuldade no esvaziamento vesical, principalmente em casos de disfunção miccional crônica, neurogênica ou não. Ele foi rejeitado entre a 1ª e 2ª Guerra Mundial por muitos urologistas, pois havia medo de causar trauma uretral, infecção, drenagem incompleta, superdistensão e hidronefrose, além do fato de ter acarretado alta taxa de mortalidade durante o seu primeiro uso após a 1ª Guerra Mundial. Porém, foi reintroduzido no tratamento de disfunções vesico-esfincterianas por Guttman após a Segunda Guerra Mundial com a técnica estéril. Guttman e seus contemporâneos acreditavam que a introdução do cateter era um grande fator de risco para as infecções do trato urinário, pois junto ao cateter bactérias também eram levadas à bexiga. Em 1972, Lapidés et al., propuseram a técnica limpa, pois acreditavam que a maioria das infecções do trato urinário são causadas por algumas anormalidades estruturais ou funcionais do trato urogenital, o que leva à queda da resistência do tecido e à invasão bacteriana. O parênquima renal ou o urotélio pode ser afetado pela redução do fluxo sanguíneo nos tecidos, o que pode resultar em isquemia do tecido, facilitando a invasão de bactérias. A diminuição do fluxo sanguíneo na

* Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança da Universidade Estadual de Londrina -PR. Rua Felício Marconi, 191. Vale do Arvoredo. Londrina-PR. naiarapolita@hotmail.com. Fone: (43)8802-6643.

[†] Enfermeira. Doutora em Medicina Preventiva. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR

[‡] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente e Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR

[§] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta e Vice-coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina -PR



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

bexiga pode ser causada por aumento da pressão intravesical e superdistensão do órgão. Portanto, para esses autores, mesmo que bactérias sejam introduzidas junto ao cateter, o esvaziamento vesical freqüente favorece as defesas naturais do tecido, já que além de evitar urina residual, evita a isquemia do detrusor. Essa técnica permite que o próprio paciente a realize e que seja feito fora do ambiente hospitalar. Desde então, vários estudos foram realizados sobre as duas técnicas. Hoje a técnica limpa é bem difundida internacionalmente no tratamento de adultos com disfunções vésico-esfinteriana, porém ainda encontra-se resistência no Brasil. **Objetivo:** Descrever o uso do cateterismo vesical intermitente em crianças no cenário internacional e nacional, destacando as indicações, benefícios e estratégias que facilitam a aprendizagem do procedimento pelos cuidadores e pelas crianças. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica temporal e histórica do cateterismo vesical intermitente em crianças. Foi realizado um levantamento bibliográfico via internet nas bases de dados Lilacs, Medline, Pubmed, Science Direct e banco de teses da CAPES. As palavras-chave utilizadas foram: cateterismo urinário, cateterismo urinário/criança, cateterismo urinário/história e autocuidado, sendo o período selecionado de janeiro de 1945 a julho de 2009. Também foi utilizado acervo bibliográfico de pesquisador da área. **Resultados:** As publicações sobre cateterismo intermitente disponíveis nas bases eletrônicas tiveram início em 1967, sendo a maioria de autores internacionais e com uma amostra composta por adultos. Apenas 13 publicações foram encontradas sobre o uso em crianças. Destas, apenas duas são nacionais. A indicação do cateterismo vesical intermitente em crianças se estende para quase todas as patologias que levam a dificuldade no esvaziamento vesical, principalmente as decorrentes dos defeitos congênitos do tubo neural. Dentre as principais estão: mielomeningocele, lipomeningocele e agenesia sacral. É considerado por muitos autores como tratamento de escolha para bexiga neurogênica decorrente dos defeitos congênitos. Também é indicado para disfunções vésico-esfinterianas por causas adquiridas como tumor ou trauma na medula espinhal ou seqüela de mielite transversa. Os benefícios da técnica são notados em todos os artigos: se assemelha à função normal da bexiga, reduz a incidência de infecções do trato urinário e conseqüentemente preserva os rins, elimina patologias penoescrotal resultante de periuretrite e formação de abscessos devido ao cateter permanente, diminui os custos advindos de complicações e o número de hospitalizações e torna a criança mais independente e participante de seu cuidado, proporcionando um bem-viver a essas crianças. As estratégias estudadas para facilitar o aprendizado da técnica pelas crianças e cuidadores são: a simulação da técnica em bonecas; o uso de espelho para a visualização do meato uretral em meninas, aulas expositivas com uso de álbum seriado, direcionada aos escolares; demonstração do procedimento por uma criança já treinada e uso de vídeo, que mostre passo a passo o procedimento. Orientações como o esclarecimento sobre a necessidade de realização do CVI, familiarização com a anatomia e fisiologia do sistema urinário, orientação verbal e demonstração do procedimento, e supervisão da realização do cateterismo, são etapas recomendadas para a capacitação do cuidador e paciente. A adesão ao tratamento depende dos profissionais de saúde, da criança, da família e da comunidade. Ressalta-se o papel do enfermeiro no ensino e acompanhamento de crianças em programas de cateterismo vesical intermitente, sendo descrito por alguns autores como o profissional mais capacitado para o ensino da técnica à cuidadores e crianças. **Conclusão:** O uso do cateterismo vesical em crianças é pouco divulgado, principalmente no Brasil, apesar de ser considerado tratamento principal para crianças com bexiga neurogênica. Assim, sugere-se que pesquisas sobre o cateterismo vesical intermitente em crianças sejam feitas no país e que esse tratamento seja difundido nos cursos de graduação em enfermagem e em medicina.

Palavras-chave: cateterismo urinário, cateterismo urinário/criança, cateterismo urinário/história, autocuidado.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**117 - Panorama da utilização do cateter central de inserção periférica na
unidade de clínica pediátrica de um hospital de ensino**

Joese Aparecida Carvalho*

Karin Emilia Rogenski†

Luciana Silva Rodrigues Santa Isabel‡

Nanci Cristiano Santos§

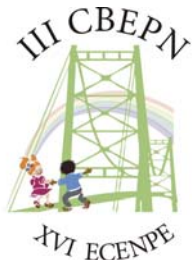
Introdução: Os cateteres intravenosos periféricos (CIP) eram considerados até duas décadas atrás a melhor opção para o acesso venoso devido ao grande número de complicações com os dispositivos de acesso venoso central. Com o desenvolvimento tecnológico direcionado ao aprimoramento dos materiais para terapia intravenosa e o conhecimento científico observamos crescentes mudanças nessas perspectivas. O cateter venoso central de inserção periférica (CCIP) é um dispositivo intravenoso inserido através de uma veia superficial da extremidade, que progride até o terço médio distal da veia cava superior ou inferior, por meio de agulha introdutora, adquirindo características de um cateter central. Sua passagem é um processo de alta complexidade técnica e exige conhecimentos específicos e amparados pela Resolução COFEN nº258/2001. O CCIP oferece uma alternativa segura de acesso intravenoso central, de permanência prolongada, substituindo o acesso venoso periférico, reduzindo o stress nos pacientes neonatais e pediátricos provocado por múltiplas punções periféricas que causam dor e medo, possibilitando assim, um cuidado mais humanizado. Seu uso se torna indispensável em condições de terapia venosa prolongada, administração de nutrição parenteral em concentrações não compatíveis ao acesso periférico, isto é, concentração de dextrose maior que 10%, vasoativos de soluções hiperosmolares ou com Ph não fisiológico, hemoderivados, medida de pressão venosa central e coleta de sangue. As contra indicações incluem volumes em bolo, lesões cutâneas ou infecção no local da inserção, retorno venoso prejudicado, situações de emergência, trombose venosa, coleta de sangue com cateter de diâmetro menor que 3,8 FR, hemodiálise e recusa por parte do paciente. Estudos apontam que este dispositivo, em comparação com outros cateteres venosos centrais, é seguro embora haja descrições de complicações de nível local (flebite, infecção local e trombose), sistêmico (sepsis, embolia gasosa e embolia por cateter) ou circunstancial (oclusão do cateter, mau posicionamento, ruptura e dificuldade de remoção e deslocamento do dispositivo). Major e Crow atribuíram o deslocamento do CCIP à não cooperação do paciente com o tratamento, como também à não proteção do curativo durante o banho, remoção do curativo ou retirada inadvertida do dispositivo. A oclusão é definida como a obstrução parcial ou completa do cateter que impede ou dificulta a aspiração de sangue, levando a perda da permeabilidade do cateter, é associada a poucas lavagens do CCIP e também, ao fluxo de sangue retrógrado. Outro fator relevante é o venoespasm, pois a criança com medo e ansiosa durante os procedimentos pode favorecer o aumento da ocorrência, portanto é fundamental criar um ambiente calmo para o binômio. Quanto à alteração do cateter, Chow et al, mostraram que de 1650 CCIPs inseridos, 0,6% tiveram ruptura e embolização. Outra complicação é a flebite que é a inflamação das células

* Enfermeira da clínica pediátrica do Hospital Universitário USP, Especialista em pediatria.

† Enfermeira da clínica pediátrica do Hospital Universitário USP, Especialista em urgência e emergência pediátrica e neonatal.

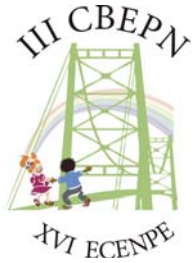
‡ Enfermeira da clínica pediátrica do Hospital Universitário USP, Mestre em enfermagem.

§ Enfermeira chefe da clínica pediátrica do Hospital Universitário USP, Mestre em enfermagem. Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 Cidade Universitária São Paulo. EMAIL: nancics_@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

endoteliais da parede venosa por fatores mecânicos, químicos ou infecciosos. A complicação mecânica torna-se evidente de 48 a 72 horas após a inserção ou retirada do dispositivo, a flebite química decorre de infusões que agredem a parede da veia e está diretamente relacionada à infusão de soluções, medicamentos irritantes, diluições inadequadas ou à mistura de medicamentos incompatíveis, infusão muito rápida e presença de pequenas partículas na solução, é raro, mas pode acontecer se a ponta do cateter estiver mal posicionada. A flebite infecciosa é a inflamação da parede interna da veia associada à infecção por microorganismos, para isto não ocorrer, é necessário uma higiene adequada dos dispositivos e vigilância constante por parte dos enfermeiros. Um dos fatores que reduzem a flebite é inseri-lo em uma veia mais calibrosa, fazer pouca movimentação durante a introdução do dispositivo e adequada fixação do CCIP para evitar a retração na veia. Outro fator relevante seriam as infecções em ponta de cateter, que na literatura refere estar relacionada a punção, colonização da pele a partir de soluções contaminadas, má funcionamento da entrada de ar no filtro e entrada de microorganismos no sistema pelas conexões do cateter ou acessórios. Diante do exposto o **objetivo** deste estudo é relatar o panorama da utilização do cateter central de inserção periférica na clínica pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Para a implementação deste procedimento na instituição, foi elaborado protocolo visando à segurança do paciente e melhoria da qualidade assistencial. Como **método** foi elaborado instrumento para documentação dos dados a cerca de cada procedimento de inserção do cateter, possibilitando a análise e avaliação, o desenvolvimento de pesquisas e a produção de indicadores de qualidade. Os **resultados** obtidos foram referentes ao período de novembro de 2003 a maio de 2009. Neste período foram inseridos 79 cateteres, todos com a indicação de antibioticoterapia prolongada, destes, 48 (60,75%) tiveram o tempo de duração de um a 10 dias, 23 (29,11%) de 11 a 20 dias, cinco (6,32%) de 21 a 30 dias, dois (2,53%) de 31 a 40 dias e um (1,26%) com permanência de 70 dias. A enfermeira é responsável pela avaliação contínua das condições do membro em que foi inserido o dispositivo, observando a presença de sinais flogísticos, permeabilidade, fixação do curativo, assim como, o treinamento e supervisão dos cuidados com administração e manutenção do CCIP. O protocolo contempla a permeabilização do cateter com solução fisiológica a 0,9% a cada seis horas e para os cateteres de diâmetro inferior a 3 FR prevenimos a obstrução com soroterapia contínua em bomba de infusão. Do total de cateteres inseridos 27 (34,17%) permaneceram até o término do tratamento, e 52 (65,83%) foram retirados por apresentarem intercorrências como: retirada acidental sete (8,86%), obstrução 15 (18,98%), alteração do cateter sete (8,86%), não descrito nove (11,39%) e outras complicações, sendo três (23,07%) por infiltração, cinco (38,46%) por sinais flogísticos, um (7,69%) exsudato purulento, quatro (30,76%) por apresentar cordão fibroso palpável. Relacionados ao índice de infecção obtivemos 59 (74,68%) com cultura negativa, 16 (20,25%) não foram enviados para cultura, e quatro (5,06%) com cultura positiva para *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* e *Cândida lusitaniae*. De um total de 13 enfermeiros existentes na Unidade de Pediatria, 10 são capacitados para a passagem do cateter, porém verificamos que apenas seis (60%) praticam este procedimento. **Concluimos** que na Unidade de Pediatria o uso deste dispositivo vem sendo satisfatório trazendo inúmeros benefícios aos pacientes, apesar do número de complicações encontradas. O pacientes da clínica pediátrica em uso de CCIP são geralmente pacientes bastante ativos, em bom estado geral, que recebem antibióticoterapia intermitente, portanto não ficam restritos ao leito, participam ativamente de atividades lúdicas, freqüentam a brinquedoteca, play-ground e isso aumenta a necessidade do monitoramento e supervisão das condições de fixação dos curativos, permeabilidade e complicações. Diante dos resultados encontrados temos como desafios realizar a sua indicação mais precocemente, a fim de utilizá-lo como primeira escolha de dispositivo venoso



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

e com isto diminuir as múltiplas tentativas de punção venosa e o stress da criança. Realizar treinamentos da equipe periodicamente a cerca do seu uso e manutenção, visando diminuir as complicações pelo manuseio inadequado, intensificar a orientação e supervisão dos acompanhantes pediátricos sobre os cuidados para manipulação da criança com o cateter minimizando perdas.

Palavras-chaves: enfermagem pediátrica, cateterismo periférico, cateterismo venoso central.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

118 - Nível de pressão sonora no interior das incubadoras na uti neonatal*

Eliana Moreira Pinheiro[†]
Tereza Yoshiko Kakehashi[‡]
Marco Nabuco de Araújo[§]
Ruth Guinsburg^{**}

Observa-se que nas rotinas de assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal, há muita preocupação dos profissionais e alunos em monitorar os parâmetros fisiológicos do recém-nascido, bem como de calibrar os equipamentos. Porém, não há uma atenção mais abrangente no sentido de se avaliar e controlar sistematicamente a ecologia ambiental que inclui entre outros componentes, o ruído tanto do ambiente, como no interior das incubadoras. No ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), as diversas fontes de ruído atingem por vezes níveis tão elevados de pressão sonora, que podem prejudicar o bebê na evolução do seu quadro clínico, como também no seu desenvolvimento posterior. Nível de pressão sonora (NPS) elevado pode também interferir na atuação dos profissionais e na conduta dos familiares. Para os recém-nascidos, a exposição prolongada aos altos níveis de pressão sonora é potencialmente perigoso, especialmente para os prematuros, podendo lesar a cóclea, levar à perda da audição, principalmente dos neonatos em uso de aminoglicosídeos, interferir no repouso e sono das crianças, influenciando o sono profundo que exerce um papel fundamental para maturação das funções cerebrais. O distúrbio do sono e repouso provoca agitação, irritabilidade, com o conseqüente aumento do choro e da pressão intra-craniana, predispondo o recém-nascido à hemorragia intraventricular. Além disso, observa-se o aumento do consumo de oxigênio, e da frequência cardíaca o que resulta em um consumo maior de energia e retardo no ganho de peso, conseqüentemente, prolonga o período de hospitalização e de separação de seus pais. Vários estudos constata também o aumento da frequência de apnéia. O presente estudo, recorte de uma pesquisa que ao mesmo tempo verificou o NPS no ambiente da UTIN, tem como objetivo, avaliar os níveis de pressão sonora no interior das incubadoras de duas salas da UTIN de um hospital escola do município de São Paulo e identificar as fontes de ruído. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo. A coleta de dados foi realizada no período de 12 a 25 de janeiro de 2009, após a autorização da direção do hospital e a aprovação do projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. O nível de pressão sonora foi registrado continuamente em todos os turnos de trabalho, totalizando 324 horas, por meio de um dosímetro marca Quest 400, cujo microfone foi instalado no interior da incubadora, a 20 cm da orelha do neonato. O dosímetro foi programado para operar no modo fast, em escala A, que mimetiza as características receptivas da orelha humana. Ao final de cada turno de trabalho, o pesquisador efetuou a recalibragem do dosímetro e a troca de baterias. Para identificar as fontes de ruído, utilizou-se a observação estruturada, por um período de 48 horas, em diferentes horários dos dias de registro de nível de pressão sonora pelo dosímetro. Para efetuar a observação estruturada, os pesquisadores permaneceram na unidade, identificando as fontes de ruído nas incubadoras, o que resultou na elaboração do inventário de ruídos. Realizou-se também o treinamento dos pesquisadores para efetuar a observação,

* Projeto financiado pela FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo).

[†] Doutora em Enfermagem. Prof^a Adjunta da Universidade Federal de São Paulo. Rua Napoleão de Barros 754, CEP 04024-002. elianapinho@homail.com

[‡] Doutora em Enfermagem, Docente da UniFMU.

[§] Engenheiro, chefe da Divisão de Acústica do InMetro (Rio de Janeiro)

^{**} Livre docente em Medicina, prof^a Titular de Pediatria Neonatal da UNIFESP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

até atingir 85% de concordância em registros. Cientes de que a introdução de dosímetros e a presença dos pesquisadores poderiam provocar mudança de comportamento dos profissionais, realizou-se também a dessensibilização da equipe por 2 semanas, durante o qual os dosímetros foram colocados na incubadora, e os profissionais permaneceram na unidade registrando as fontes de ruído. Durante esse período, simulou-se também a recalibragem dos dosímetros e a troca de baterias. Tal dessensibilização teve como finalidade familiarizar os profissionais com a presença dos dosímetros e dos pesquisadores, para minimizar possíveis alterações de comportamento durante a coleta de dados e assegurar a fidedignidade dos dados coletados. Para realizar a análise dos resultados, utilizou-se a estatística descritiva. A condição acústica no interior das incubadoras foi expressa em Leq (nível de pressão sonora equivalente) que corresponde à exposição prevista se o ruído se apresentasse de uma maneira contínua e uniforme naquela intensidade no período analisado e este dado é fundamental, pois os prejuízos à saúde são causados não somente pelo nível de pressão sonora em um dado momento, mas pelo tempo de exposição. Evidenciaram-se altos níveis de pressão em quase todos os turnos de trabalho. Na incubadora da primeira sala, o maior Leq (nível de pressão sonora equivalente) foi 79,7 dBA, referente a uma quinta feira, no período vespertino, e a menor foi 57,2 dBA, referente à tarde do domingo e à manhã de sábado. Na outra sala, os dados foram: maior Leq de 74,3 dBA referente à noite de terça feira e o menor de 55,1 dBA na segunda à noite. Esses dados estão acima dos níveis recomendados como adequados no interior das incubadoras por diversos órgãos, que são: abaixo de 45dBA por US Environmental Protection Agency; abaixo de 58 dBA pela Academia Americana de Pediatria e abaixo de 60 dBA pela Associação Brasileira de Normas Técnicas. A variabilidade entre o menor e o maior valor, observada na primeira sala foi de 22,5 dBA e 19,2 dBA na outra, sendo que na escala utilizada, cada aumento de 3dBA significa dobrar o nível de pressão sonora. Os menores valores de Leq foram registrados nos momentos da realização da “hora do soninho” na unidade que visa não somente a redução do NPS, como também a redução da luminosidade e manipulação mínima do recém-nascido para lhe proporcionar repouso. As principais fontes de ruído foram: alarme dos equipamentos, conversa entre os profissionais, conversa entre os familiares, água no circuito do ventilador, choro do bebê, abertura da portinhola e outros. Diante dos resultados, e fundamentando-se em evidências constatadas em pesquisas, elaborou-se um protocolo (guidelines) para redução do NPS na unidade, enfocando os aspectos de educação em serviço, adaptações arquitetônicas, critérios para aquisição e manutenção dos equipamentos. Implementou-se ainda, um programa educativo para os profissionais da unidade, visando à conscientização de sua participação na condição acústica e adoção de comportamentos apropriados para a manutenção do conforto acústico ao bebê, à equipe de saúde e aos familiares. O projeto de pesquisa prevê nova mensuração do ruído em 6 meses para avaliar a eficácia do protocolo e do programa educativo.

Palavras-chave: ruído, enfermagem neonatal, recém-nascido.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

119 - A utilização de fantoches como estratégia de comunicação com crianças com diabetes mellitus tipo 1 em pesquisa qualitativa

Valéria de Cássia Sparapani
Lucila Castanheira Nascimento
Luzia Iara Pfeifer
Amanda Polin Pereira

Introdução. Os fantoches têm sido utilizados como recurso facilitador da comunicação com crianças por profissionais de saúde e pesquisadores. A literatura evidencia os sucessos na utilização deste brinquedo com crianças na prática clínica, na educação e em pesquisas. O uso deste instrumento favorece a transmissão de emoções e sentimentos, facilita a expressão de opiniões e experiências sobre um assunto e reduz as diferenças existentes entre o mundo interior e a realidade externa. Contudo, seu uso como estratégia de comunicação em pesquisa qualitativa, incluindo na enfermagem, tem sido mínimo e, mesmo os estudos que a utilizam, raramente têm discutido as suas especificidades. **Objetivo.** Esse estudo objetiva descrever a utilização desse recurso no processo de coleta de dados de uma pesquisa qualitativa, buscando, assim, auxiliar outros pesquisadores em pesquisas futuras. **Resultados.** O fantoche, aliado à entrevista semi-estruturada, foi utilizado como recurso para facilitar a coleta de dados de um estudo de natureza qualitativa, conduzido com crianças com diabetes mellitus tipo 1, em um hospital público do interior paulista. O objetivo dessa pesquisa foi compreender, na perspectiva da criança, fatores considerados relevantes para o manejo da doença. Foi aprovado pelo Comitê de Ética local e teve como critérios de inclusão: crianças com idade entre 7 e 12 anos; com experiência da doença de, no mínimo 1 ano; com consentimento dos pais ou responsáveis e o assento das crianças. Os fantoches foram confeccionados pelas próprias crianças, além de um cenário que ilustrou e complementou a utilização dos mesmos no dia da entrevista. Foram percorridas algumas etapas para a montagem destes recursos: Etapa1: A inserção no campo de pesquisa: ocorreu de forma gradual, com a participação do autor principal em reuniões grupais, multidisciplinares, com pais e crianças. Após familiarização com a dinâmica deste serviço, foi proposto à equipe atividades grupais direcionadas às crianças que se adequavam aos critérios de inclusão. Etapa 2: Os encontros com as crianças e a montagem do cenário: apresentou-se às crianças um painel de tecido simples, móvel, colorido, simulando um ambiente de janelas abertas, que permitia a comunicação entre um lado e outro do tecido. De forma lúdica, o pesquisador convidou-as a observar o painel exposto e a pensar sobre qual lugar do seu dia-a-dia aquele painel poderia estar representando, com o objetivo de identificar cenários representativos na sua vida diária. Essa atividade serviu de estratégia para a construção de um ecomapa representativo do grupo das crianças que participavam da atividade. O conceito do ecomapa seria utilizado, posteriormente, no momento da entrevista. A partir desta intervenção, as crianças desenharam coisas e pessoas significativas para elas e que, na sua opinião, as ajudavam ou não no manejo da doença. Foram fornecidos materiais para desenho e cada criança teve a liberdade de produzir quantas figuras quisesse e da forma como desejasse. Como cada desenho era individual e, quando olhado por outra criança, poderia não ser completamente compreendido, optou-se pela confecção de um “kit padrão” com todas as gravuras desenhadas pelas crianças na etapa anterior. Este “kit” foi apresentado às crianças e estava disponível, juntamente com as gravuras desenhadas, no dia da entrevista, de modo a completar o painel e compor o cenário, conforme desejo da criança. Etapa 3: Construção dos Fantoches: vários materiais para a montagem do fantoche foram disponibilizados para as



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

crianças. Foi dada à criança a opção de escolher os materiais e de confeccionar o fantoche que representasse qualquer pessoa de seu desejo. A técnica de montagem foi explicada passo a passo até a sua finalização. No final da atividade, as crianças colocavam seu nome no fantoche, o qual foi mantido sob a posse da pesquisadora até o próximo encontro, que aconteceria no retorno ambulatorial. Etapa 5: Entrevistas: as entrevistas foram realizadas individualmente no dia do retorno ambulatorial, com cada criança que confeccionou o fantoche. Além do pesquisador entrevistador, um dos autores também estava presente. Em sala privativa, com a opção da presença do cuidador ou não, foi exposto à criança o painel, as figuras desenhadas, o “kit padrão” e o seu fantoche. Foram entregues também outros quatro bonecos, confeccionados pela pesquisadora principal, que poderiam representar outras pessoas, caso ela desejasse inseri-los na conversa. Convidando-a para sentar-se próxima a estes elementos, utilizamos como estratégia de aproximação inicial a construção do seu genograma e ecomapa. Deste modo, a criança foi indagada a escolher um local em que gostaria de iniciar a conversa. Na sequência, as figuras puderam ser escolhidas por ela para caracterizar o cenário, aderindo-as no painel, em local desejado. Após a montagem do cenário, a criança permanecia em frente ao painel, com fácil acesso às demais gravuras e aos outros fantoches. O entrevistador, então, com o fantoche que caracterizava ele mesmo, posicionava-se do outro lado do painel e, como um visitante, através da janela de comunicação existente, visualizava a criança e o ambiente, dando início à entrevista. Durante a entrevista foram utilizadas questões norteadoras que buscaram compreender, na perspectiva da criança, fatores por elas considerados relevantes para o manejo da doença em cada local explorado. Quando estas indagações eram sanadas, o pesquisador procurava realizar ligações entre um ambiente e outro, ou convidava a criança a escolher outro local a ser visitado. Como as gravuras eram móveis, a criança podia transitar por todos os ambientes que julgasse importantes na sua vida diária, de forma fácil e rápida. A criança e entrevistador passaram por todos os locais desejados por ela e, quando referia não querer visitar mais nenhum outro, a entrevista era finalizada. **Conclusão:** As etapas percorridas até o momento anterior à entrevista, ou seja, a identificação da rede social e de apoio, o desenho das gravuras e a montagem dos fantoches, foram essenciais para a familiarização das crianças e entrevistador e, conseqüentemente, para o sucesso da entrevista. O fantoche proporcionou maior expressão da criança, permitindo a ela exteriorizar situações do viver com o diabetes, como a dificuldade de não comer doces e a relação com amigos da escola, professores e família. Todo o contexto permitiu à criança liberdade de contar acontecimentos da vida diária, nos ambientes que mais freqüentava, pois mesmo fictício, o cenário imitava objetos e personagens presentes no seu contexto, estimulando o entrevistado a contar histórias e situações passadas e atuais. Proporcionar à criança a oportunidade de expressão dos acontecimentos da sua vida e dos seus sentimentos, em especial, àqueles que convivem com doença crônica, contribui para que os profissionais do serviço de saúde entendam o indivíduo, suas ações e comportamentos e, conseqüentemente, desenvolvam ações que contribuam para a melhora da qualidade de vida destes pacientes. No caso destes serem crianças, um dos maiores desafios dos profissionais e pesquisadores está em coletar relatos sinceros e detalhados dos eventos da vida diária, sem que esta se sinta constrangida ou desestimulada. A experiência de utilizar o fantoche como estratégia facilitadora da interação entre criança e pesquisador demonstra que esse é um recurso criativo e um caminho que proporciona à criança conforto e segurança. O uso deste recurso e sua descrição em pesquisas qualitativas com crianças e adolescentes deve ser estimulado, permitindo, cada vez mais, o seu aprimoramento e inovação.

Palavras-chave: criança, diabetes mellitus tipo 1, pesquisa qualitativa, jogos e brinquedos.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**120 - O olhar da equipe de enfermagem sobre a presença do familiar no
acompanhamento à criança hospitalizada**

Joslaine Rafaela Menegazzo^{*}
Luana Waschmann Block[†]
Kellin Danielski[‡]

A criança há muitos anos foi considerada apenas um apêndice familiar, porém atualmente esta passou a ser um ponto central para a evolução futura da humanidade. Sendo assim para que a criança, e junto com ela a sociedade, se desenvolva é necessário atender as necessidades desse ser, garantindo seu crescimento e desenvolvimento visando a afirmação deste como indivíduo (CHAUD et al, 1999; SCHMITZ, 2005). Segundo Whaley & Wong (1999), o crescimento e desenvolvimento são etapas que demonstram a soma das inúmeras alterações naturais que ocorrem na vida para que o indivíduo evolua. Contudo, o comprometimento dessas etapas através da doença e da hospitalização acaba gerando mudanças no estado usual de saúde e da rotina habitual das crianças, levando-as a reações diversas. A hospitalização é uma vivência significativa e impactante na vida de qualquer ser humano, pois origina emoções e fantasias assustadoras, tornando essa experiência um acontecimento estranho. A hospitalização na pediatria exerce atividades de recuperação, prevenção de doenças e promoção da saúde. Além disso, a enfermagem deve estar comprometida com a manutenção do equilíbrio físico-emocional, não só da criança, mas também de seus pais/acompanhantes (FIGUEIREDO, 2003; NIGRO, 2004). Toda criança hospitalizada tem direito, pela Lei nº. 8.069/1990 a garantia da permanência de um dos pais/acompanhante durante todo o processo da hospitalização. Trabalhar com a criança, família e equipe nas unidades pediátricas requer estabelecer ações que possibilitem aos pais integração e troca de experiências para a resolução de problemas; valorização da herança cultural dos familiares; atendimento às necessidades e manifestações dos sentimentos dos pais/acompanhantes; além da capacitação da equipe com um repensar contínuo sobre o cuidado às famílias e às crianças hospitalizadas (ISSI et al, 2007). Tendo em vista a importância dos pais para as crianças durante o processo de hospitalização, optou-se em realizar a pesquisa de Trabalho de Conclusão do Curso – TCC - envolvendo esse tema, pois se observou, na vivência das aulas práticas da V e do internato da VII fase do Curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau – FURB - em Unidades de Pediatria, que os mesmos muitas vezes passam despercebidos pela equipe dentro do setor. Com o intuito de buscar mais informações sobre a forma que a equipe de enfermagem percebe os pais/acompanhantes e se a mesma foi capacitada a trabalhar com a família durante a internação, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e posteriormente serão entrevistados os sujeitos da equipe de enfermagem para conhecer mais sobre suas percepções. Tem-se com objetivo geral da pesquisa conhecer a percepção da equipe de Enfermagem sobre a presença do familiar no acompanhamento à criança que se encontra hospitalizada; sendo os objetivos específicos identificar como estes profissionais percebem e trabalham com o acompanhante da criança hospitalizada; e também identificar se a mesma foi capacitada para envolver a família no cuidado. A pesquisa envolverá uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva

^{*} Acadêmica da VIII fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau - FURB. Endereço: Blumenau/SC – Rua: Camboriu, nº 75, aptº10. E-mail: joslainerm@hotmail.com

[†] Acadêmica da VIII fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau - FURB. E-mail: lu_nana182@hotmail.com

[‡] Mestre em Educação, Enfermeira especialista em Terapia Intensiva e Gestão Hospitalar, docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau - FURB. E-mail: kellin@furb.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

e exploratória. Será realizada em uma Unidade Pediátrica de um Hospital público situado em Blumenau, cidade do médio Vale do Itajaí, o qual foi escolhido por ser denominado Hospital Amigo da Criança e por ter uma grande demanda de crianças hospitalizadas. A pesquisa em campo junto à equipe de pediatria está em andamento, sendo que esta compreenderá os meses de agosto a dezembro do ano de 2009. Os critérios para seleção da amostra são: ser integrante da equipe de enfermagem (auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro) e estar atuando na Unidade de Pediatria do Hospital selecionado. Na coleta de dados será empregada uma entrevista semi-estruturada, sendo esta pré-agendada de acordo com a disponibilidade dos sujeitos do estudo. Todos os sujeitos de pesquisa serão informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e o assinarão se concordarem participar da pesquisa. Os resultados obtidos até o presente momento envolvem as literaturas estudadas. Segundo Arruda, Marcelino (1997) apud Bork (2003, p.9) o “cuidar é a essência da prática da enfermagem e envolve atos humanos no processo de assistir o indivíduo, grupo ou comunidade, caracterizados por ações intencionais e racionais dotadas de sentimento”. O processo do cuidar desenvolve-se com base em valores humanísticos e conhecimento científico. Conforme Whaley e Wong (1999), a enfermeira pediátrica deve conhecer as necessidade das crianças e trabalhar em equipe para garantir que as mesmas sejam atendidas. Além disso, precisa estar muito relacionada com seus familiares, devendo estar preparada a distinguir seus próprios sentimentos e necessidades. A hospitalização da criança é um fator de estresse, um evento da vida que afeta a unidade familiar e traz alterações no sistema social da mesma. Para isso, estratégias de intervenções devem ser abordadas para ajudar os membros a lidar com esse evento desafiador (WHALEY; WONG, 1999). Toda enfermeira envolvida com o cuidado à criança, independentemente do problema identificado, deve fazer um plano de cuidados, o qual incidirá em cada aspecto do crescimento e desenvolvimento da criança, envolvendo também os pais. Esse plano de cuidados está envolvido no processo de enfermagem, que é a estrutura para a prática de enfermagem profissional, um método de identificação do problema e sua resolução, descrevendo o que a enfermeira faz de fato (WHALEY; WONG, 1999). Apesar dos conhecimentos da enfermagem sobre a necessidade de afeto da criança, nos momentos dolorosos dos procedimentos, observa-se que a equipe de enfermagem tende se apossar da criança, afastando-a muitas vezes de sua mãe, esquecendo que a mesma quando orientada irá transmitir segurança e força para o seu filho, facilitando e tornando os procedimentos menos traumatizantes (FIGUEIREDO, 2003). Para um cuidado mais humanizado, o profissional precisa ser mais aberto e flexível, além de afetuoso, eficiente e eficaz. É preciso superar as resistências e preconceitos, e aprender a dividir as tarefas, com isso, o relacionamento entre o profissional e a família/criança deve ser empático, com diálogo, toque carinhoso e humano, tornando o profissional disponível à família tanto para tirar as dúvidas como para aceitar compartilhar os cuidados, respeitando sua escolha (SOARES; LEVENTHAL, 2008). A enfermagem precisa estar ciente das funções da família, dos diversos tipos de estrutura e das teorias que embasam a compreensão das alterações dentro de uma família para então poder direcionar as intervenções voltadas à criança e à família (WHALEY; WONG, 1999). Durante a hospitalização, as crianças apresentam necessidades, sejam sociais e emocionais, próprias da infância necessitando de oportunidades para desenvolverem suas habilidades motoras, sociais de linguagem entre outras (SCHMITZ, 2005). Quando uma “mãe” é admitida num hospital com o filho, esta se sente muitas vezes aliviada por poder encarregar-se de todos os cuidados que normalmente lhe dispensa. É reconfortante, tanto para a mãe quanto para o filho, que ela possa alimentá-lo, higienizá-lo, brincar e aconchegá-lo sempre que ele está assustado. Assim, a rotina da criança não se modifica e a mãe sente-se útil e aprecia o fato de estar em completo contato com o progresso do filho (ALTSCHUL, 1977). Ao receber a criança no hospital, a enfermeira precisa prestar uma assistência globalizada à criança e à família,



Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009

criando uma relação e comunicação eficaz que permita a compreensão, o reconhecimento das necessidades de ambos, além do respeito pessoal. É importante que a enfermagem mantenha os pais informados das necessidades do seu filho ficar hospitalizado e os encoraje a participar do cuidado à ele (CHAUD et al, 1999). A enfermagem deve estar comprometida em oferecer um cuidado digno durante a hospitalização, considerando que além do cuidado, a criança possui outras necessidades básicas como a recreação e a adaptação do ambiente com suas características pessoais (FIGUEIREDO, 2003). A atenção é uma qualidade do cuidado de enfermagem, pois muitas vezes focaliza as necessidades não-técnicas da criança e da família. Reconhecer a presença dos pais, ouvi-los e fazer com que as crianças também participem no cuidado tornam o atendimento mais individualizado, tornando o relacionamento enfermagem-criança-família positivo (WHALEY; WONG, 1999). Para que a permanência conjunta pais-filhos e equipe de saúde no cotidiano do cuidado no mundo do hospital possa ser administrada com parceria, é necessário que sejam possibilitados e mantidos os recursos facilitadores necessários a este processo de convivência, desde a admissão da criança/família até o momento da alta hospitalar (ISSI et al, 2007). Neste processo a enfermagem e também a família podem ser consideradas elementos fundamentais para a construção do vínculo entre a criança e o hospital e desta forma auxiliará na redução de sua permanência e possibilitará uma recuperação mais rápida. Permitir a permanência dos pais junto à criança minimiza sua angústia, reforça ou estimula os vínculos afetivos e promove educação para a saúde.

Palavras-chave: criança hospitalizada; enfermagem; família.

Referências:

- ALTSCHUL, Annie T. **A psicologia na enfermagem.** Mem Martins : Europa-América, 1977. (Manuais de enfermagem). Tradução de: Psychology for nurses.
- BORK, Anna M. Toldi. **Enfermagem de Excelência:** da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BRASIL. **Lei nº. 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 30 mar 2009.
- CHAUD, Massae N.; [et.al]. **O Cotidiano da Prática de Enfermagem Pediátrica.** São Paulo: Atheneu, 1999.
- FIGUEIREDO, Nêbia M. A. de. **Práticas de Enfermagem:** Ensinando a cuidar da criança. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.
- ISSI, Helena B.; et al. Em foco a família: a construção de uma trajetória da Enfermagem pediátrica do hospital de clínicas de Porto Alegre. **Rev HCPA.** Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.aafesp.org.br/biblioteca/AssistenciaEnfermagem/Artigo%20A%20familia%20em%20o%20co.pdf>>. Acesso em: 04 abr 2009.
- NIGRO, Magdalena. **Hospitalização:** o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SCHIMITZ, Edilza M; [et al.]. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura.** São Paulo: Atheneu, 2005.
- SOARES, M^a. de Fátima; LEVENTHAL, Lucila Coca. A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da Criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. **Cienc. Cuid. Saúde**, jul/set, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewPDFInterstitial/6503/3858>>. Acesso em: 05 abr 2009.
- WHALEY, Lucille F; WONG, Donna L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Tradução de: Whaley & Wong Essentials of pediatric nursing.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

121 - Adolescentes com aids de um hospital escola do Sul do Brasil: conhecer para cuidar

Aline Cammarano Ribeiro^{*}
Stela Maris de Mello Padoin[†]
Eliane Tatsch Neves[‡]
Cristiane Cardoso de Paula[§]

A aids pertence ao grupo de condição crônica de saúde, pois necessita de acompanhamento clínico permanente e de tratamento medicamentoso em longo prazo¹. O tratamento antirretroviral (TARV) possibilitou a diminuição dos índices de morbi-mortalidade das pessoas com HIV/aids. Assim, crianças que foram infectadas por transmissão vertical sobreviveram e, atualmente, compõem um novo grupo de adolescentes com AIDS, além desse grupo há os adolescentes infectados por transmissão horizontal, por exposição sexual ou uso de drogas injetáveis²⁻³⁻⁴. Faz-se necessário dar visibilidade a essa população, a fim de desenvolver estratégias de cuidado, para atender as demandas de desenvolvimento/adoecimento. O **objetivo** foi caracterizar os adolescentes com aids, assistidos num serviço de referência: Hospital Universitário de Santa Maria/RS (HUSM). Pesquisa quantitativa, documental com abordagem descritiva. Critérios de inclusão: idade entre 10-19 anos⁵, em TARV, cadastrado na unidade de dispensação de medicamentos/HUSM. População: 39 prontuários. Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, iniciou-se a coleta de dados com formulário composto por variáveis de: identificação, história clínica, evolução clínica e mortalidade. Os dados foram submetidos ao tratamento estatístico pelo Programa *Statistica Analisys Sytem* (SAS versão 8,02), e apresentados como frequência relativa (%). **Resultados:** Nos resultados tem-se na variável identificação: 48,72% dos adolescentes com aids são provenientes de Santa Maria; 56,41% do sexo feminino; 61,5% na faixa etária de 10-12 anos. Na história clínica: 61,54% o modo de infecção foi vertical; 64,10% o diagnóstico laboratorial ocorreu na infância e 15,38% na adolescência; 46,15% tiveram agendamento de consultas específicas da infectologia entre 4-6 no último ano; 66,67% assíduos à todas as consultas; 79,49% não tiveram acompanhamento específico do crescimento e desenvolvimento. Quanto à evolução clínica: o esquema da medicação mostrou-se singular a cada adolescente, dependente dos dados clínicos e resistências medicamentosas. 30,56% tem tempo de uso de antirretrovirais de 1-3 anos, 69,45% de 4-9. 90,32% já tiveram mudanças na tratamento devido indicação terapêutica ou resistência medicamentosa. 81,82% apresentaram efeitos adversos, principalmente diarreia. 51,28% utilizam medicamento profilático associada ao tratamento antirretroviral. 84,21% já desenvolveram infecções associadas/opportunistas, sendo pneumonia a mais frequente. 76,92% já necessitou de internações hospitalares. Quanto à mortalidade, identificou-se 3 óbitos, com causas de morte: insuficiência respiratória aguda, tumor no sistema nervoso

* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das pessoas famílias e sociedade. lilicammarano@yahoo.com.br

† Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professor Adjunto no Departamento de Enfermagem da UFSM/RS. Líder do grupo de pesquisa: Cuidado à Saúde das pessoas famílias e sociedade. Orientadora da monografia. padoinst@smail.ufsm.br

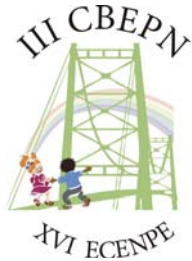
‡ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professor Adjunto no Departamento de Enfermagem UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das pessoas famílias e sociedade. Co-orientadora da monografia. eliane@terra.com.br

§Enfermeira Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professor Adjunto no Departamento de Enfermagem da UFSM/RS. Líder do grupo de pesquisa: Cuidado à Saúde das pessoas famílias e sociedade. cris_depaula1@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

central e uma não foi identificada no prontuário. **Discussão** Quanto ao modo de infecção, o índice de adolescentes infectados por transmissão vertical evidencia o avanço da tecnologia medicamentosa e, conseqüentemente, a eficácia do TARV para diminuir a morbi-mortalidade de crianças que nasceram infectadas, possibilitado que alcancem a adolescência²⁻⁵. A transmissão horizontal aponta que os adolescentes continuam infectando-se por exposição sexual, por relações desprotegida, e sanguínea, no uso de drogas injetáveis⁵. Quanto ao momento do diagnóstico, o grupo de adolescentes de aquisição vertical do HIV teve diagnóstico na infância ou adolescência. Na infância, o diagnóstico precoce acontece quando a mãe mantém seguimento de puericultura, possibilitando o acompanhamento clínico e laboratorial. Outra possibilidade é devido ao aparecimento de sintomas, que segue padrão bimodal: precoce (quando a criança está, em média, com quatro meses de idade) e tardia (quando a criança está, em média, com seis anos de idade)⁴. O grupo de aquisição horizontal pode ter diagnóstico laboratorial por testagem voluntária, por investigação clínica de doenças recorrentes ou situações de exposição como violência, e pré-natal de adolescentes gestantes⁶. Quanto ao agendamento de consultas específicas da infectologia, o seguimento ambulatorial em serviço de referência mostra a necessidade de acompanhamento de saúde contínuo e permanente dos adolescentes com aids, pois o manejo da doença é complexo e exige que sejam considerados fatores específicos, como: marcadores biológicos, evolução da doença, adesão TARV, entre outros⁶⁻⁷⁻⁸. Quanto à assiduidade, a frequência dos adolescentes nas consultas mostra que o acesso ao serviço de referência está sendo efetivo, há compreensão da necessidade do seguimento para manutenção da saúde. No entanto, alguns adolescentes ainda tem déficit na continuidade do acompanhamento de sua saúde, que pode ter influência da estrutura do serviço quanto a distância, espaço próprio para essa população, vínculo com a equipe e preparo dessa para atender as demandas específicas dessa fase do desenvolvimento, interferência no cotidiano escolar e social, entre outros. Quanto ao acompanhamento específico do crescimento e desenvolvimento, atenta-se para a não realização de maneira efetiva, visto a sua importância na atenção à puberdade e sexualidade do adolescente⁶. Justifica-se a necessidade desse acompanhamento por duas demandas: a própria da fase da adolescência que envolve transformações biológicas e sociais, e próprias da condição sorológica que envolve o processo de adoecimento e a prevenção da transmissão do HIV através da relação sexual. Destaca-se que o papel do serviço de saúde não é o de controlar o exercício da sexualidade dos adolescentes que vivem com HIV/aids ao contrário, é o de fornecer subsídios para sua vivência plena e segura⁶⁻⁸. O esquema TARV mostrou-se singular a cada adolescente, pois são pacientes que estão crescendo e modificando seu metabolismo e composição corporal com ritmo acelerado necessitando de ajustes frequentes do TARV segundo estadiamento da puberdade de Tanner e/ou resistência ARV⁴. O tempo de uso de TARV evidencia se os adolescentes estão em terapia inicial ou se já faz tratamento de longo prazo. Quando em terapia inicial, têm uma variedade maior de esquemas que pode fazer uso, possivelmente não apresenta resistência terapêutica^{4,9}. Do contrário, possivelmente já sofreu mudanças na TARV^{4,9}. A medicação mais utilizada pelos adolescentes com aids é o Kaletra, justifica-se por ser associação Ritonavir/Lopinavir que possibilita níveis mais elevados na corrente sanguínea, além de ser utilizado para pacientes com resistência a outros inibidores da protease⁴. Os efeitos adversos configuram fator de grande influência na adesão ao TARV⁹. O uso de medicamento profilático também mostra-se essencial à manutenção da saúde, pois, devido ao comprometimento imunológico, apresentam risco elevado de infecções bacterianas, fúngicas, parasitárias e virais⁴. A profilaxia visa evitar infecções associadas/opportunistas, principalmente pneumonia⁴. Quando não efetivo, há o comprometimento da saúde resultando, por vezes, em internações hospitalares. A mortalidade dos adolescentes apresentou-se baixa o que se configura na distribuição de ARV que minimizou em 50% a mortalidade por aids no Brasil, aumentado em 80% o tratamento para doenças oportunistas,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

consequentemente, aumentado a perspectiva de vida das pessoas com aids¹⁰. **Conclusão:** Apesar das limitações encontradas na coleta de dados nos prontuários, que apresentam déficit de registros, a caracterização dos adolescentes com aids apontou um perfil clínico com indicativos da história da infecção e evolução da doença. Esses indicativos evidenciam a influência do serviço de referência no processo de desenvolvimento/adoecimento. Tem-se um duplo desafio: atender as demandas desse grupo emergente de adolescentes com aids por transmissão vertical e do grupo de adolescentes que continua vulnerável ao HIV. É preciso implantar ações de promoção/manutenção da saúde e prevenção do adoecimento dessa população específica. Para tanto, faz-se imprescindível aprimorar o acesso ao serviço, o vínculo com os profissionais, a capacitação permanente da equipe, a construção de um espaço próprio para os adolescentes, estratégias de educação em saúde e de cuidado adequadas a fase da adolescência, subsídios para adesão ao TARV, entre outros. Objetiva-se com essas ações um cuidado compartilhado com vistas ao desenvolvimento da autonomia dos adolescentes para o cuidado de si. A partir desse estudo suscita-se estratégias que possam viabilizar um acompanhamento específico e eficaz aos adolescentes com aids. Nesse sentido, a Enfermagem pode contribuir como parte da equipe de saúde, nas ações de cuidado e de educação em saúde, seja nas consultas individuais ou nos grupos de apoio, possibilitando uma assistência integral e humanizada, de modo que esses adolescentes recebam suporte para o cuidado à saúde, que contemple as dimensões biológica, clínica, social, ética e subjetiva, para viver melhor e com qualidade.

Palavras-chave: saúde do adolescente, síndrome da imunodeficiência adquirida, enfermagem pediátrica.

1. Schaurich D; Coelho DF; Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. R Enferm UERJ 2006 Jul/Set; 14(3):455-62.
2. Paula CC. O Adolescer com aids: implicações para o cuidado à saúde. In: Paula CC, Padoin SMM, Schaurich D. Aids: o que ainda há de ser dito? Santa Maria: edUFSM,2007.
3. Tavares MCT. A experiência de adolescer com aids. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
4. Brasil. PN-DST/Aids. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças. Brasília: MS,2007.
5. Brasil. PN-DST/Aids. Boletim Epidemiológico. Brasília: MS,2008.
6. Brasil. PN-DST/Aids. Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids. Brasília: MS,2006.
7. Ayres JRJM *et al.* Adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. Aids Novos Horizontes. edição especial Enhancing Care Initiative. São Paulo: Office Editora e Publicidade, 2004.
8. Bastos FG. Interfaces e lacunas na assistência prestada ao adolescente convivendo com HIV/aids. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
9. Brasil. PN-DST/Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/Aids. Brasília: MS,2008.
10. Pinto ACS *et al.* Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. DST J Bras Doenças Sex Transm, 2007; 19(1):45-50.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**122 - Perfil das crianças internadas com diagnósticos cirúrgicos: o caso de uma
Unidade Intermediária Pediátrica/Rio de Janeiro**

Auxiliadora Silva de Assis*
Isabel Cristina dos Santos Oliveira†

Introdução: O estudo do perfil das crianças com diagnósticos médicos cirúrgicos surgiu da necessidade de conhecer as características das crianças internadas na Unidade Intermediária (UI) de um Hospital de Referência nas especialidades de Gestação de Alto Risco, Neonatologia, Cirurgia Pediátrica e Genética Médica, situado no município do Rio de Janeiro. Com o perfil dessa clientela   possível o planejamento sistematizado da assistência, pois a criança expressa comportamentos diferenciados de acordo com a sua idade e desenvolvimento. Geralmente, a doença e o processo de hospitaliza o são os primeiros estressores aos quais as crianças são submetidas, e como estas ainda possuem limitados mecanismos de defesa para essas situa es, suas rea es podem ser as mais variadas possíveis. Desta forma acredita-se que o modo da criança reagir   hospitaliza o depende de sua idade, das experiências anteriores com doenças, das condi es emocionais, do apoio da família e da equipe de saúde. A equipe de enfermagem ao prestar cuidados   criança em p s-operatório deve buscar minimizar o estresse da criança e da família, maximizar as rela es pais-filho, e assegurar cuidado p s-operatório visando   rápida recupera o. A unidade intermediária da referida Institui o atende crianças provenientes da Unidade de Terapia Intensiva e que necessitam de aten o mais acurada do que a alcan vel em unidades de internaa o, pacientes com risco de apresentar complica es requerendo o controle sistemático das suas fun es vitais (como exemplo: p s-operatórios), que necessitem de suporte ventilatório artificial em baixos parâmetros, e procedimentos de baixa ou média complexidade. A unidade   composta de cinco leitos, quatro camas e uma Unidade de Calor Radiante, e atende crianças, desde lactentes até adolescentes. Durante a internaa o as crianças recebem monitoriza o multiparâmetros (freq ncia cardíaca e freq ncia respiratória, satura o de oxigênio e pressão sanguínea não invasiva). A equipe   composta por médico, enfermeiro plantonista, e dois ou três técnicos de enfermagem. Essa equipe presta atendimento diariamente em regime de plantões diurnos e noturnos. **Objetivos:** Verificar o número de crianças internadas na Unidade Intermediária do referido hospital no período de 2003 a 2008, e descrever as características dessas crianças. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório retrospectivo de natureza quantitativa. A coleta de dados foi realizada no Livro de Registros de Pacientes (Admissão e Alta) existente na UI, mediante carta de autoriza o da chefia geral e chefia da UI. O levantamento de dados ocorreu no mês de junho de 2009. Vale destacar que o perfil foi elaborado com base nos registros de fluxo das crianças internadas na UI descritos pelos profissionais da referida Unidade com os dados: identifica o, idade (agrupada por faixas etárias), diagnóstico médico, procedência e destino (transferências entre os setores hospitalares, ou inter-hospitalares), e tempo de internaa o das crianças admitidas na unidade referida. Após coleta dos dados, estes foram catalogados no programa Excel. O quantitativo de crianças internadas na Unidade Intermediária no

* Enfermeira da Unidade Intermediária do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/ IFF/ FIOCRUZ. Membro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço: Estrada do Dendê, n 1692, 301-Moner , Ilha do Governador, Rio de Janeiro-RJ. Endereço eletrônico: dorassis@yahoo.com.br

† Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN/UFRJ. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde da Criança/ Cenário Hospitalar. Pesquisadora/ CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

período estudado é de 920 crianças. As internações com diagnósticos cirúrgicos somaram 161 registros, as crianças foram divididas por faixa etária: Recém-nascidos: 0 a 28 dias de vida exclusiva; Lactentes: 28 dias a dois anos de vida exclusiva; Pré-escolares: 2 anos a 6 anos de vida exclusiva; Escolares: 6 anos a 12 anos de vida exclusiva e; Adolescentes: 12 anos até 18 anos de vida exclusiva. **Resultados:** Na análise dos dados evidencio-se que os diagnósticos cirúrgicos correspondem a (17,5%) das internações na UI. Os lactentes sofreram maior número de intervenções cirúrgicas (50%), seguido do pré-escolar (24%). Na distribuição por sexo, o masculino (62%) recebeu maior número de diagnósticos cirúrgicos. Quanto à procedência, a maioria das crianças admitidas na UI é do Centro Cirúrgico (CC) e da Unidade de Pacientes Graves (UPG), cada unidade com um percentual de 36%, o que permite inferir de acordo com os registros, que a UI recebe crianças em pós-operatório imediato e pós-operatório mediato. No tocante ao destino das crianças que sofreram intervenções cirúrgicas, observa-se que 45% são transferidas da Unidade Intermediária para Unidade de Pacientes Internados (UPI) e 27% são encaminhadas para Enfermaria de Cirurgia Pediátrica. O tempo de internação é um fator crucial no que diz respeito à recuperação da criança, pois está diretamente relacionado à ausência de complicações. Os dados revelam que 36% das crianças permanecem por um período de um a três dias internadas em situação pós-operatória e em 29% das internações não foi possível estimar o tempo devido à falta do registro deste item. Os dados revelam que 39% das crianças admitidas para cirurgias infantis sofreram intervenções abdominais e pélvicas e 37% neurocirurgia. Nenhuma criança evoluiu para óbito. **Conclusão:** O estudo do perfil de uma determinada população para a equipe que presta assistência direta como a enfermagem é importante para melhor delineamento do cuidado prestado, na medida em que permite a visão situacional do cenário do cuidado, no caso a Unidade Intermediária, bem como possibilita à equipe conhecer seu cliente, as particularidades de acordo com a idade, tipo e local de cirurgia, tempo de pós-operatório. Esses dados são importantes na implementação dos cuidados pós-cirúrgicos, delineando condutas diferenciadas, com enfoque no perfil das crianças, proporcionando recuperação pós-operatória no menor tempo possível e com o mínimo de estresse físico emocional. Na análise dos dados, conclui-se que o maior número de internações cirúrgicas ocorreu em lactentes (50%), faixa etária que possui situação imunológica mais vulnerável. Mais da metade (62%) das crianças hospitalizadas com diagnósticos cirúrgicos, na UI, era do sexo masculino. A procedência das crianças em pós-operatório do Centro Cirúrgico (36%) e da Unidade de Pacientes Graves (36%) tem relação com a estrutura física do hospital que não possui uma unidade de cuidados pós-operatórios. A internação nesses setores é um evento traumático para a criança e sua família, devido às circunstâncias de gravidade pertinentes à admissão, tendo impacto reduzido quando os pais recebem informações prévias correlacionadas com a cirurgia e onde geralmente é realizado o pós-operatório. O tempo de internação é curto e o destino para unidades de menor complexidade corresponde a 72% de transferências para enfermarias, o que também pode ser associado à maioria das cirurgias terem sido programadas (eletivas). Quanto aos tipos de intervenções cirúrgicas, os dados revelaram que há maior número de cirurgias de grande porte, ou seja, abdominais (39%) e neurocirurgias (36%) que necessitam de cuidados intensivos e semi-intensivos o que permite estabelecer uma correlação direta com as unidades mais frequentes acerca da procedência das crianças.

Palavras-chave: criança hospitalizada, pós-operatório, perfil da clientela.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**123 - O caso de uma pré-escolar portadora de meningococemia: atuação da
equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do
Município do Rio de Janeiro**

Bruna Santos Ferreira^{*}
Daniele Santos da Conceição[†]
Margarida dos Santos Salú[‡]
Soraya Bactuli Cardoso[§]

Introdução: A meningococemia tem sido um grave problema de saúde pública no Município do Rio de Janeiro nos últimos 10 anos com altas taxas de incidência em crianças de baixa idade e elevada letalidade. Segundo dados do Ministério da Saúde foram notificados 1093 casos da doença no Rio de Janeiro em 2008 e a estimativa no mundo é de 1 milhão de casos por ano com 171.000 mortes. A meningococemia é causada pela bactéria *Neisseria meningitidis* que tem diversos sorogrupos que causam a doença. Esta se caracteriza por uma infecção aguda e generalizada da corrente sanguínea, que pode evoluir com choque séptico, coagulação intravascular disseminada, necroses profundas com perda de substância de áreas externas, artrite, surdez, miocardite e pericardite, paralisias, abscesso cerebral, hidrocefalia e convulsões. A doença pode progredir rapidamente para choque, falência de múltiplos órgãos e óbito em 24h se não houver tratamento com rapidez e eficácia, baseado em fluidoterapia, antibioticoterapia e suporte mecânico. Complicações como a hemorragia maciça das cápsulas supra-renais (Síndrome de Waterhouse Friderichsen) e acidose metabólica também podem estar presentes. O reconhecimento precoce da doença constitui um ponto crítico, uma vez que sintomas não específicos como febre, sonolência, náuseas e vômitos, irritabilidade e falta de apetite podendo ser confundidos inclusive com o quadro clínico de outras doenças, como a dengue grave. Os sinais não específicos de sepse surgem dentro de 12h após o início da doença. O rash purpúrico clássico, dor e rigidez de nuca geralmente aparecem após 12h, o que faz com que a doença já seja diagnosticada após o aparecimento de sinais tardios. Este trabalho foi elaborado por enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de uma Instituição Pública Materno Infantil do Município do Rio de Janeiro, visto que foi observado de forma assistemática um aumento do número de crianças internadas, acometidas por meningococemia no ano de 2008. Neste ano a unidade atendeu doze casos de meningococemia com uma evolução para óbito. Destes doze casos foi possível observar que a faixa etária acometida variou de 10 meses aos oito anos de idade com predominância de 50% de escolares. O sexo masculino correspondeu a 67% das crianças e o tempo de internação variou de 1 a 25 dias dependendo da gravidade do caso, dado estes obtidos através dos prontuários das crianças internadas. Esse aumento do número de casos, quando comparado aos anos anteriores, e a gravidade do quadro clínico apresentados pelas crianças nos chamaram atenção para o tipo de assistência de enfermagem que estava sendo prestada a

^{*} Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica pelo Instituto Fernandes Figueira, Enfermeira da UTI Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Rua James Rodgers, nº. 222, Parque Anchieta, Rio de Janeiro-RJ, Cep: 21620-380/ enfepsan@hotmail.com

[†] Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica, Enfermeira da UTI Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Professora Substituta Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

[‡] Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica pelo Instituto Fernandes Figueira, Especialista em Métodos Dialíticos pela Universidade Federal Fluminense, Enfermeira da Emergência Pediátrica do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo/RJ.

[§] Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Especialista em Enfermagem Pediátrica pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Enfermeira da UTI Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

essas crianças, e quão era peculiar, pois à medida que as crianças eram internadas, foi observada a necessidade de reestruturar os recursos materiais e humanos da unidade, principalmente no que se refere ao quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem, já que a gravidade dos casos atendidos na unidade exigia pelo menos duas pessoas na assistência direta. Mediante o quantitativo de doze casos no ano de 2008, foi escolhido o caso de uma pré-escolar, para que fosse elaborado um plano de cuidados de enfermagem.

Objetivos: Identificar os problemas de enfermagem da pré-escolar com diagnóstico de meningococemia; Descrever um plano de cuidados de enfermagem baseado no Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta. **Metodologia:** O estudo é qualitativo, tipo estudo de caso. O cenário foi uma UTIP de uma Instituição Pública Materno Infantil do Município do Rio de Janeiro. O sujeito do estudo foi uma pré-escolar com diagnóstico de meningococemia. As autoras do estudo utilizaram como critério de elegibilidade essa pré-escolar devido à mesma ter apresentado os sinais e sintomas característicos da doença, além de ter evoluído para um estado extrema gravidade. Vale ressaltar que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição. **Resultados:** Os problemas de enfermagem identificados na pré-escolar foram: febre, mucosa hipocorada, ressecamento ocular, taquipnéia, língua saburrosa, edema generalizado, vasculite, sangramento em vias aéreas superiores, petéquias, flictemas, hipotensão, necrose em membros superiores, membros inferiores, face, tórax e abdome, oligúria, dor, lesões descamativas, ansiedade e baixa auto-estima. A assistência prestada pela equipe de enfermagem abrangeu os seguintes cuidados: Aplicar compressas de água fria em região frontal, axilar e/ou inguinal, registrar sinais vitais, registrar sinais de choque de forma precoce, fazer curva térmica, encaminhar ao serviço de nutrição e dietética, fazer higiene ocular com soro fisiológico, manter pálpebras fechadas com hidrocolóides, registrar nível de consciência, registrar perfusão capilar periférica, fazer higiene oral com solução de bicarbonato, fazer mudança de decúbito a cada duas horas, registrar episódios e características de sangramento, fazer tamponamento com gaze nos locais de sangramento, evitar aspirar vias aéreas superiores, manter cabeceira do leito elevada, não retirar coágulos já formados, registrar pressão arterial, manusear a criança com cuidado, observar e registrar o aparecimento de flictemas e ter cuidado para não rompê-los, registrar o aparecimento de novas áreas de necrose, fazer curativo nas áreas de necrose, manter os locais com área de necrose aquecidos, não utilizar esparadrapo e/ou micropore nas áreas de necrose e de flictemas, aplicar ácido graxo essencial para revitalizar a pele, registrar o débito urinário, registrar as características como odor, coloração e presença de sedimento na urina, promover conforto necessário quando a criança apresentar sinais sugestivos de dor, identificar as causas de ansiedade, estimular a criança por meio de atividades lúdicas e de entretenimento, auxiliar e contribuir na melhora da auto-imagem. **Conclusão:** O prognóstico de enfermagem foi positivo, pois, apesar da gravidade do quadro clínico da criança, a mesma obteve alta da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica em 25 dias, com as lesões necróticas em fase de cicatrização, permanecendo então internada na enfermaria de pediatria por mais dois meses. A pré-escolar deu continuidade ao tratamento das áreas de necrose fazendo sessões de oxigenoterapia hiperbárica. Vale destacar que a mesma também apresentou uma limitação dos movimentos dos membros inferiores, a qual estava sendo acompanhada pela equipe de fisioterapia motora da instituição. Este estudo buscou relatar a atuação da equipe de enfermagem junto à criança portadora de meningococemia. Diante disto, cabe ressaltar a importância da inserção da enfermagem de forma atuante na promoção da assistência a essa clientela que se mostrou tão cheia de peculiaridades e com demandas de um cuidado diferenciado.

Palavras-chave: meningococemia, unidade de terapia intensiva pediátrica, assistência de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**124 - O monitor utilizando recursos estratégicos como facilitador do
aprendizado**

Bruna dos Reis Martins*
Souza Francisca Lopes[†]
Luciana Rodrigues da Silva[‡]
Silvia Helena Oliveira da Cunha[§]

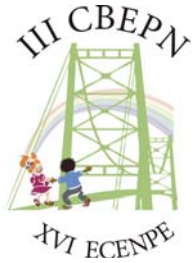
A prestação da assistência de enfermagem à criança, independente do contexto em que esteja ocorrendo, é algo abrangente. Além da execução adequada da técnica ou do domínio dos conhecimentos relacionados à determinada patologia, exige que a criança e sua família sejam contempladas como um todo: atender suas necessidades emocionais, estabelecer vínculos com ela e a família, saber compreendê-la, conforme a fase de desenvolvimento em que se encontra e, especialmente, quando vivencia um processo de doença. É no Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense na Disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II (ESCA II) que os alunos têm seu primeiro contato com crianças e adolescente em nível hospitalar, ou seja, contato direto com esses pacientes. Neste cenário são realizados seus primeiros procedimentos relacionados à temática, dentre eles a orientação da família quanto a procedimentos a serem realizados com a criança que está hospitalizada, por exemplo, os cuidados da criança com gastrostomia. A Disciplina ESCA II abrange 120 horas divididas em 30 horas teóricas e 90 horas teórico-prático, sendo que a temática Afecções Digestivas (onde se inclui o conteúdo Gastrostomia) dispõem de 2 horas totais de bloco teórico e 5 horas no ensino teórico-prático (utilizando recursos didáticos, ex: fotos, slides, bonecos, materiais como sondas, bótons, próteses etc) quando a disciplina trabalha com grupos individualizados do ensino teórico-prático abordando técnicas de alimentação alternativa e são ministradas pelo professor e monitor. O objetivo deste trabalho é ressaltar a importância do monitor ministrar para os discentes do 7º período de graduação em enfermagem, período em que realizam a Disciplina, a importância do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com gastrostomia e família. A criança e a família devem ser sempre preparadas e orientadas antes de qualquer procedimento invasivo (por exemplo, sondagem, punção venosa, curativos) ou não, sendo que este torna-se necessário na formação profissional do enfermeiro para que reconheça a importância do cuidado humanizado à criança. A orientação sobre procedimentos a serem realizados deve ser incentivada desde a graduação, onde com a utilização do mesmo facilita o ensino-aprendizagem dos acadêmicos e melhora a realização da educação e saúde com os pais de crianças internadas que necessitam realizar ou

* Acadêmica do 9º período Curso de Graduação e Licenciatura de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – Monitora da Disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II. Endereço: Rua 3, Lote 10, Quadra 106 – Saco das Flores – Maricá – RJ. E-mail: brunamartins1986@yahoo.com.br

[†] Mestre em Enfermagem em Psicologia Social. Professora Assistente do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF. Integrante do Núcleo de Estudo sobre História da Enfermagem da EEAAC/UFF.

[‡] Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Cidadania e Gerência na Enfermagem (NECIGEN).

[§] Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Antônio Pedro da Unidade de Emergência Pediátrica Especialista em Enfermagem Pediátrica e Especialista em Cuidados Intensivos Pediátricos e Professora Substituta da do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

já possuem a gastrostomia. O interesse pelo tema surgiu após ser aprovada na Monitoria de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II. O fato de nunca ter tido contato com alguém gastrostomizado, dificultou a ida ao campo prático, pois o procedimento mostrou-se comum na Enfermaria Pediátrica onde foi realizado o Ensino Teórico-Prático. Então, foi a partir daí que tive a idéia de montar um boneco que pudesse mostrar como era uma gastrostomia e como poderíamos visualizar a situação prática durante as aulas. A relevância deste trabalho é que a disciplina desperte nos discentes a importância deste cuidado para a criança hospitalizada com gastrostomia e sua família. Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo e se configura como um relato de experiência de uma estratégia pedagógica vivenciada com a turma que está cursando a Disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II, matriculados no 2º semestre do ano de 2009, totalizando 59 alunos. O relato de experiência é um estudo que revela as ações do indivíduo como um agente humano e como um participante da vida social. O informante conta a sua história e o pesquisador pode desvendar os aspectos subjetivos da cultura e da organização social, das instituições e dos movimentos sociais. (Cardoso, 2000 *apud* Figueiredo 2004) Segundo Figueiredo (2004), as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações obtidas entre variáveis. Já Minayo (1994 *apud* Figueiredo 2004), afirma que a pesquisa qualitativa surge diante da impossibilidade de investigar e compreender por meio de dados estatísticos alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição, e a subjetividade. Está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, onde suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia. Toda criança que permanece com uma sonda naso ou orogástrica por dez ou mais dias e precisa ser alimentada através de sonda é indicado a realização do procedimento cirúrgico da gastrostomia.(WHALE, WONG, 1999) Desde sua descrição inicial em 1980, a gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) tem tido um impacto nas técnicas de alimentação enteral e outras aplicações onde é utilizado. Atualmente, a gastrostomia é indicada em pacientes com determinada doença cirúrgica, incluindo aqueles com lesões neurológicas ou doenças metabólicas, os portadores de distúrbios de deglutição e crianças com anorexia derivada da patologia subjacente. (ANDRES *et al* 2005) O tratamento operatório da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), apesar de constituir uma das cirurgias mais comuns em pediatria é palco de diversas controvérsias, especialmente frente à necessidade de realizar gastrostomia alimentar em encefalopatas crônicos com ou sem DRGE clinicamente detectável. A funduplicatura gastro-esofágica (FP) na criança se aplica, para vários autores, entre os quais nos incluímos, como procedimento acessório à realização de gastrostomia (GT) alimentar, especialmente em encefalopatas (EP) com distúrbio de deglutição. Neste grupo, freqüentemente, a presença ou não de DRGE é omitida ou desconsiderada, e as implicações da cirurgia nesta porção da amostragem - geralmente majoritária - tem a avaliação dificultada. (JESUS *et al* 2003) Jesus *et al* (2003) cita alguns autores que afirmam que há diferenças indiscutíveis entre crianças com menos de seis meses e crianças mais velhas, aparentemente pela evolução temporal da doença (maior freqüência de pneumonias simples e de repetição e pior estado nutricional), que podem também estar relacionadas à evolução da doença neurológica de base em EP. A indicação cirúrgica precoce parece ser uma tendência, baseada na melhor identificação da DRGE, baixa morbidade e bons resultados da cirurgia. Recém-nascidos com anomalias congênitas e / ou comprometimento neurológico grave, freqüentemente, não consegue engolir após o nascimento. Nestes recém-nascidos, a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

alimentação oral está associada com hipoxemia e pneumonia por aspiração, que é uma grave complicação relatada em até 20% nesta população. (COBEN *et al* 1994, MOLLIT *et al* 1985 *apud* SILVA *et al* 2008) Considerando isso, o estabelecimento de uma rota para a alimentação enteral é obrigatória, quer pela inserção de uma sonda nasogástrica ou realizando uma gastrostomia cirúrgica. Além disso, 65% dos neonatos encefalopatas tem refluxo gastroesofágico e gastrostomia é freqüentemente complicado por refluxo, elevando a sua incidência a mais de 70%. Do ponto de vista médico, o procedimento mais adequado em recém-nascidos que não consegue engolir é a colocação de gastrostomia. Ela está associada a uma menor incidência de problemas respiratórios e, por causa de seu maior diâmetro, a sonda é menos propensa a entupimento. (RAMACHANDRAN *et al* 1996 *apud* SILVA *et al* 2008) A dinâmica com a turma consiste na apresentação do tema em forma de aula projetada em slides contendo a técnica de gastrostomia enfatizando as orientações e os cuidados de enfermagem para com o cuidado integral de uma criança que vá ser gastrostomizada ou já esteja. Assim, os alunos são levados a visualizar a técnica sem um boneco. Após a exposição com aula teórica, é apresentado o boneco gastrostomizado onde nele, sendo observado, é realizada a repetição dos cuidados de enfermagem com o cliente que possui gastrostomia, para maior fixação do conteúdo. Após a aplicação da técnica é solicitado aos discentes que descrevam um plano de cuidados a uma criança hospitalizada portando gastrostomia, como técnica de fixação. A realização dessas atividades com ênfase nas orientações e nos cuidados de enfermagem uma vez que o desconhecimento do procedimento e das necessidades de um paciente gastrostomizado, facilita o ensino-aprendizagem dos acadêmicos que cursam a Disciplina, ampliando assim, o seu universo de conhecimento na profissão. Para BARTLETT (1981 *apud* MELLES, ZAGO, 1999), a educação de pacientes é uma experiência planejada, usando uma combinação de métodos como ensino, aconselhamento e técnicas de modificação de comportamento, que influenciam o conhecimento do paciente e, conseqüentemente, o seu comportamento de saúde. A mesma autora diferencia essa atividade a de aconselhamento. Para RANKIN & STALLINGS (1996 *apud* MELLES, ZAGO, 1999), a diferenciação entre educação e ensino de pacientes repousa no conteúdo, sendo que no primeiro o conteúdo é mais amplo, focalizando a saúde. O Enfermeiro é um educador. STEFANELLI (1993 *apud* MELLES, ZAGO, 1999) descreve-a através de três premissas: "o enfermeiro deve ser um comunicador por excelência"; "o enfermeiro é educador e a educação é, sobretudo, comunicação" e "o enfermeiro é agente de mudanças de comportamentos nos aspectos de saúde". A função do docente é valorizar no discente o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada e sua família de uma forma integral e humanizada. Como discente/monitora, senti a necessidade de contribuir para a formação profissional dos meus colegas, ampliando o seu universo de conhecimento na sua formação acadêmica. Esta experiência da pré-docência tem sido muito gratificante na minha formação acadêmica e profissional, e melhorando este conteúdo ofertado por esta disciplina no currículo.

Palavras chave: enfermagem, pediatria, gastrostomia.

Referências:

CINTRA, Sílvia Maira Pereira. SILVA, Conceição Vieira da. RIBEIRO, Circéia Amália. *O ensino do brinqueado/brinqueado terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo*. Rev. bras. enferm. v.59 n.4 Brasília jul./ago. 2006



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

JESUS, Lisieux Eyer de. MONTEIRO, Paulo César Costa. SIQUEIRA, Renata Restay. MARINHO, Elisiane Bezerra. NOGUEIRA, Pedro Augusto Vital. *Gastrostomias e funduplicaturas: estudo retrospectivo de 5 anos em pacientes pediátricos no Hospital Municipal Jesus/RJ*. Rev. Col. Bras. Cir. v.30 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2003

SILVA, Sidney V. da. SCHMIDT, Augusto F.S. MEZZACAPPA, Maria A. MARBA, Sérgio T. BUSTORFF-SIVA, Joaquim M. SBRAGIA, Lourenço Sbragia. *Recém-nascidos com lesão cerebral que não deglutem: manejo cirúrgico*. Arq. Neuro-Psiquiatr. v.66 n.3b São Paulo 2008

UNREÑA, Simon Yriberry *et al.* *Gastrostomia endoscópica percutânea: experiência em perspectiva de uma escola privada nacional*. Rev. Gastroenterol. Lima Peru vol.24 no.4 outubro / dezembro 2004

VIVES, Andrés. ALARCÓN, Teresa. FAÚNDEZ, Rosana. MIGUEL, Isabel. TASSARA, Renzo. *Migração periódica de botão de gastrostomia: "Síndrome do pára-choques Buried"*. Rev. chil. pediatr. v.76 n.2 abr Santiago. 2005

WHALEY & WONG. *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. Editora Guanabara Koogan. 5ª Edição. Rio de Janeiro 1999.

ZAGO, Márcia Maria Fontão. CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. *A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural*. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.5 n.4 Ribeirão Preto out. 1997.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**125 - Perfil das crianças internadas em um centro de tratamento de queimados
da Cidade de Londrina – Paraná**

Débora Guedelha Blasi*

Márcia Camuci[†]

Elza Hiromi Tokushima Anami[‡]

Rosângela Ap^a Pimenta Ferrari[§]

A queimadura é um tipo de lesão traumática corporal que pode ser causada por agentes térmicos, elétricos, químicos ou radioativos. Os acidentes por queimaduras, além de representarem um atentado a integridade física, levam o paciente a uma experiência bastante traumática, devido ao alto grau de dor, alterações da imagem corporal, destruição de tecidos e órgãos e instabilidade do quadro emocional. Nas crianças, as queimaduras lideram as causas de acidentes fatais, especialmente na faixa etária de 1 a 9 anos. Estudos recentes mostram que em crianças de 1 a 5 anos são mais comuns acidentes do tipo escaldadura (líquidos quentes), que acontecem geralmente na cozinha e na presença de um adulto. Já nas crianças maiores de 5 anos são mais comuns os acidentes com inflamáveis. A criança queimada sempre será considerada mais grave quando comparada a um adulto, justamente por conta de certas peculiaridades fisiológicas que acabam por representar desvantagens no contexto da queimadura. A relação entre a superfície corporal e o peso é maior na criança, o que faz com que uma queimadura relativamente pequena resulte numa maior perda de água e uma resposta fisiológica mais acentuada do que a mesma lesão em um adulto. No ano de 2006 foram internadas 16.573 crianças e adolescentes menores de 15 anos por queimaduras no Brasil, o que representa aproximadamente 14% de todas as internações por causas externas nesse mesmo grupo. Com base nesses dados, e em nossa prática diária em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) que atende esta população pediátrica, surgiu a preocupação de traçar o perfil das crianças atendidas em nosso serviço. **Objetivo:** Caracterizar o perfil das crianças internadas durante o ano de 2008, no Centro de Tratamento de Queimados de um hospital escola universitário. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal. A população foi composta por todas as crianças internadas no Centro de Tratamento de Queimados - CTQ do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, Londrina – Paraná, durante o período de agosto/2007 até março/2009. A unidade em questão existe desde agosto de 2007, e conta com um espaço físico de 843,97m². É composto por ambulatório, pronto atendimento, enfermarias, centro cirúrgico e UTI. Comporta 16 leitos, sendo 10 de enfermaria e 6 de UTI. Atende adultos e crianças, tendo uma média de 17,3 internações por mês. O quadro de funcionários é composto por 9 enfermeiros, 32 técnicos de enfermagem, e a equipe multiprofissional, que conta com 7 cirurgiões plásticos, 7 intensivistas, 4 anestesistas, 1 pediatra, 3 fisioterapeutas, 1 psicólogo, 1 nutricionista e 1 assistente social. A coleta de dados foi realizada através da consulta dos prontuários dos pacientes, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e

* Enfermeira. Residente de Enfermagem, do 2º ano, da área de Saúde da Criança, da Universidade Estadual de Londrina – Paraná. Reside a Av. Robert Koch, nº 170, Aeroporto, Londrina – Paraná, CEP: 86038-000. E-mail: deby_mini@hotmail.com.

[†] Enfermeira Assistencial no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina - Paraná. Especialista em Infecção Hospitalar.

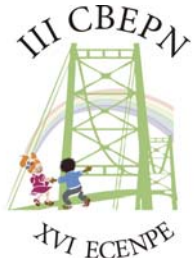
[‡] Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Chefe de Divisão do Centro de Tratamento de Queimados – CTQ do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – Paraná.

[§] Enfermeira, Mestre. Docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente, Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina – Paraná.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. As variáveis pesquisadas foram: idade, sexo, causa da queimadura, superfície corpórea queimada, agente causador do acidente, local da lesão, motivo e desfecho do caso. Para a tabulação dos dados foi utilizado o programa Excel; os dados foram quantificados e apresentados em porcentagens. **Resultados e Discussão:** No período descrito, estiveram internadas na unidade um total de 96 crianças, cujas idades variaram de 0 a 12 anos. A maioria encontrava-se na faixa de 1 a 5 anos, sendo que o maior número de queimaduras aconteceu nas crianças de 1 ano de idade, representando 22% do total de internações. Este dado vem confirmar os dados encontrados na literatura, que dizem que a maior incidência de queimaduras em crianças de 1 ano de idade, pode ter relação com o próprio desenvolvimento da criança. Nessa fase a curiosidade, imaturidade e incoordenação motora podem promover situações de perigo, que juntamente com o fácil acesso à cozinha e falta de supervisão adequada podem colaborar para o acontecimento da queimadura. Houve um predomínio de pacientes do sexo masculino, totalizando 64% de todas as internações. Essa porcentagem também vem confirmar dados encontrados em outros estudos sobre o assunto, que sugerem que esse predomínio se deve a questões culturais, que determinam maior liberdade para os meninos e a diferenças de comportamento entre os sexos. A metade (50%) dos casos estudados apresentaram queimadura por escaldamento, seguidos das causadas por fogo, que totalizam 40% dos queimados. Outras causas encontradas foram: superfície quente (4%), química (2%), elétrica (1%) e vapor (1%). O principal agente causador foi a água quente, presente em 35% dos atendimentos, seguida do álcool, que apareceu em 27% dos casos. Os outros agentes causadores encontrados foram: leite quente (7%), óleo quente (5%), gasolina (4%), querosene (2%), carvão (2%), contato direto com superfície quente (11%), soda (1%), comida quente (1%), solvente (1%) e cal (1%). A soma das porcentagens das queimaduras causadas por água, leite e óleo quente, resulta em 47% do total de casos, o que só vem a confirmar a hipótese que grande parte das queimaduras acontece no domicílio, mais especificamente na cozinha. Quanto a gravidade das queimaduras, foi possível observar que a grande maioria apresentou lesões de 2º grau, totalizando 52% das internações. Em seguida vêm aqueles que apresentaram lesões de 2º e 3º graus (23%) e de 1º e 2º graus associadas (15%). As queimaduras de 3º grau apareceram em apenas 3% das internações, e somente 1% apresentou queimaduras de 1º, 2º e 3º graus associadas. As áreas corporais mais atingidas foram a cabeça, tronco e membros superiores, o que pode ser explicado pelo comportamento da criança; normalmente as crianças pequenas puxam para si os recipientes com líquido quente, geralmente de cima do fogão, ou da pia, derramando sobre si o agente causador da queimadura. Como já citado anteriormente, a maioria dos acidentes acontecem nestas circunstâncias, o que justifica que a maior parte dos pacientes pediátricos apresentem lesões nestas áreas do corpo. A superfície corpórea queimada variou de 1% a 78%, sendo que a maioria dos casos apresentou de 4% a 14% de área queimada; porcentagem essa, que pode ser considerada de grande relevância, já que a relação superfície corpórea/peso é maior na criança do que no adulto, uma área aparentemente pequena toma proporções maiores quando se trata de uma criança. A causa das queimaduras foi, na maior parte, acidental (92%); sendo que 8% das crianças foram vítimas de homicídio. Quanto ao desfecho, 6% dos pacientes atendidos evoluíram para óbito, enquanto 94% apresentou evolução boa, terminando em alta hospitalar. **Conclusão:** As queimaduras constituem uma importante causa de atendimento hospitalar, além de uma das mais comuns causas de injúria física acidental em nossas crianças. Apesar de apresentarem um índice de mortalidade baixo, as queimaduras são importantes causadoras de lesões emocionais e seqüelas físicas, muitas vezes irreversíveis e debilitantes, piorando a qualidade de vida de quem as sofre. Pudemos perceber, através da revisão bibliográfica e da análise destes dados, que geralmente os acidentes com queimaduras acontecem no ambiente doméstico, por descuido ou falta de atenção dos pais, somada ao espírito curioso das crianças; o que nos sugere que esse tipo de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

acidente poderia ser totalmente evitável, apenas tomando medidas simples de segurança, como não deixar líquidos quentes, produtos inflamáveis, fósforos e isqueiros no alcance das crianças, ou não permitindo que as crianças entrem na cozinha, por exemplo. A orientação e educação, tanto dos pais quanto das crianças, sobre o tema seria uma maneira de reduzir o número de acidentes. Mais ações educativas poderiam ser realizadas em unidades básicas de saúde, consultas em programa de puericultura, escolas, creches, etc, ensinando as crianças que “com fogo não se brinca” e aos pais como manter seus filhos longe do perigo da queimadura. Os resultados do presente estudo vêm colaborar no combate a este importante agravo da saúde infantil, porém ainda há lacunas no conhecimento deste assunto, e tentamos demonstrar aqui a necessidade do preenchimento destas lacunas com novos estudos e com a execução de medidas de controle o mais rápidos possível, para então podermos proteger nossas crianças deste mal tão grave.

Palavras-chave: unidades de queimados, enfermagem pediátrica, criança hospitalizada.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

126 - Estratégias de enfrentamento utilizadas pelo adolescente com diabetes mellitus tipo 1*

Elaine Buchhorn Cintra Damião[†]

Lisabelle Mariano Rossato²

Letícia Rosa de Oliveira Fabri[‡]

Vanessa Cristina Dias³

Introdução: O estresse que todo adolescente vivencia é, em geral, aumentado quando ele recebe o diagnóstico do diabetes, porque além dele lidar com os estressores próprios da sua faixa etária, ele também precisa lidar com os produzidos pela doença e pelas mudanças de comportamento que o tratamento do diabetes exige. Além disso, a adolescência é a fase em que o paciente apresenta maior número de comportamentos inapropriados em relação ao tratamento do diabetes, em sua maioria causados por medo de sentir-se diferente de seus pares e não ser mais aceito pelo grupo ou por rebelar-se contra a situação de doença. Em alguns casos, o adolescente pode até negligenciar seu tratamento, deixando de seguir as orientações quanto à dieta, falsificando os resultados do monitoramento da glicemia capilar ou mesmo suprimindo uma ou outra dose de insulina. **Objetivo:** Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por adolescentes na experiência de ter DM 1. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, que tem como referenciais teóricos o Interacionismo Simbólico⁽¹⁾ e o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus, segundo Savoia e Meijas⁽²⁾ e a Teoria Fundamentada nos Dados⁽³⁾ como o referencial metodológico. Participaram do estudo 10 adolescentes, 5 meninas e 5 meninos, com DM 1 diagnosticado há pelo menos 1 ano, na faixa etária de 12 a 18 anos. A escolha dos participantes ocorreu de modo a privilegiar a variedade de experiências vivenciadas pelo adolescente. Desse modo, tivemos adolescentes de ambos os sexos, com diferentes idades, isto é, no início, meio e final do período da adolescência e procedentes de diferentes instituições hospitalares e associações como a ADJ – Associação de Diabetes Juvenil e a Casa do Caminho em Jundiaí, São Paulo. O período de um ano foi estabelecido a fim de que o adolescente tivesse tempo de se recuperar do impacto do diagnóstico e tivesse vivenciado a experiência de doença. Os dados foram coletados no período de março de 2007 a novembro de 2007, através de entrevistas semi-estruturadas, tendo como questões norteadoras: “*Como é para você lidar com o diabetes no dia-a-dia?*” e “*Conte-me uma situação boa e uma situação ruim que aconteceu com você por causa do diabetes*”. Os adolescentes e seus responsáveis assinaram o TCLE para participação em pesquisa científica. **Resultados:** As estratégias de enfrentamento são parte dos dois fenômenos explicativos da experiência de doença: “*SENDO NORMAL TER DIABETES*” e “*NÃO SENDO NORMAL TER DIABETES*”. As estratégias identificadas pertencem aos fatores: *Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva, Resolução de Problemas, Reavaliação Positiva*. Os adolescentes utilizaram as estratégias de enfrentamento de modos diferenciados em intensidade, frequência e período da experiência de doença. Nesse sentido a estratégia de *confronto* foi mais utilizada durante o período do diagnóstico, ao expressar

* Estudo vinculado ao projeto de pesquisa “VIVER COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: A experiência do adolescente e de sua família” financiado pelo CNPq – Edital Universal sob nº 478780/2006-0.

[†] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof^a Dr^a do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. São Paulo, SP, CEP 05403-000. E-mail: buchhorn@usp.br e rossato@usp.br

[‡] Aluna do oitavo semestre do curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

descontentamento por descobrir que terá de conviver com uma doença pelo resto de sua vida. Já *Afastamento* e *Fuga-Esquiva* foram estratégias apresentadas nos momentos em que o adolescente nega para si mesmo e para os outros, o fato de ter uma doença crônica, muitas vezes fingindo não ter diabetes. As estratégias de *Fuga-Esquiva* e *Aceitação de Responsabilidade* também estão relacionadas. Nesse sentido, quanto mais o adolescente assume a responsabilidade sobre seu tratamento, menos utilizada será a estratégia de *Fuga-Esquiva*, sendo o inverso também verdadeiro. Diferentemente, ao optar por empregar a estratégia de *Resolução de Problemas*, ele assume uma atitude mais positiva e pró-ativa em relação à situação vivenciada, definindo uma nova maneira de encarar a doença e seu estilo de vida. Em relação aos sentimentos, ele coloca em prática o *Autocontrole*, que é uma estratégia voltada para a expressão das emoções e sentimentos. Desse modo, o adolescente decide muitas vezes não exteriorizar todas as suas emoções, por não ser a melhor opção, principalmente se isso envolver outras pessoas. Uma das estratégias mais importantes para o adolescente é *Suporte Social*. Uma das características mais marcantes da adolescência é a importância atribuída aos pares, por isso que é tão valorizado o apoio dos amigos, bem como dos familiares e equipe de saúde, o que propicia ao adolescente buscar amparo para melhor lidar com sua doença, seja para encontrar uma solução para a situação estressante ou por razões emocionais. *Reavaliação Positiva* significa olhar para a situação de outra perspectiva, tendo uma visão positiva. Geralmente ao pensarmos em doença crônica, imaginamos o peso e a carga que ela pode trazer a vida da pessoa. Entretanto, este conceito tem sido revisto, a fim de ser compreendido como algo que melhora a qualidade e o significado de vida da pessoa. Todos os adolescentes que participaram da pesquisa relataram ter vivido situações boas por ter diabetes. Eles perceberam que o fato de ter sido diagnosticado com uma doença crônica não necessariamente seria um empecilho em sua vida, mas que ele poderia, através disso, ajudar outras pessoas, com o mesmo problema e ainda melhorar a qualidade de vida daqueles que com ele convivem. **Conclusão:** Os adolescentes precisam encontrar formas para enfrentar as situações estressantes, a fim de melhor lidar com sua doença e obter melhor controle glicêmico e qualidade de vida. A compreensão e identificação das estratégias de enfrentamento que o adolescente utiliza poderão auxiliar o enfermeiro e demais profissionais de saúde a propor intervenções que irão ao encontro das reais necessidades do adolescente, diminuindo o seu sofrimento e ajudando-o no processo de adaptação à situação de ter diabetes.

Palavras-chave: adolescente, estratégias de enfrentamento, diabetes mellitus tipo 1, enfermagem pediátrica.

Referências:

- 1) Charon JM. Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 5th ed. New Jersey: Simon & Schuster; 1995.
- 2) Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol USP* 1996; 7: (1/2): 183-201.
- 3) Strauss A, Corbin, J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. California: Sage, 1990.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

127 - Implantação do uso de picc em unidade de internação pediátrica

Eunice Vieira Cavalcante Silva*
Rosana Ruiz Bichuete[†]
Dirce Laplaca Viana[‡]

Com frequência, crianças que necessitam de internação hospitalar são submetidas à administração endovenosa de fármacos, soluções e hemocomponentes. O enfermeiro é o profissional indicado, preparado e competente para escolher a melhor opção de acesso venoso, considerando fatores como: tempo de terapia, risco de infecção e de complicações e, sobretudo conforto do paciente.² A terapia intravenosa evoluiu muito e na década de 60, surgiu o primeiro cateter de silicone, que por ser macio e flexível, apresentava dificuldade de progressão. No início da década seguinte, com o desenvolvimento do introdutor e do fio guia, esta dificuldade foi superada, surgindo o cateter central de inserção periférica (CCIP).^{1,4-6} O CCIP é um cateter longo, de até 65 centímetros de comprimento, de calibre que varia de 1 a 5 French (Fr).⁶ Pode ter de um a dois lumens, e é confeccionado com materiais flexíveis e biocompatíveis, como poliuretano ou silicone, devendo ser radiopaco.^{4,8-11} O uso deste cateter não tem somente como finalidade oferecer alternativa para o acesso venoso central, mas também, reduzir as diversas punções venosas periféricas, promovendo um acesso venoso central seguro e de permanência prolongada, que permite administrar soluções irritantes ou vesicantes às veias periféricas.⁴ No entanto, vários autores relatam complicações pós-inserção como perfuração do cateter, flebites mecânicas, química e infecciosa, celulite, trombose, edema de membros, migração do cateter, rompimento do cateter e potencial embolia, infecção de corrente sanguínea, remoção acidental, oclusão parcial ou total, perfuração pericárdica e tamponamento cardíaco.^{8,11,7-10} O enfermeiro deve estar preparado para prevenir, detectar e agir diante de qualquer um destes eventos. Vários estudos têm abordado as vantagens decorrentes da incorporação de protocolos assistenciais à prática de enfermagem. Estes quando fundamentados por evidências científicas, direcionam e fornecem sustentação às atividades desenvolvidas, subsidiando o julgamento clínico do enfermeiro e a tomada de decisão.⁵ Protocolos para a inserção, manutenção e retirada do CCIP são documentos que expressam as diretrizes de condutas, orientando as ações da equipe para atingir melhores resultados na prática. Além disso, quando adequadamente construídos, avaliam a qualidade do cuidado prestado, por meio de indicadores que medem resultados, caracterizando-se, assim, uma ferramenta de avaliação, capaz de retratar a eficácia e a efetividade da utilização dos CCIP.¹³ Conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 258/2001 e parecer da ABESE, ofício 018/2001, a implantação de cateter central de inserção periférica é de competência do Enfermeiro, desde que seja qualificado e habilitado, sendo assim o enfermeiro deve ter conhecimento científico que possa norteá-lo na tomada de decisão.² O objetivo deste foi Descrever o processo de desenvolvimento e implantação do Protocolo de Inserção, Manutenção e Retirada de Cateter Central de Inserção Periférica em uma enfermaria pediátrica. Estudo de natureza descritiva

* Enfermeira Especialista em Cardiologia e UTI Pediátrica. Avenida Conceição, 933, apto 41, Vila Guilherme - SP CEP: 02072-001. E-mail: nice.caval@bol.com.br. Tel.: 2901-5058.

[†] Doutoranda pela Faculdade de Saúde pública De São Paulo. Ms. Em Enfermagem; Especialista em Enfermagem Pediátrica. Enfermeira Chefe da Clínica de Especialidade do Instituto da Criança do HCFMUSP, docente do curso de Pós-graduação da Universidade São Camilo- SP.

[‡] Rosana Ruiz Bichuete- Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, licenciatura, pós-graduação em administração hospitalar. Enfermeira Coordenadora das Unidades Pediátricas do Hospital Auxiliar de Cotoxó do HC FMUSP. Docente do Centro de Formação e Aperfeiçoamento em Ciências da Saúde- Incor- HC FMUSP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

tipo relato de experiência, vivenciada por enfermeiros de uma enfermaria pediátrica. Inicialmente foi encaminhado solicitação de autorização à diretoria do hospital e posteriormente, iniciado o desenvolvimento do protocolo. O Hospital Auxiliar de Cotoxó é um hospital público, de ensino que faz parte do Sistema Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da USP - SP. Dispõe de 33 leitos de pediatria geral utilizados como retaguarda do pronto atendimento do Instituto da Criança do HCFMUSP. As crianças são encaminhadas para nosso serviço com objetivo de realizar investigação diagnóstica ou tratamento de média duração e baixa complexidade. Recebe médicos residentes em estágio de pediatria que são acompanhados por um preceptor e demais assistentes. O corpo de enfermeiros na unidade conta com uma enfermeira chefe e oito enfermeiros assistenciais, dos quais 03 possuem o curso de qualificação e habilitação de CCIP. As patologias são crônicas como: anemia falciforme, fibrose cística, infecções de derivações ventrículo peritoneais, entre outras. Os pacientes freqüentemente estão submetidos à antibióticoterapia por mais de sete dias sendo muitas vezes drogas do tipo vesicantes, sendo assim, as crianças hospitalizadas são rotineiramente submetidas a inúmeras punções venosas periféricas, e algumas vezes tornam-se necessárias a passagem de cateter venoso central, o que levou à implantação de um protocolo assistencial voltado ao uso do CCIP. Proporcionar às crianças internadas em nosso serviço um tratamento menos traumático e melhor qualidade de vida durante a internação, esta foi à premissa que levou a equipe a desenvolver um protocolo que atendesse o perfil de pacientes internados em uma enfermaria de pediatria. Embora esse tipo de procedimento seja comum em unidades de terapia intensiva pediátrica notamos que sua utilização poderia beneficiar os nossos pacientes. Começamos a utilizar este cateter em 2007, em paciente portador de doença crônica e observamos benefícios físicos, emocionais e econômicos, desde que indicado, utilizado e mantido corretamente. Diante disso, a equipe médica e de enfermagem responsável pela unidade reuniu-se por várias vezes para discutir e chegar a um consenso. Foram consideradas as características da população atendida, os recursos humanos e materiais disponíveis, o perfil dos pacientes e as demandas por cuidado no que se referem ao uso do PICC. Foram realizadas discussões com o objetivo de determinar as situações que seriam indicados, de acordo com a terapêutica, tempo de tratamento, características do paciente, e os tipos de drogas, os materiais, técnica do procedimento, a necessidade de monitorização e a presença de um médico. A equipe médica determinou o tipo e dose de sedativos que seriam utilizados quando se fizer necessário. Foram realizados treinamentos em loco com a equipe de enfermagem sobre terapia intravenosa e o dispositivo PICC, cuidados inerentes à utilização do cateter, motivos de retirada, e freqüência de curativos, sendo que estes seguem normatização da instituição, como uso de barreira máxima na inserção, troca de curativo transparente a cada 07 dias ou se necessário. Após discussões e revisões pertinentes a temática, definiu-se o protocolo (Anexo). Consideramos a implantação um progresso para o setor e um grande desafio para a enfermagem, possibilitando a valorização do profissional enfermeiro. Foram muitos problemas, dificuldades para conseguir o cateter uma vez que não faz parte do material disponível no hospital, mas através de persistência e determinação temos observado o diferencial nas crianças que fazem uso do cateter, como muitas são portadoras de doenças crônicas nos pede logo no primeiro dia da internação para que seja passado o cateter. Hoje percebemos a confiança por parte da equipe médica. Embora o número de cateteres possa parecer pequeno, para a nossa realidade sabemos a diferença e a importância que teve. Por tratar-se de um hospital de retaguarda acreditamos ser essa uma iniciativa de grande valor para as crianças. Considerando que se trata de um dispositivo para indicação em pacientes internados em unidades de terapia intensiva pediátrica atualmente seu uso têm se expandido para tratamentos ambulatoriais e casos específicos em enfermarias, a de se considerar o que é melhor para o paciente, sendo assim podemos inferir que a utilização desse tipo de dispositivo na enfermaria no nosso caso



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

proporcionou benefícios e acreditamos que o custo benefício é considerável, pois a qualidade de vida dessas crianças sobrepõe-se ao custo financeiro. No período entre maio de 2007 e julho de 2009 foram inseridos 17 cateteres cujo objetivo em sua totalidade foi para antibióticoterapia que excediam a sete dias, desses 58,8% foram retirados de forma programada, sendo esta ao término da terapia proposta e 42,1% foram retirados de maneira não programada, nesses casos os motivos variaram em: oclusão 5,8%, rompimento 17,6%, migração 11,7% e flebite 5,8%, dados corroborados pelo encontrado na literatura e citados anteriormente. Vale ressaltar que tais informações foram obtidas do livro de registro e controle da unidade de forma retroativa tendo neste caso sido obtida autorização da instituição. Embora deva ser constante a busca pela melhoria, assim como o número de enfermeiros habilitados que buscamos ser de 100%. Sabemos da importância em continuar trabalhando de forma integrada com equipe médica, realizando análises críticas e mantendo a equipe de enfermagem sob educação permanente. Acreditamos com esse trabalho ser imprescindível o prosseguimento desse processo, e esperamos ter contribuído com a assistência desses pacientes, pois buscamos mudanças nos paradigmas que preconizam a prática, tendo em vista a melhoria e a efetividade da qualidade assistencial à criança internada em Cotoxó, bem como para estimular outros estudos.

Palavras-chave: unidade pediátrica, protocolo, cateter central de inserção periférica.

Referências:

1. Abi-Nader JA. Peripherally inserted central venous catheters in critical care patients. *Heart Lung* 1993; 22(5):428-34.
2. Alexander M. Infusion nursing: standards of practice. *J Intraven Nurs* 2000; 23(6S).
3. Brasil, Resolução n. 258, de 12 de julho de 2001. Inserção de Cateter Periférico Central pelos enfermeiros. Conselho Federal de Enfermagem [on line] [citado 2003 junho] Rio de Janeiro (RJ), 2001. Disponível em: URL: http://www.portalcofen.gov.br/legislação/r_258.htm.
4. Camara D. Minimizing risks associated with peripherally inserted central catheters in the NICU. *Am J Matern Child Nurs* 2001; 26(1):17.
5. Dickson R. Developing protocols for clinical practice. *Nurs Research* 1995; 4(2):5-14.
6. Griffiths VR, Philpot P. Peripherally inserted central catheters (PICCs): Do they have a role in the care of the critically ill patient?. *Int Crit Care Nurs* 2002; 18(1):137-47.
7. Kossoff EH, Poirier MP. Peripherally inserted central venous catheter fracture and embolization to the lung. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14(6):403-5.
8. Lam S, Scannell R, Roessler D, Smith MA. Peripherally inserted central catheters in an acute-care hospital. *Arch Intern Med* 1994; 154(22):1833-7.
9. Meares C. PICC and MLC Lines: Options worth exploring. *Nursing* 1992; 22(10):52-5.
10. Miall LS, Das A, Brownlee KG, Conway SP. Peripherally inserted central catheters in children with cystic fibrosis – Eight cases of difficult removal. *J Infus Nurs* 2001; 24(5):297-300.
11. Ng PK, Ault MJ, Ellrodt AG, Maldonado L. Peripherally inserted central catheters in general medicine. *Mayo Clin Proc* 1997; 72(3):225-33.
12. Racadio JM, Doellman DA, Johnson ND, Bean JA, Jacobs BR. Pediatric peripherally inserted central catheters: complication rates related to catheter tip location. *Pediatrics* 2001;107(2):01-4.
13. Vendramim P. Cateter central de inserção periférica para acesso venoso em crianças: utilização segundo enfermeiros de hospitais do município de São Paulo, [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**128 - Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com mielomeningocele no
Hospital Geral em Feira de Santana (estudo de caso)**

Jociane Moniz de Castro*
Eliana Souza†
Aisiane Cedraz Morais‡

Introdução: A espinha bífida, defeito no fechamento da coluna vertebral, é um dos mais graves defeitos do tubo neural compatível com a vida. Sua gravidade varia do tipo oculto, sem nenhum achado, até uma espinha completamente aberta (raquisquise) com incapacidade neurológica grave e morte. Na espinha bífida cística, o saco protruso pode conter meninges (meningocele), medula espinal (mielocele) ou ambos (mielomeningocele). Os tipos abertos podem ser diagnosticados no útero, utilizando-se a amniocentese em busca de alfafetoproteína e pela ultra-sonografia. A espinha bífida é comumente observada nas regiões lombar, torácica baixa, ou sacral e geralmente se estende por 3 a 6 segmentos vertebrais. Se não estiver bem coberta por pele, a bolsa na mielomeningocele pode facilmente se romper, aumentando o risco de meningite. Quando a medula espinal ou as raízes dos nervos lombossacrais estão envolvidos na espinha bífida, o que é comum, ocorrem graus variáveis de paralisia abaixo do nível envolvido. Uma vez que esta paralisia está presente no feto, podem ocorrer problemas ortopédicos, como pé torto, artrogripose ou deslocamento de quadril, presentes ao nascimento. A paralisia geralmente afeta os esfíncteres da bexiga e do reto e o distúrbio geniturinário resultante pode eventualmente levar a graves danos renais. Cifose, geralmente associada à espinha bífida, pode impedir o fechamento cirúrgico e impedir que o paciente fique em posição supina. Hidrocefalia ocorre frequentemente e pode ser relacionado à estenose aqueductal. Outras anomalias congênitas podem estar presentes. Segundo Wong (1997), as anormalidades que derivam do tubo neural embrionário defeitos neural (DTNs) constituem o maior grupo de anomalias congênitas compatíveis com herança multifatorial. Normalmente, a medula espinal e a cauda eqüina estão protegidas por uma bainha óssea e de meninges. O não fechamento do tubo neural produz defeitos de graus variáveis. Podem afetar todo o comprimento do tubo neural ou pode limitar-se a pequena área. A espinha Bífida (EB), e classificada em dois tipos: A espinha bífida oculta e a espinha bífida cística. A espinha bífida oculta refere-se a defeitos que não é visível externamente, ocorre mais frequentemente na área lombosacra (L5 e S1). A espinha bífida oculta pode não ser aparente a não ser que haja manifestações cutâneas associadas ou distúrbios neuromusculares. A espinha bífida cística refere-se a um defeito visível com protrusão sacular externa. As duas principais formas de espinha bífida cística são mieningocele, que contém meninges e líquido cefalorraquidiano, mas não elementos neurais e a mielomeningocele ou (meningomielocele), que contém meninges, líquido cefalorraquidiano e nervos. O ácido fólico administrado antes da concepção e durante o início da gravidez pode reduzir o risco de defeitos do tubo neural, como espinha bífida, em pelo menos 50%. Para, Tamez.2006, os defeitos congênitos da coluna vertebral ocorrem por falhas na formação e fechamento do tubo neural durante o primeiro trimestre da gravidez, podendo ocorrer na fase embrionária inicial ou posterior a essa formação, entre 26-28 semanas de gestação. Os defeitos da coluna vertebral possuem uma incidência em torno de 0,6/1.000 nascidos vivos. Os defeitos podem ser encontrados nas regiões cervicais, torácica ou sacral; sendo o mais comum na região lombossacra. O

* Estudante de Enfermagem pela Faculdade São Tomaz, Salvador – Bahia

† Enfermeira Formada pela Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC), Feira de Santana – Bahia

‡ Profª Assistente da Universidade Federal do Vale do São Francisco - alicedraz@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

comprometimento motor e de sensibilidade depende da extensão da lesão e da localização na coluna. Lesões torácicas baixas podem levar a paraplegia, e uma pequena lesão sacra poderá apenas reduzir a sensibilidade nos pés ou apresentar-se assintomática após correção cirúrgica. Quase todas as lesões dessa natureza afetam os nervos que enervam a bexiga.

Objetivos: Adquirir mais conhecimento sobre a patologia apresentada pelo RN, buscando mais conhecimento sobre sua fisiopatologia, etiologia, diagnóstico, sinais e sintomas, correlacionando com a sua evolução. Correlacionar a teoria estudada com a prática desenvolvida através da assistência direta ao paciente análise de exames laboratoriais, anotações feitas no prontuário do paciente pelos profissionais de saúde, e a partir daí elaborar um plano de cuidados que supra todas as necessidades apresentadas por esse RN.

Metodologia: Como fonte de pesquisa foi-se utilizado a coleta de dados através de livros e artigos que abordam os assuntos de forma detalhada, foi-se usado também o prontuário do paciente, onde foram analisadas as prescrições médicas e de enfermagem, a conduta adotada por estes profissionais, exames realizados pelo paciente e através da assistência prestadas pela equipe da unidade. Foram respeitados os aspectos éticos, baseadas na Resolução 196/96, que versa sobre a ética em pesquisa sobre seres humanos. Foram mantidas a confidencialidade dos sujeitos envolvidos e não houveram riscos para os mesmos.

Resultados: O ambiente hospitalar neonatal é assustador para os pais do RN, gerando o medo de perder o bebê, sentimento ameaçador que os acompanha desde o nascimento até a alta do filho. Durante a hospitalização a rotina familiar muda e tende a ser adaptada. O pai, provedor da casa, tende a permanecer trabalhando e auxiliando a mãe no cuidado com os outros filhos em casa. As mães cumprem uma dupla jornada, pois além de manter a rotina da casa e o cuidado com os outros filhos passam longos períodos no hospital junto ao bebê doente. Em nosso estudo foi possível, observar a presença constante da mãe, o carinho que ela demonstrava ter pelo bebê e a dedicação com a qual ela cuidava dele. Apesar de não morar aqui em Feira de Santana e sim em um outro município, ela permanecia em Feira e todos os dias ia visitar seu bebê. Isso para o RN, e para nós foi de fundamental importância, pois apesar da sua filha apresentar um problema tão grave ela não a rejeitou, como é comum se ver ultimamente. Sobre o RN foi de muito proveitoso para nós, na qualidade de estudantes, pois tivemos a oportunidade de acompanhar e dar uma assistência de qualidade e humanizada a este RN, infelizmente não pudemos acompanhá-lo até sua cirurgia de fechamento da Mielomeningocele, devido ao seu óbito, mas ficou para nós o sentimento de dever cumprido, pois nós esforçamos bastante para sua melhora.

Conclusão: Com o auxílio das Professoras, que nos deram toda orientação necessária, a genitora do RN, que sempre se mostrou disponível para realização das entrevistas e buscando materiais para elaboração desse estudo de caso, além dos conhecimentos adquiridos durante a academia, foi de grande valia para o nosso crescimento teórico e para construção desse trabalho. Diante do exposto sobre a patologia Mielomeningocele e sobre as informações sobre o RN, podemos afirmar que não teremos uma assistência de qualidade se a equipe de enfermagem não atentar para a importância da mesma. Surge daí a necessidade de se repensar e reavaliar se as ações estão sendo executadas de forma qualificada e humanizada, seguindo todo o processo de assistência ao RN hospitalizado. Espera-se, dessa forma, contribuir para a melhoria da assistência dada a esses, RNs que apresentam essa patologia. Incluímos o objetivo de prestar uma assistência de enfermagem humana e singular, voltada para as necessidades desses RNs e uma melhoria na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: recém-nascido, mielomeningocele.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

129 - Assistência de enfermagem hipocalcemia familiar: um relato de caso

José Carlos Benfica dos Santos Júnior*
Paula Ferro e Almeida[†]
Luciana Rodrigues da Silva[‡]

Introdução: O trabalho trata-se de um relato de caso desenvolvido na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), de uma cliente com diagnóstico médico de hipocalcemia familiar. É encontrada quando a concentração de potássio sérico for inferior a 3,4 mEq/L e pode ser decorrente de causas extra-renais, renais ou por redistribuição. No caso dessa cliente é decorrente da redistribuição, o líquido intracelular estará pouco alterado enquanto o líquido extracelular estará diminuído e haverá uma tendência a retenção de potássio. As causas são alcalose metabólica, excesso de catecolaminas, hipertireoidismo e paralisia periódica familiar. A paralisia periódica familiar é uma condição com episódios intermitentes de paralisia ou fraqueza muscular que ocorre em vários membros dentro de um mesmo grupo familiar. A paralisia hipocalcêmica periódica é uma condição hereditária. Na maioria dos casos, é herdada como um distúrbio autossômico dominante (só um dos pais pode transmitir o gene). O distúrbio envolve ataques de fraqueza muscular ou paralisia alternados com períodos de função muscular normal. Os ataques normalmente começam na adolescência, mas podem ocorrer antes dos 10 anos de idade. Os ataques de fraqueza intermitentes que só começam na idade adulta são raros e geralmente são causados por outros distúrbios. Os ataques podem variar de diários a anuais. Os episódios de fraqueza muscular podem durar algumas horas ou vários dias. A fraqueza afeta com mais frequência os músculos dos braços e das pernas, mas pode algumas vezes afetar os músculos dos olhos ou os músculos envolvidos na respiração e deglutição (o que pode ser fatal). Ainda que a força muscular seja inicialmente normal entre os ataques, ataques repetidos podem eventualmente causar uma fraqueza muscular progressiva e persistente entre os ataques. O tratamento visa dar alívio aos sintomas agudos e evitar futuros ataques. É preferível que se dê o potássio via oral, mas se a fraqueza for grave, pode ser necessária a administração de potássio intravenoso. Recomenda-se uma dieta pobre em carboidratos. O objetivo deste trabalho é destacar a importância da assistência de enfermagem ao paciente com hipocalcemia familiar auxiliando na prevenção de episódios de fraqueza muscular e elaborar a sistematização da assistência de enfermagem num cliente com hipocalcemia familiar. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório visando ao pesquisador obter uma maior familiaridade com a doença apresentada. O tipo de abordagem usado nessa pesquisa é qualitativo que foi usado por manter uma realidade dinâmica com o mundo real. O método utilizado foi o relato de caso tendo como sujeito da pesquisa a adolescente B. Q. P., 16 anos, residente no município de Niterói. O cenário escolhido para a coleta de dados foi a Unidade Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Para a coleta de dados, foi realizada uma entrevista estruturada além de exame físico e avaliação de sinais vitais, assim também como levantamento de dados no prontuário da cliente. O estudo desenvolveu-se conforme preconizado na Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, cabendo ao pesquisador o cumprimento dos

* Acadêmico de Enfermagem do 9º Período da Escola de enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Bolsista PIBIC. Integrante do Núcleo de Enfermagem e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica. Endereço: Rua Henry Ford 205 / 407 – Bl. B – Tijuca – Rio de Janeiro – RJ. E-mail: jc.benfica@hotmail.com

† Acadêmica de Enfermagem do 9º Período da Escola de enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Monitora de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente I.

‡ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno- infantil e Psiquiatria (MEP) – EEAAC – Universidade Federal Fluminense (UFF).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

aspectos éticos com os sujeitos participantes. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, tendo ausência de riscos ao paciente, garantindo a privacidade e o anonimato de dados dos paciente.

Resultados: Os resultados apontam que a paciente apresentou momentos de melhora e piora do quadro. A paciente apresentou melhora relativa do seu estado de saúde, com episódios de alívio da dor e diminuição da diarreia. A enfermagem atuou proporcionando conforto a paciente, com a administração de medicamentos prescritos para dor, hipocalcemia e febre, orientação quanto à importância da aceitação total da dieta oferecida, bem como da ingestão hídrica, esclarecimento de dúvidas quanto à patologia e suas repercussões, esclarecimento em relação à importância do tratamento e de sua recuperação, dentre outros, buscando avaliar e prestar os cuidados necessários. No plano de alta hospitalar, foram reforçadas as orientações, permitindo que o paciente assimilasse as informações e fizesse as perguntas, quando elas surgissem; houve um controle bem sucedido do regime terapêutico; orientações a paciente em relação à nutrição e a ingestão de líquidos, de acordo com a sua idade e o tipo de alimento ingerido; orientações a cliente quanto à importância da continuidade do seu tratamento em seu domicílio, bem como fora dele; orientações a cliente quanto à necessidade e importância de continuar desenvolvendo sua energia criativa; orientações a cliente quanto à importância de ter autoconfiança e acreditar em si mesmo; verbalização da compreensão da prescrição médica para: medicamentos e controle da dor, necessidades nutricionais e contactar o profissional de saúde. **Conclusão:** A adolescência se caracteriza por um período de vulnerabilidade física, psicológica e social. Corresponde à faixa etária de características complexas para o desenvolvimento pleno do ser humano. Por ser um período vulnerável, a experiência de adolecer exige do Enfermeiro uma análise do mundo do adolescente, dos problemas que podem acarretar danos e agravos à saúde e uma sistematização da assistência de Enfermagem para um atendimento eficiente na promoção e proteção da saúde. O enfermeiro, como educador em saúde, compartilha com o adolescente e a família informações e conhecimentos quanto à avaliação de Enfermagem da situação do adolescente; reforça condutas adequadas ao desenvolvimento; e discute propondo alternativas àquelas que julgar inadequadas. Apresentar informações sobre o Crescimento e Desenvolvimento saudáveis; Saúde sexual e reprodutiva; Redução da morbi-mortalidade por acidentes e violências.. As orientações abrangem características deste, alimentação (quantidade, qualidade e hábitos), higiene, sono, brincadeiras e estimulação, imunizações, formas de comunicação, relacionamento com seus pares, interesses e atividade sexual. A auto-imagem se torna algo fundamental para o adolescente que busca e tenta avaliar o melhor meio de apresentar-se como o máximo. Os adolescentes estão conscientes de sua aparência quando começam a adquirir imagens de si mesmos como adultos, mas vêem discrepâncias entre as habilidades ideais e as reais, e isto torna-se mais acentuado quando nesta faixa etária possui um comprometimento de saúde que envolve a hospitalização. Sendo assim que, precisa ser mais trabalhado quando se fala do adolescente hospitalizado, influenciando diretamente na sua imagem perante ele mesmo, a família e os amigos. Assim apresenta amplas oscilações de humor, devaneios, tendências para experiências internas, mais instropectivas e variações de emoções no tempo, sentimento de inadequação e dificuldade de pedir ajuda e por vezes de expressar seus sentimentos. Percebemos, na prática, que a melhor assistência é a individualizada e humanizada, assistindo ao cliente como um ser único, respeitando as suas necessidades biopsicossociais. Com isso, o planejamento da assistência de enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos teórico-práticos na assistência ao paciente, qualificando a nossa prática profissional.

Palavras-chaves: hipocalcemia; assistência de enfermagem; adolescente hospitalizado.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

130 - O brinquedo terapêutico como uma contribuição para minimizar os efeitos da internação da criança hospitalizada

Dayanna Santos de Paula Ferreira*

Souza Francisca Lopes[†]

José Carlos Benfica dos Santos Júnior[‡]

Luciana Rodrigues Silva[§]

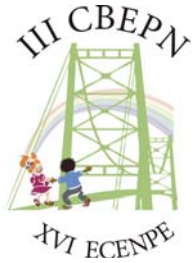
A prestação da assistência de enfermagem à criança, independente do contexto em que esteja ocorrendo, é algo abrangente. Além da execução adequada da técnica ou do domínio dos conhecimentos relacionados à determinada patologia, exige que a criança e sua família sejam contempladas como um todo: atender suas necessidades emocionais, estabelecer vínculos com ela e a família, saber compreendê-la, conforme a fase de desenvolvimento em que se encontra e, especialmente, quando vivencia um processo de doença. Durante o, do curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ UFF, na unidade pediátrica de um Hospital Universitário (HU) percebeu-se que as crianças tornavam-se ansiosas, irritadas e agressivas quando eram informadas pela equipe de enfermagem quanto à necessidade de realizarem algum procedimento invasivo ou não invasivo. Diante desta problemática surgiu o interesse de desenvolver um estudo que fosse capaz de contribuir para amenizar os efeitos da internação na clínica pediátrica. Entre as novas tendências filosóficas do cuidado à criança, destaca-se a prestação da assistência atraumática que pressupõe intervenções voltadas a eliminar ou minimizar os desconfortos físicos e psicológicos experimentados pelas crianças e seus familiares sejam na realização de um procedimento ou quando vivenciam a internação hospitalar. Como recurso para esta assistência de enfermagem efetiva destaca-se o emprego do brinquedo/ brinquedo terapêutico. Estudos mostram o quão importante é o ato de brincar para o desenvolvimento sensorio-motor e intelectual da criança. A comunicação entre a criança e o adulto pode se tornar mais construtiva e oferece mais oportunidades à criança de participar ativamente quando a brincadeira é utilizada como um meio. Assim, Brinquedo Terapêutico é um brinquedo estruturado que permite a orientação, encoraja a cooperação e possibilita à criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas para sua idade que costumam ser ameaçadora e requerem mais do que recreação, para que sejam resolvidas. O método também possibilita ao profissional de saúde conhecer os medos, as dores, inseguranças e o que a criança pensa sobre a sua hospitalização através da associação do seu imaginário ao brinquedo, enfim expõem o impacto causado pela hospitalização para si auxiliando os profissionais na realização da melhor conduta. Não exige local específico para sua aplicação,

* Acadêmica de Enfermagem do 9º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Monitora de Enfermagem na Saúde da Criança e Adolescente II. Integrante do Núcleo de Enfermagem em Psicossomática (NEPPES)

[†] Mestre em Enfermagem em Psicologia Social. Professora Assistente do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF. Integrante do Núcleo de Estudo sobre História da Enfermagem da EEAAC/UFF.

[‡] Acadêmico de enfermagem do 9º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Bolsita PIBIC. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG).
Endereço: Rua Henry Ford 205/407 – Bloco B – Tijuca. Rio de Janeiro – RJ.
Email: jc.benfica@hotmail.com

[§] Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Cidadania e Gerência na Enfermagem (NECIGEN).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

no entanto entende-se como ideal um ambiente aconchegante e seguro, pois é essencial que durante a sessão de brinquedo terapêutico, a criança perceba a presença de um adulto aceitador que a encoraje a expressar seus sentimentos. As sessões de brinquedo terapêutico são de 15 a 60 minutos, sendo realizadas individualmente ou em grupo de até dez crianças, durante o turno da manhã, com até três encontros semanais. Desta forma, esta pesquisa traz como objetivo: Implementar o uso do brinquedo terapêutico na unidade pediátrica de um HU a fim de minimizar os efeitos oriundos do processo de hospitalização. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com análise qualitativa dos dados. O cenário da pesquisa foi a Enfermaria Pediátrica de um Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Os sujeitos desse estudo foram 32 crianças pré-escolares e escolares que estavam realizando tratamento clínico e cirúrgico por um período superior a 03 dias, bem como seus acompanhantes que participam como observadores, da unidade pediátrica do HU durante os meses de coleta de dados, que foi realizada de maio a novembro de 2008. Para implantação do projeto, inicialmente, mantivemos contato com a enfermeira responsável pela unidade pediátrica para que esta conhecesse não só o projeto, mas também os voluntários que dele participariam. Na ocasião, reiteramos nossos esforços para a busca de estratégias que contribuíssem para a humanização da assistência às crianças e seus familiares, que se encontrassem na situação em questão, bem como nos empenhamos para adequar a implementação das atividades às rotinas do setor. Em um primeiro momento os integrantes do programa faziam a apresentação dos participantes, especificando os objetivos do projeto para os responsáveis pelas crianças e, somente após a permissão dos mesmos, as crianças eram convidadas a participar das brincadeiras que aconteciam na própria sala de recreação da unidade. Os participantes observavam a técnica com atenção, tiravam dúvidas a respeito do procedimento com conseguinte realização da ação no brinquedo. Dentre as crianças acompanhadas é importante salientar que: vinte e sete aceitaram participar da atividade, cinco não concordaram em participar de início, mas ao observar a atividade em um momento posterior participaram. Desta forma, ao término da atividade observamos que: vinte e seis crianças apresentaram-se alegres, dezoito apresentaram-se calmas e tranqüilas e três agitadas. Nas falas dos participantes salientamos expressões como: o “furar” e o “cuidado para não machucar”. Diante do exposto, foi possível perceber a redução do estresse vivenciado por essas crianças durante o processo de hospitalização através da observação de técnicas “simples”, como por exemplo, a coleta de sangue, na qual as crianças que participaram da terapêutica mostraram-se tranqüilas e conscientes da necessidade e importância do procedimento para a sua recuperação e alta hospitalar. A operacionalização mostrou-se bastante favorável como uma estratégia terapêutica de intervenção na assistência à criança que permanece internada na unidade pediátrica. A crescente busca pela humanização da assistência também pode ser alcançada através da compreensão de que o espaço hospitalar não é um ambiente onde se vivencia apenas aspectos desagradáveis, como dor, ansiedade e choro; ao contrário, pode ser transformado em um local que facilita o desenvolvimento global da criança através do exercício de suas potencialidades.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, brinquedo terapêutico e criança.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**131 - O olhar da equipe de enfermagem sobre a presença do familiar no
acompanhamento à criança hospitalizada**

Joslaine Rafaela Menegazzo^{*}
Luana Waschmann Block[†]
Kellin Danielski[‡]

A criança há muitos anos foi considerada apenas um apêndice familiar, porém atualmente esta passou a ser um ponto central para a evolução futura da humanidade. Sendo assim para que a criança, e junto com ela a sociedade, se desenvolva é necessário atender as necessidades desse ser, garantindo seu crescimento e desenvolvimento visando a afirmação deste como indivíduo (CHAUD et al, 1999; SCHMITZ, 2005). Segundo Whaley & Wong (1999), o crescimento e desenvolvimento são etapas que demonstram a soma das inúmeras alterações naturais que ocorrem na vida para que o indivíduo evolua. Contudo, o comprometimento dessas etapas através da doença e da hospitalização acaba gerando mudanças no estado usual de saúde e da rotina habitual das crianças, levando-as a reações diversas. A hospitalização é uma vivência significativa e impactante na vida de qualquer ser humano, pois origina emoções e fantasias assustadoras, tornando essa experiência um acontecimento estranho. A hospitalização na pediatria exerce atividades de recuperação, prevenção de doenças e promoção da saúde. Além disso, a enfermagem deve estar comprometida com a manutenção do equilíbrio físico-emocional, não só da criança, mas também de seus pais/acompanhantes (FIGUEIREDO, 2003; NIGRO, 2004). Toda criança hospitalizada tem direito, pela Lei nº. 8.069/1990 a garantia da permanência de um dos pais/acompanhante durante todo o processo da hospitalização. Trabalhar com a criança, família e equipe nas unidades pediátricas requer estabelecer ações que possibilitem aos pais integração e troca de experiências para a resolução de problemas; valorização da herança cultural dos familiares; atendimento às necessidades e manifestações dos sentimentos dos pais/acompanhantes; além da capacitação da equipe com um repensar contínuo sobre o cuidado às famílias e às crianças hospitalizadas (ISSI et al, 2007). Tendo em vista a importância dos pais para as crianças durante o processo de hospitalização, optou-se em realizar a pesquisa de Trabalho de Conclusão do Curso – TCC - envolvendo esse tema, pois se observou, na vivência das aulas práticas da V e do internato da VII fase do Curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau – FURB - em Unidades de Pediatria, que os mesmos muitas vezes passam despercebidos pela equipe dentro do setor. Com o intuito de buscar mais informações sobre a forma que a equipe de enfermagem percebe os pais/acompanhantes e se a mesma foi capacitada a trabalhar com a família durante a internação, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e posteriormente serão entrevistados os sujeitos da equipe de enfermagem para conhecer mais sobre suas percepções. Tem-se com objetivo geral da pesquisa conhecer a percepção da equipe de Enfermagem sobre a presença do familiar no acompanhamento à criança que se encontra hospitalizada; sendo os objetivos específicos identificar como estes profissionais percebem e trabalham com o acompanhante da criança hospitalizada; e também identificar se a mesma foi capacitada para envolver a família no cuidado. A pesquisa envolverá uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. Será realizada em uma Unidade Pediátrica de um Hospital público situado em

^{*} Acadêmica da VIII fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau - FURB. Endereço: Blumenau/SC – Rua: Camboriu, nº 75, aptº10. E-mail: joslainerm@hotmail.com

[†] Acadêmica da VIII fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau - FURB. E-mail: lu_nana182@hotmail.com

[‡] Mestre em Educação, Enfermeira especialista em Terapia Intensiva e Gestão Hospitalar, docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau - FURB. E-mail: kellin@furb.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Blumenau, cidade do médio Vale do Itajaí, o qual foi escolhido por ser denominado Hospital Amigo da Criança e por ter uma grande demanda de crianças hospitalizadas. A pesquisa em campo junto à equipe de pediatria está em andamento, sendo que esta compreenderá os meses de agosto a dezembro do ano de 2009. Os critérios para seleção da amostra são: ser integrante da equipe de enfermagem (auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro) e estar atuando na Unidade de Pediatria do Hospital selecionado. Na coleta de dados será empregada uma entrevista semi-estruturada, sendo esta pré-agendada de acordo com a disponibilidade dos sujeitos do estudo. Todos os sujeitos de pesquisa serão informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e o assinarão se concordarem participar da pesquisa. Os resultados obtidos até o presente momento envolvem as literaturas estudadas. Segundo Arruda, Marcelino (1997) apud Bork (2003, p.9) o “cuidar é a essência da prática da enfermagem e envolve atos humanos no processo de assistir o indivíduo, grupo ou comunidade, caracterizados por ações intencionais e racionais dotadas de sentimento”. O processo do cuidar desenvolve-se com base em valores humanísticos e conhecimento científico. Conforme Whaley e Wong (1999), a enfermeira pediátrica deve conhecer as necessidade das crianças e trabalhar em equipe para garantir que as mesmas sejam atendidas. Além disso, precisa estar muito relacionada com seus familiares, devendo estar preparada a distinguir seus próprios sentimentos e necessidades. A hospitalização da criança é um fator de estresse, um evento da vida que afeta a unidade familiar e traz alterações no sistema social da mesma. Para isso, estratégias de intervenções devem ser abordadas para ajudar os membros a lidar com esse evento desafiador (WHALEY; WONG, 1999). Toda enfermeira envolvida com o cuidado à criança, independentemente do problema identificado, deve fazer um plano de cuidados, o qual incidirá em cada aspecto do crescimento e desenvolvimento da criança, envolvendo também os pais. Esse plano de cuidados está envolvido no processo de enfermagem, que é a estrutura para a prática de enfermagem profissional, um método de identificação do problema e sua resolução, descrevendo o que a enfermeira faz de fato (WHALEY; WONG, 1999). Apesar dos conhecimentos da enfermagem sobre a necessidade de afeto da criança, nos momentos dolorosos dos procedimentos, observa-se que a equipe de enfermagem tende se apossar da criança, afastando-a muitas vezes de sua mãe, esquecendo que a mesma quando orientada irá transmitir segurança e força para o seu filho, facilitando e tornando os procedimentos menos traumatizantes (FIGUEIREDO, 2003). Para um cuidado mais humanizado, o profissional precisa ser mais aberto e flexível, além de afetuoso, eficiente e eficaz. É preciso superar as resistências e preconceitos, e aprender a dividir as tarefas, com isso, o relacionamento entre o profissional e a família/criança deve ser empático, com diálogo, toque carinhoso e humano, tornando o profissional disponível à família tanto para tirar as dúvidas como para aceitar compartilhar os cuidados, respeitando sua escolha (SOARES; LEVENTHAL, 2008). A enfermagem precisa estar ciente das funções da família, dos diversos tipos de estrutura e das teorias que embasam a compreensão das alterações dentro de uma família para então poder direcionar as intervenções voltadas à criança e à família (WHALEY; WONG, 1999). Durante a hospitalização, as crianças apresentam necessidades, sejam sociais e emocionais, próprias da infância necessitando de oportunidades para desenvolverem suas habilidades motoras, sociais de linguagem entre outras (SCHMITZ, 2005). Quando uma “mãe” é admitida num hospital com o filho, esta se sente muitas vezes aliviada por poder encarregar-se de todos os cuidados que normalmente lhe dispensa. É reconfortante, tanto para a mãe quanto para o filho, que ela possa alimentá-lo, higienizá-lo, brincar e aconchegá-lo sempre que ele está assustado. Assim, a rotina da criança não se modifica e a mãe sente-se útil e aprecia o fato de estar em completo contato com o progresso do filho (ALTSCHUL, 1977). Ao receber a criança no hospital, a enfermeira precisa prestar uma assistência globalizada à criança e à família, criando uma relação e comunicação eficaz que permita a compreensão, o reconhecimento das



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

necessidades de ambos, além do respeito pessoal. É importante que a enfermagem mantenha os pais informados das necessidades do seu filho ficar hospitalizado e os encoraje a participar do cuidado à ele (CHAUD et al, 1999). A enfermagem deve estar comprometida em oferecer um cuidado digno durante a hospitalização, considerando que além do cuidado, a criança possui outras necessidades básicas como a recreação e a adaptação do ambiente com suas características pessoais (FIGUEIREDO, 2003). A atenção é uma qualidade do cuidado de enfermagem, pois muitas vezes focaliza as necessidades não-técnicas da criança e da família. Reconhecer a presença dos pais, ouvi-los e fazer com que as crianças também participem no cuidado tornam o atendimento mais individualizado, tornando o relacionamento enfermagem-criança-família positivo (WHALEY; WONG, 1999). Para que a permanência conjunta pais-filhos e equipe de saúde no cotidiano do cuidado no mundo do hospital possa ser administrada com parceria, é necessário que sejam possibilitados e mantidos os recursos facilitadores necessários a este processo de convivência, desde a admissão da criança/família até o momento da alta hospitalar (ISSI et al, 2007). Neste processo a enfermagem e também a família podem ser consideradas elementos fundamentais para a construção do vínculo entre a criança e o hospital e desta forma auxiliará na redução de sua permanência e possibilitará uma recuperação mais rápida. Permitir a permanência dos pais junto à criança minimiza sua angústia, reforça ou estimula os vínculos afetivos e promove educação para a saúde.

Palavras-chave: criança hospitalizada; enfermagem; família

Referências:

- ALTSCHUL, Annie T. **A psicologia na enfermagem**. Mem Martins : Europa-América, 1977. (Manuais de enfermagem). Tradução de: Psychology for nurses.
- BORK, Anna M. Toldi. **Enfermagem de Excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BRASIL. **Lei nº. 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 30 mar 2009.
- CHAUD, Massae N.; [et.al]. **O Cotidiano da Prática de Enfermagem Pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1999.
- FIGUEIREDO, Nêbia M. A. de. **Práticas de Enfermagem: Ensinando a cuidar da criança**. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.
- ISSI, Helena B.; et al. Em foco a família: a construção de uma trajetória da Enfermagem pediátrica do hospital de clínicas de Porto Alegre. **Rev HCPA**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.aafesp.org.br/biblioteca/AssistenciaEnfermagem/Artigo%20A%20familia%20em%20o%20co.pdf>>. Acesso em: 04 abr 2009.
- NIGRO, Magdalena. **Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SCHIMITZ, Edilza M; [et al.]. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.
- SOARES, M^a. de Fátima; LEVENTHAL, Lucila Coca. A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da Criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. **Cienc. Cuid. Saúde**, jul/set, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewPDFInterstitial/6503/3858>>. Acesso em: 05 abr 2009.
- WHALEY, Lucille F; WONG, Donna L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Tradução de: Whaley & Wong Essentials of pediatric nursing.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

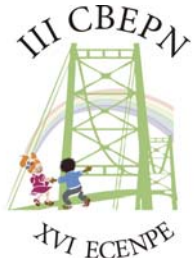
132 - Hipoglicemia neonatal: aspectos relacionados e implicações para o cuidado de enfermagem

Lisane Nery Freitas*
Caroline da Cunha Campos*
Bianca Knevitza Costa*
Maria Luzia Chollopetz da Cunha†

A hipoglicemia neonatal é um dos distúrbios metabólicos mais prevalentes que acometem o recém-nascido. Trata-se de um fenômeno metabólico de adaptação à vida extrauterina, uma vez que no ambiente intrauterino a glicose fetal deriva da circulação materna, pela difusão transplacentária facilitada, que mantém os níveis fetais de glicose em torno de dois terços do nível materno. Com o nascimento, a fonte de glicose é interrompida pela ligadura do cordão umbilical; para manter seus níveis adequados, o organismo do recém nascido mobiliza o processo de glicogenólise das reservas hepáticas, induzindo a gliconeogênese e utilizando nutrientes provenientes da dieta. Por outro lado, quando o recém nascido apresenta distúrbios no metabolismo da glicose e os níveis desse substrato na corrente sanguínea tornam-se abaixo do normal, instala-se o quadro de hipoglicemia, caracterizado por um consumo maior que a produção. A Organização Mundial de Saúde define hipoglicemia como a diminuição no aporte da glicose circulante na corrente sanguínea. Nesta situação, é importante haver um monitoramento do neonato, pois a persistência do quadro hipoglicêmico pode levar a efeitos danosos no sistema nervoso central do recém nascido. Dessa forma, recomenda-se que valores baixos de glicose sanguínea, associado à sintomas de hipoglicemia em neonatos, sejam considerados. O diagnóstico de hipoglicemia no neonato é confirmado quando se encontram baixos valores de glicemia com observação de sintomas. Os sintomas da hipoglicemia são inespecíficos, apresentando manifestações generalizadas comuns aos neonatos doentes. É importante lembrar que a definição de hipoglicemia baseada em sintomas clínicos exclui os casos de hipoglicemia assintomáticos, os quais podem acarretar danos cerebrais a longo prazo. A hipoglicemia neonatal é definida pela presença de glicose plasmática inferior a 40mg/dl, independentemente da idade gestacional do recém nascido (RN); abaixo deste limiar, as intervenções clínicas devem ser realizadas, avaliando-se também os sinais apresentados pelo recém nascido. O uso de um valor limite é recomendado para se determinar o tratamento dos quadros de hipoglicemia neonatal. Esse valor não se aplica para o diagnóstico a doença, e sim para definir o nível de glicemia a partir do qual se tomam medidas de intervenção. A ocorrência estimada é de 15% nos recém nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) e de 8% nos grandes para a idade gestacional (GIG). Além da conduta de rastreamento de rotina, um olhar clínico do profissional de enfermagem para os sinais e sintomas dessa patologia é indispensável para que seja realizado um cuidado efetivo. Este estudo tem como objetivo compreender as questões que envolvem a hipoglicemia neonatal, identificando os aspectos relacionados a essa patologia bem como suas implicações no cuidado de enfermagem ao recém nascido. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema. Verificou-se que a ocorrência estimada da hipoglicemia neonatal é de 15% nos recém nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) e de 8% nos recém nascidos grandes para a idade gestacional (GIG). Outros aspectos relacionados são:

* Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Machado de Assis, 855/504. Porto Alegre. Tel: (51)8425-3895. E-mail: lisi_freitas@yahoo.com.br

† Doutora em Ciências Médicas (Pediatria) e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

uso materno de drogas betamiméticas (salbutamol), filho de mãe diabética, hipotermia, septicemia neonatal, gemelaridade, baixo peso ao nascimento, policitemia, hipotermia, doença hemolítica do recém nascido, entre outros. Diante disso, torna-se indispensável que o enfermeiro saiba identificar os sinais e sintomas da hipoglicemia neonatal: apnéia, taquipnéia, hipotonia, reflexo de sucção inadequado, irritabilidade, padrão respiratório irregular, incapacidade de sucção ou alimentação, reflexo de moro exacerbado, cianose, tremores, palidez, convulsões, letargia, alterações no nível de consciência, hipotermia e coma. A hipoglicemia neonatal pode ser assintomática ou oligossintomática, e por isso, é função da enfermeira da Unidade de Neonatologia rastrear de rotina todos recém nascidos que se enquadram nos grupos de risco para este distúrbio metabólico, independente de apresentarem manifestações clínicas, pois, na maioria das vezes, o seu diagnóstico é laboratorial. É importante salientar que a hipoglicemia, mesmo não apresentando sintomas, pode causar lesão cerebral definitiva no recém-nascido, logo, o diagnóstico e o tratamento adequados precocemente são imprescindíveis. Ao mesmo tempo, não existe um valor glicêmico exato, abaixo do qual a lesão do sistema nervoso central ocorreria, enfatizando a necessidade do rastreamento nos recém-nascidos com risco para tal alteração metabólica. A correlação da sintomatologia com os dados laboratoriais não mostra uma linearidade, pois níveis glicêmicos bastante baixos nem sempre estão relacionados à sintomatologia exacerbada. Normalmente, as hipoglicemias sintomáticas apresentam maior grau de seqüelas neurológicas, com incidência de 30% a 50% mais elevada, quando comparadas com as assintomáticas, entretanto é difícil estabelecer a hipoglicemia como causa única de lesão neurológica, visto que esses recém-nascidos, principalmente se forem prematuros, poderão apresentar outras situações, decorrentes de outras patologias que alterariam seu desenvolvimento neuropsicomotor. A hipoglicemia, quando sintomática, apresenta quadro clínico inespecífico, portanto outras situações podem simular sua sintomatologia ou, então, estar acompanhadas pela hipoglicemia. À equipe de enfermagem também cabe a realização da técnica correta de punção capilar calcânea para a obtenção de níveis glicêmicos periféricos reais, bem como atentar para os intervalos dos hemoglicotestes (HGT) de acordo com os protocolos de cada instituição. A realização incorreta da técnica pode resultar em danos para o neonato, como por exemplo: osteomielite, celulite, cicatrização excessiva do calcanhar, nódulos calcificados e resultados alterados. Além disso, a dor provocada por punções repetidas em prematuros pode causar diminuições significativas na saturação de oxigênio, além de desconforto ao recém-nascido. Dentre os distúrbios metabólicos, a hipoglicemia é uma das alterações mais frequentes no período neonatal, sendo fundamental ter ciência dos recém-nascidos que pertencem a grupos de risco para tal alteração, visto que sua prevenção é eficaz, assim como seu tratamento. O conhecimento referente à hipoglicemia neonatal, os sinais e sintomas associados, bem como fatores de risco e a técnica correta para realização do controle de glicemia capilar são de extrema importância para que o profissional de saúde torne-se pró-ativo no atendimento aos recém-nascidos de risco para essa patologia, minimizando danos e desconforto ao neonato. É indispensável a observação atenta e cautelosa da equipe de enfermagem em relação aos sinais manifestados pelo recém-nascido para poder, precocemente, receber os cuidados necessários. Cabe à equipe de enfermagem realizar o cuidado individualizado a cada neonato, no sentido de aprimorar a qualidade de assistência prestada associada ao trabalho em equipe multiprofissional, com o objetivo de identificar qualquer alteração que possa interferir no bem estar do recém-nascido.

Palavras-chave: hipoglicemia, enfermagem neonatal, índice glicêmico.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

133 - Compreendendo o ser-criança durante o pós-transplante renal por meio do brinquedo terapêutico

Luciana de Lione Melo*
Ana Paula de Brito²
Lisa Trevizan de Castro[†]

A doença renal crônica é um problema de saúde pública no mundo inteiro. Nos Estados Unidos da América, a incidência e a prevalência da insuficiência renal avançada são crescentes com prognóstico ruim e custos elevados. No Brasil, o panorama é semelhante, com alto índice de pacientes mantidos em programas de terapias de substituição da função renal. As causas principais de doença renal crônica em crianças são as malformações congênitas dos rins e vias urinárias, refluxo vesicoureteral associado à infecção recorrente de vias urinárias, pielonefrite e glomerulonefrite crônicas, distúrbios hereditários e glomerulonefropatia associada a doenças sistêmicas. No tratamento de substituição da função renal, as opções são diálise peritoneal, hemodiálise, hemofiltração e hemodiafiltração, dependendo do tamanho do paciente, do acesso vascular e da integridade da membrana peritoneal. A diálise peritoneal e a hemodiálise são métodos utilizados para o paciente pediátrico, embora cada um tenha características distintas e afete a criança e a família de modos diferentes. A partir do início da terapia de substituição da função renal, fica explícito que a criança necessitará, em algum momento, de um transplante renal. O transplante renal em crianças tem características peculiares, uma vez que se trata de um indivíduo que está crescendo e se desenvolvendo. Não obstante possam ocorrer complicações como infecção e falha do enxerto, há a possibilidade da criança retornar ao tratamento dialítico enquanto aguarda um segundo transplante. Independente da fase que a criança se encontra, do conhecimento do diagnóstico de insuficiência renal crônica à espera do transplante renal, passando pelo tratamento dialítico, é inegável o profundo impacto que a família sofre, com possibilidade de deterioração dos relacionamentos e surgimento de estresse em decorrência das diversas dificuldades que se apresentam. Deste modo, é imprescindível que criança e família sejam apoiadas pelos profissionais de saúde durante a trajetória da doença, o que significa considerar as diversas dimensões do ser humano – físicas, psíquicas, econômicas, sociais, religiosas – para que se construa, paulatinamente, uma adaptação ao novo contexto, de forma que a família consiga manter um ambiente o mais saudável possível para todos os envolvidos. Considerando que a criança em período pós-transplante renal já vivenciou inúmeras experiências que abarcam a doença renal crônica e que crianças de dois a sete anos são as mais vulneráveis aos efeitos da doença crônica e da hospitalização por possuírem as estruturas cognitiva e emocional ainda em desenvolvimento, consensuamos o imperativo quanto à utilização de estratégias que possibilitem à criança enfrentar situações hostis inerentes ao seu cotidiano. Neste contexto, o brinquedo terapêutico (BT) cuja finalidade é permitir a compreensão dos sentimentos e reações emocionais da criança, e ainda prepará-la para procedimentos desagradáveis, foi selecionado como uma estratégia adequada para a criança em questão. O BT pode ser classificado em instrucional, dramático e capacitador das funções fisiológicas. Vale enfatizar

* Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Pesquisadora do Grupo de Estudos do Brinquedo–Gebrinq - Unifesp. Endereço: Rua Lino Guedes, 98 apto 42 – Jardim Paulistano – Campinas SP CEP:13026-370. Fone: (19)35219094. Fax: (19)35218822. E-mail: lulione@fcm.unicamp.br

² Aluna do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

que o BT pode ser utilizado para qualquer criança e em qualquer local que seja conveniente, podendo, cada sessão, variar de 15 a 45 minutos. Vários trabalhos têm demonstrado os benefícios da utilização do brinquedo/BT para a criança com doença crônica e que necessita ser submetida a procedimentos invasivos e dolorosos, pois é capaz de facilitar a exteriorização de suas crenças e corrigir concepções errôneas, além de proporcionar catarse e permitir ao profissional melhor avaliação da criança, facilitando, assim, o planejamento das suas ações. Assim, o objetivo deste estudo é compreender o ser-criança em pós-transplante renal por meio do brinquedo terapêutico. Para compreender o significado de ser-criança em pós-transplante renal é necessário aproximar-nos do sujeito que vivencia tal experiência, pois somente desta forma, a criança poderá tornar manifesto aquilo que foi fundamental para ela enquanto sujeito dessa experiência. Esse caminho aponta para uma modalidade de pesquisa qualitativa – análise da estrutura do fenômeno situado, onde o pesquisador está mais preocupado, de início, com a natureza daquilo que vai investigar, de tal forma que não existe para ele, ainda uma compreensão do fenômeno. Através dos comportamentos e discursos da criança durante o brincar, interrogamos a realidade experienciada por ela, buscando a compreensão do fenômeno situado. O estudo foi realizado em uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário, classificado como nível terciário e quaternário, no 2º semestre de 2008, no município de Campinas – SP, durante a disciplina Assistência de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente I, do curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. A população foi composta por uma criança, sete anos, sexo feminino, hospitalizada para transplante renal (doador cadáver) em período pós-operatório. Inicialmente, foi solicitado ao responsável pela criança, permissão para participação nas sessões de brinquedo terapêutico, enfatizando-se a finalidade das mesmas e os benefícios possíveis. Após a permissão do responsável, a criança foi convidada a brincar e o tempo das sessões variou de 30 a 40 minutos. O material utilizado para as sessões de BT estava acondicionado em uma caixa de papelão e continha os seguintes brinquedos: bonecos de pano representando a família (avó, avô, mãe, pai, duas crianças e um bebê), bonecos plásticos, fantoches, animais, utensílios domésticos, carrinhos, material hospitalar. Ao longo de três semanas, a criança participou de quatro sessões de brinquedo terapêutico, sendo uma sessão do tipo instrucional com vistas a retirada de pontos cirúrgicos e três sessões do tipo dramático. As sessões foram anotadas em diário de campo, logo após a realização das mesmas. Para compreender o brincar da criança, as sessões foram organizadas num texto e seguiram-se as orientações do referencial da pesquisa qualitativa – análise da estrutura do fenômeno situado. Durante o brincar da criança em pós-transplante renal emergiram facetas de seu passado, presente e futuro. O passado transparece em situações onde a terapêutica para insuficiência renal crônica ainda é valorizada. Já o presente é revelado por meio dos cuidados necessários em função do novo estado de saúde. O futuro traduz-se nos momentos onde o controle da doença é alcançado e se retorna ao hospital apenas temporariamente. Contudo, passado, presente e futuro não emergem de forma estanque, mas fundem-se e confundem-se durante o brincar. Vale ressaltar que nas duas primeiras sessões a criança brincou de modo isolado, não incluindo a pesquisadora na brincadeira. A partir da terceira sessão, a criança estabelece uma nova relação com os brinquedos, representando diversos personagens necessários para a construção de sua história. Esta relação criança-mundo, sempre rica de possibilidades e significados, é que compõe o enredo único do brincar, em que é possível lembrar, inventar, experimentar, modificar, atualizar o que quer e o que não quer ante o que se impõe, de tudo o que aparece. Dessa forma, organizou-se o brincar desta criança em dois momentos – brincar isolado e brincar compartilhado. Os núcleos temáticos revelados durante o brincar isolado da criança dizem respeito a coleta de sangue, autonomia e dieta. Já o brincar compartilhado emerge em uma história cujos temas enfocam o processo saúde-doença da criança e corresponde ao



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

último estágio da teoria do brincar de Winnicott. A criança que antes brincava sozinha passa a aceitar a companhia do adulto e o brincar de ambos se revela nas sessões de BT. A criatividade da criança em historiar sobre si própria, enfrentando sua realidade, evidencia uma criança já fortalecida, capaz de dominar suas angústias e o ambiente que a circunda. Podemos evidenciar a função autoterapêutica do brincar quando a criança, já no domicílio, retorna ao hospital para um procedimento invasivo e doloroso. Apesar das características deste procedimento, a criança enfrenta o evento estressante em um clima de segurança, pois emerge em seu discurso como profissional da saúde, orientações de suporte emocional à criança. Este comportamento está relacionado à faixa etária da criança – escolar – onde há um pensar permeado pela concretude da realidade e pela lógica. Sua capacidade de memória aumenta juntamente com as habilidades de linguagem. Diante do exposto, podemos afirmar que as sessões de BT colaboraram para que a criança percebesse sua nova realidade. O brincar, inicialmente isolado e, posteriormente, compartilhado possibilitou à criança tornar-se um agente ativo no processo saúde-doença por meio da exteriorização pormenorizada dos eventos causadores de estresse e medo. Este movimento catártico contribuiu na aceitação das novas demandas pós-transplante renal, fortalecendo a criança para procedimentos necessários no acompanhamento terapêutico. Reforçamos a importância da utilização do BT nas diversas situações traumáticas causadas pela hospitalização infantil.

Palavras-chave: criança, insuficiência renal crônica, brinquedos e jogos, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

134 - Referência e contra referência e a reinternação pediátrica

Susana Bubach*

Franciele Marabotti Costa Leite*

Luciana de Cássia Nunes Nascimento**

Shirla Regina Pinheiro***

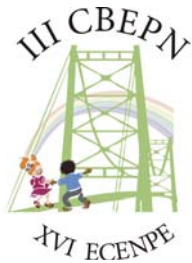
Mayara Ana Cunha***

Introdução: O sistema de referência e contra referência é considerado uma importante ferramenta no processo de articulação entre os níveis de atenção à saúde dentro da mesma organização ou entre outras várias organizações no que tange à transferência e recepção e assistência adequada ao paciente referenciado. A equipe de saúde referencia o paciente a outro nível de atenção, onde o mesmo terá suas necessidades atendidas integralmente, ou seja, terá acesso a um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, com acolhimento e com vínculo. Entende-se por referência o encaminhamento do usuário do nível de menor para o de maior complexidade. É a estratégia de encaminhar os usuários para serviços de maior complexidade, previamente comunicados, visando cuidar integralmente do indivíduo. Já o sistema de contra-referência é o ato formal de encaminhamento do usuário à unidade de saúde que o referiu, após ter resolvido ou amenizado a causa da referência. A contra-referência, por sua vez, deve sempre ser acompanhada das informações necessárias à continuidade da assistência ao usuário na unidade de origem. As equipes de referência propõem um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, cujo funcionamento pode ser descrito da seguinte forma: cada unidade de saúde se organiza por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade, e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. Essas equipes obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, reúnem profissionais de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço e da unidade, porém, contribuindo para a assistência integral do usuário. Em relação população infantil, acredita-se no sistema de referência e contra-referência como um instrumento fundamental para o alcance da assistência integral da criança. Neste sentido, este instrumento viabiliza a assistência adequada através da transmissão de informações fundamentais para a continuidade da assistência em quaisquer níveis de atenção, contribuindo para a diminuição dos riscos da reinternação pediátrica. A reinternação é uma situação de extrema preocupação quando se trata de crianças, pois estas tendem a ter menos recursos emocionais que um adulto e sua recuperação tem que ser cuidadosamente vigiada. O convívio com a família fica prejudicado, pois a criança internada geralmente necessita da companhia de algum membro da família, o que, de certa forma, altera a estrutura familiar e contribui, para que deixem o emprego para poder estar ao lado do filho. O sistema de referência e contra-referência contribui ainda para definição de responsabilidades e fortalecimento do vínculo terapêutico. Muitas complicações pediátricas poderiam ser evitadas se os profissionais da saúde tivessem o hábito de referenciar e contra-referenciar os pacientes pediátricos, de alguma forma, para a unidade básica de saúde, através de um formulário próprio ou através de contato telefônico. Além dos profissionais médicos e enfermeiros, a equipe de saúde deve ainda ser composta

* Enfermeira, mestre, professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (CEUNES).

**Enfermeira, mestre, professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (CEUNES). Endereço: caixa postal 003, CEP 29930-970. São Mateus – ES

*** Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí - SC



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

por profissionais que complementam a assistência integral e são capazes de identificar outras necessidades da criança (sua inserção social, situação afetiva, outros problemas orgânicos, violência, abuso, negligência, etc.). Isto garante que, no conjunto das intervenções terapêuticas, ocorram mais benefícios para a criança e família e que o projeto terapêutico envolva um compromisso com o usuário. **Objetivo:** Este estudo tem a finalidade de levantar dados sobre a reinternação de crianças de zero a cinco anos em um hospital pediátrico do litoral de Santa Catarina, entre os anos de 2000 e 2007, e demonstrar a importância da contra-referência como instrumento para o alcance da integralidade e consolidação do SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, abrangendo conteúdos relacionados a reinternação pediátrica, sistema de referência e contra-referência e SUS. Inicialmente procurou-se selecionar todo o material encontrado sobre o tema em estudos desenvolvidos na referida instituição. Após atenciosa leitura, realizou-se o fichamento e a organização do material. **Resultados:** nos estudos encontrados considerou-se reinternação pediátrica a internação de toda criança que já tinha o registro de outra hospitalização, independente do diagnóstico, da idade e do intervalo entre uma e outra internação, de acordo com Madeira (1996). Os resultados mostraram que, entre os anos de 2000 e 2003, 9,0% de reinternações na faixa etária de 0 a 2 anos. Na faixa etária de 2 a 5 anos encontrou-se resultado semelhante neste mesmo período, ou seja, 9,5% de reinternações. No ano de 2007 encontrou-se 3,3% de reinternações de crianças até 2 anos de idade, na referida instituição, não havendo estudos na faixa etária de 2 a 5 anos. Verificou-se que a maioria das crianças reinternadas é do sexo masculino e procedente do mesmo município de instalação da instituição. De acordo com os dados obtidos, a causa principal de reinternação na faixa etária estudada esteve, na maioria das vezes, ligada a algum agravamento clínico. Assim, percebeu-se que em todo o período estudado os distúrbios respiratórios foram os maiores responsáveis pela reinternação, seguidos de distúrbios digestivos, infecciosos e parasitários. Com relação ao sistema de referência e contra-referência, em nenhuma das reinternações foram encontrados registros sobre a utilização do mesmo. **Conclusão:** A maior parte das reinternações encontradas foi causada por agravos passíveis de prevenção diante de um acompanhamento adequado destas crianças, por meio de puericultura, ações em escolas, entre outras. Neste mesmo contexto, na ausência de referência e contra-referência as crianças que tiveram alta hospitalar neste período foram liberadas para suas casas sem que a equipe da unidade de saúde do bairro pudesse acolhê-las e priorizá-las como egressas hospitalares, expondo-as ao risco de piora do quadro e reinternação, conseqüentemente. A partir destes achados faz-se necessário destacar a importância que a referência e contra-referência tem para a consolidação do SUS e, conseqüentemente, para a promoção, proteção e recuperação da saúde das crianças, evitando assim reinternações desnecessárias e possíveis complicações. Além de todos estes fatores, deve-se considerar o gasto do Sistema Único de Saúde reinternações, pois manter uma criança internada custa muito mais do que fazer uma ação preventiva. Isso onera muito o sistema, pois geralmente quando a criança tem um histórico de internações freqüentes, o quadro clínico tende a ser mais grave e de tratamento mais complexo e prolongado, necessitando muitas vezes da unidade de terapia intensiva (UTI), por exemplo. Pode-se concluir que, apesar da incidência de reinternações ter diminuído ao longo destes anos na instituição em estudo, a utilização do sistema de referência e contra-referência pode contribuir ainda mais para o controle dos agravos que resultam em reinternação hospitalar, melhorando, assim, a qualidade de vidas destas crianças.

Palavras-chave: sistema único de saúde, saúde da criança, internação hospitalar.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Referências:

BENTO, O.A; FLORIANO, J; SANTOS,M. Caracterização da reinternação pediátrica na faixa etária de 0 a 2 anos em um hospital universitário infantil do Vale do Itajaí. Itajaí, 2004. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização dos serviços de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2005.

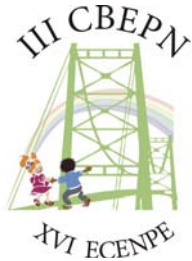
FRATINI, J. R. G; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.

ONOFRE, A.O.S. Caracterização das crianças e adolescentes internados por diarreia em um hospital pediátrico da região da foz do rio Itajaí Açú-SC de julho de 2005 até junho de 2006. Itajaí, 2007. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí

POLLHEIM, P.S.O. Caracterização de reinternação de lactentes em um hospital infantil de SC. Itajaí, 2008. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí.

SILVEIRA,G.M; HERBSTRITH,S.D. Caracterização da reinternação pediátrica da faixa etária de 3 à 5 anos, em um hospital universitário infantil da região do vale do Itajaí-sc. Itajaí, 2004. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí.

VALE,G.P. Perfil das crianças e adolescentes com meningococemia e meningite de etiologia variada internados em um hospital pediátrico do vale do rio Itajaí-Açú, 2005. Itajaí, 2006. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

135 - A gerência do cuidado através dos registros de enfermagem em uma unidade pediátrica – um estudo quantitativo

Luciana Rodrigues da Silva^{*}
Tathiana Silva de Souza Martins[†]
Francisca Souza Lopes[‡]
Raphaela Costa Cabreira[§]

Durante o desenvolvimento prático da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente II, do curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense (EEAAC/ UFF), na unidade pediátrica de um Hospital Universitário (HU) percebeu-se que quando solicitávamos aos alunos que realizassem qualquer trabalho onde fosse preciso consultar os registros de enfermagem, os discentes apresentavam grande dificuldade em encontrar registros de enfermagem no prontuário. Sabe-se que o prontuário deverá conter informação suficiente para identificar claramente o paciente, justificar o diagnóstico, o tratamento e documentar os resultados com extrema exatidão. Desta forma é fundamental conhecer os aspectos legais para dimensionar a importância do registro correto de todas as atividades. Os registros permitem desenvolver o poder de observação e análise, aprender a interpretar em conjunto as reações do cliente. É um dos valores essenciais a necessidade do registro para o próprio desenvolvimento da profissão e merece ser conscientizada. A partir desta problemática começamos a questionar como realmente aconteciam os cuidados de enfermagem na Unidade Pediátrica, visto que, nem sempre os mesmos eram relatados e registrados. Assim, surgiu o interesse de desenvolver um estudo que fosse capaz de demonstrar que o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada em uma unidade pediátrica, de um Hospital Universitário é possível, desde que tenha o envolvimento não apenas dos docentes e discentes da academia, mas que o processo esteja em consonância com a gerência e tenha a participação ativa de todas as categorias profissionais que compõem a equipe de enfermagem. É importante lembrar que atualmente alguns hospitais preocupados com a qualidade, estão utilizando a auditoria e contratando empresas credenciadas, no intuito de padronizar todo atendimento prestado. Auditoria em enfermagem é o processo pelo qual as atividades de enfermagem são examinadas, mensuradas e avaliadas, utilizando-se de padrões pré-estabelecidos, realizada através de revisões das anotações de enfermagem que constam no prontuário do paciente. Este estudo traz como objetivos: Identificar a qualidade da assistência de enfermagem da unidade pediátrica de um hospital universitário através da auditoria retrospectiva e fornecer dados para o programa de Educação Permanente da equipe de enfermagem da unidade pediátrica do HU. Tal pesquisa justifica-se no sentido de demonstrar que o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada em uma unidade pediátrica é possível, desde que tenha o envolvimento não apenas dos docentes e discentes da academia, mas que o processo esteja em consonância com a gerência e tenha a participação ativa de todas as categorias profissionais que compõem a equipe de

^{*} Professora Assistente do Departamento Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC)/ Universidade Federal Fluminense (UFF). Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cidadania e Gerência na Enfermagem (NECIGEN). Endereço: R. Castorina Faria Lima, 418 Fds – apt. 102 – Ilha do Governador – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21931-574 E-mail: lulurodrigues@gmail.com

[†] Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto / Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estácio de Sá. Integrante do NECIGEN.

[‡] Professora Assistente do Departamento Materno-Infantil e Psiquiatria da EEAAC/ UFF.

[§] Acadêmica de Enfermagem do 8º Período da EEAAC/ UFF. Bolsista de Extensão.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

enfermagem. Trata-se de um projeto cadastrado no Pró-reitoria de Extensão (PROEX) da Universidade Federal Fluminense (UFF), de natureza descritiva com análise quantitativa dos dados. O cenário da pesquisa foi a Enfermaria Pediátrica de um HU. Foi realizada a análise das anotações de enfermagem registradas no prontuário de clientes da enfermaria de pediatria que já receberam alta hospitalar no período da coleta de dados, que foi realizada no período de abril a setembro de 2008. Portanto, essas anotações referem-se à elaboração da prescrição de enfermagem, as anotações referentes aos cuidados que foram prestados, as observações das anotações identificadas pela equipe e as anotações das informações prestadas pelo paciente e/ou acompanhante. É preciso ressaltar que a coleta de dados teve algumas limitações, como por exemplo: o número do prontuário não condizia com a faixa etária pediátrica, o prontuário não se encontrava no arquivo e o prontuário encontrava-se incompleto. Foram analisados os planos terapêuticos de enfermagem dos prontuários das crianças internadas na unidade pediátrica no segundo semestre de 2007. Observou-se: os dados de identificação do cliente, a prescrição de enfermagem, os procedimentos de enfermagem, as anotações de enfermagem, a execução de ordens médicas e as condições de alta hospitalar do cliente a partir de um formulário elaborado pelos coordenadores do projeto. Após a coleta de dados os mesmos foram analisados e tabulados utilizando o programa Excel®. Os dados mais relevantes foram: em pelo menos um dia de internação todos os clientes não tinham sua identificação completa; nenhum cliente tinha diagnóstico de enfermagem antecedendo a prescrição de enfermagem; em pelo menos um dia de internação de todos os clientes a prescrição de enfermagem não tinha o número da inscrição no conselho regional do profissional que a confeccionou, nenhuma prescrição de enfermagem continha o grau de dependência do cliente, em nenhum prontuário havia registro de higiene oral mais de uma vez ao dia e nenhum prontuário continha registros de orientações de enfermagem para a alta hospitalar. Diante do exposto vimos que os registros de enfermagem encontrados não contemplavam itens considerados essenciais por alguns autores, como: a declaração dos problemas frequentemente referidos pelos pacientes, os diagnósticos de enfermagem, os tratamentos e as respostas tanto à assistência médica como à de enfermagem, expressando o reflexo da avaliação periódica do paciente. Identificaram-se lacunas na assistência de enfermagem prestada a esse cliente. No entanto acreditamos que possivelmente os cuidados de enfermagem foram prestados e “esquecidos” de serem registrados. O grande entrave que nossa profissão enfrenta é o fato de que a maior parte do que é dito e feito pela equipe de enfermagem fica fora de qualquer documentação escrita e, dessa forma, no esquecimento, pois as informações que não são registradas são informações que, seguramente, serão perdidas, portanto, não serão contabilizadas e mais dificilmente ainda serão reconhecidas. No entanto, nos países em desenvolvimento, a documentação do processo de enfermagem geralmente está representada pelos registros ou as anotações de enfermagem, e constituem um meio de comunicação importante para a equipe de saúde envolvida com o paciente, facilitando a coordenação e continuidade do planejamento de saúde, evitando omissões e repetições desnecessárias no tratamento. O público que pretendemos atingir indiretamente com a divulgação dos dados do projeto e implementação de estratégias que sejam capazes de sensibilizar a equipe de enfermagem da unidade pediátrica quanto à importância dos registros de enfermagem, são as crianças que irão internar-se no referido seor nos próximos anos. Acreditamos que estaremos contribuindo para a melhoria da qualidade das anotações e evoluções de enfermagem, o que irá refletir diretamente na sistematização da assistência de enfermagem. Desta forma fica claro que a comunicação escrita documenta de modo permanente, no prontuário, informações relevantes sobre os cuidados prestados diretamente ao paciente, e cabe ao enfermeiro a responsabilidade de mantê-lo sempre atualizado.

Palavras-chave: gerência, auditoria de enfermagem, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**136 - Avaliação do uso de vídeo como recurso para educação e orientação em
saúde para os acompanhantes de um alojamento conjunto pediátrico**

Márcia Manique Barreto Crivelatti*

Cláudia Silveira Vieira †

Fábia Gracielle da Rocha‡

Marcielle Candido§

Introdução: No processo de internação, a presença dos pais ou pessoa significativa à criança é um fator que minimiza os efeitos da hospitalização, contribuindo para cura da doença mais rapidamente e diminui o tempo de internação, bem como mantém o vínculo família-criança. Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente mediante a Constituição de 1988, avançou-se no conceito da humanização da assistência à criança, pois esta garantiu às crianças o direito à saúde e à internação hospitalar com o acompanhamento dos familiares. Estabelecendo que o atendimento à saúde deve promover condições para a “permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1990, p.08). Nesse contexto, a permanência dos pais ou acompanhantes junto à criança, tem por objetivo sua maior participação nos cuidados com esta e no processo terapêutico. Contudo, isso implica em algumas alterações no processo de trabalho dos profissionais que atuam nas unidades pediátricas. O cuidado que antes era centrado na doença, com a inserção da família na hospitalização passa a focar o binômio criança/família. Essa mudança contribuiu para que os profissionais percebessem que os pais possuem suas próprias necessidades; que devem ser preparados para participar do cuidado de seus filhos durante a hospitalização e informados sobre o estado de saúde dos mesmos, tendo suas necessidades físicas e emocionais atendidas. A ação de informar deve fazer parte da prática dos profissionais de saúde, melhorando, dessa forma, o padrão de atuação dos pais e minimizando sua ansiedade frente à hospitalização de seu filho (SABATÉS; BORBA, 2005). Algumas medidas podem ser tomadas para facilitar a transmissão de informações aos acompanhantes e promover maior assimilação do conteúdo da informação. Com base nessa afirmativa surgiu a proposta deste estudo, elaborar um vídeo educativo para o repasse de informações necessárias aos acompanhantes visando a melhor participação destes no processo de assistência. Acredita-se que recursos audiovisuais podem favorecer a compreensão dos participantes em relação aos temas abordados para orientação enquanto estão no Alojamento Conjunto Pediátrico (ACP) participando da assistência à criança. Pois, além da explicação oral, tem-se o auxílio das imagens para facilitar a compreensão das orientações. **Objetivo:** Descrever a experiência educativa com mães/acompanhantes de crianças hospitalizadas em uma unidade de Alojamento Conjunto Pediátrico mediante a utilização de vídeo educativo. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de extensão universitário realizado no ACP do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). Elaborou-se um vídeo educativo de aproximadamente 20 minutos de duração para orientação dos acompanhantes das crianças hospitalizadas. Neste vídeo foram abordados os

*Enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho, enfermeira do Alojamento Conjunto Pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP. End. Res: R: Oliva nº 1590, B. Universitário, Cascavel – PR, e-mail: marciacrivelatti@yahoo.com.br

† Enfermeira, Doutor em Enfermagem em Saúde Pública, Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Unioeste-PR.

‡ Acadêmica do 5º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste.

§ Enfermeira, especialista em Controle de Infecção Hospitalar, enfermeira do Alojamento Conjunto Pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

temas: horários de troca de acompanhantes, de visitas, de uso da televisão; uso de aventais; alimentação da criança e do acompanhante; higienização; organização do ambiente; segurança da criança e recreação. Após a elaboração do vídeo as imagens foram avaliadas pelas autoras, realizou-se um teste do vídeo junto aos profissionais que atuam na unidade de ACP do referido hospital. Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE, iniciou-se a coleta de dados, os acompanhantes foram convidados a colaborar com o estudo e esclarecidos de que sua participação consistia em assistir a um vídeo abordando informações gerais sobre cuidados com o filho, normas e rotina da unidade, para posteriormente, responderem a um questionário contendo questões abertas pertinente ao vídeo. O questionário foi submetido a um teste piloto, no qual participaram dez acompanhantes, após foi analisado se os objetivos propostos foram alcançados ou se havia necessidade de modificações no vídeo para torná-lo mais claro. Não foram necessárias modificações em relação às mensagens transmitidas. Em seguida, o vídeo foi aplicado para mais 11 acompanhantes para um segundo teste, totalizando uma amostra de 21 sujeitos. A análise dos dados consistiu de descrição dos relatos obtidos nos questionários comparando-os com a literatura afim. **Resultados:** No questionamento acerca da compreensão do acompanhante sobre como e onde deveria ser realizada a alimentação da criança, as respostas em sua maioria incompleta foram coerentes com o conteúdo do vídeo. Inferimos que o acompanhante observa mais aquilo que interessa diretamente ao cuidado de seu filho, por exemplo, mães de bebês enfocaram mais a alimentação na mamadeira do que a alimentação em marmitas. Observou-se que 76,2% notou como ponto principal dessa questão, que a alimentação deve ser realizada no quarto, como na seguinte fala: *“A criança deve se alimentar no quarto”* (A5). No que se refere sobre como e onde deve ser a alimentação do acompanhante enquanto estiver no ACP, obtiveram-se respostas coerentes com o conteúdo do vídeo, onde 90,5% relataram que sua alimentação deve ser realizada na Sala de Estar/Copa dos Acompanhantes. Fato observado na seguinte fala: *“O acompanhante deve se alimentar na sala dos acompanhantes”*(A5). Quando questionados sobre a realização da higiene da criança durante a internação, os sujeitos indicaram todos os itens abordados durante o vídeo: banho, higiene bucal e troca de fraldas. Porém, as respostas foram variadas e incompletas, enfocando apenas um dos itens citados, sem relacionar todas as orientações. Essa característica pode ter ocorrido pelo fato dos sujeitos não terem compreendido como um todo as informações relacionadas à higiene da criança ou ter compreendido apenas uma das informações. Dentre os sujeitos, 38% compreenderam que o banho da criança deve ser realizado pela manhã, alguns indicando que a banheira da criança deve ser desinfetada antes da realização do banho. Como segue no exemplo citado: *“A higiene da criança deve ser sempre no período da manhã e esterilizar a banheira com álcool 70”* (A6). Quando questionados sobre a realização da higiene do acompanhante enquanto estiver no ACP, observamos que 71% compreendeu as informações transmitidas no vídeo relatando que o local adequado para a sua higiene é o banheiro dos acompanhantes e que o banheiro da enfermaria é exclusivo da criança. Quatro sujeitos complementaram a resposta dizendo que ao permanecer na unidade devem manter os cabelos presos, usar sapatos fechados, e manter a do ambiente. Verifica-se nesta questão que o uso do vídeo foi eficaz como meio de transmissão de informações, o que pode ser evidenciado no exemplo: *“Usar o banheiro do acompanhante, manter o refeitório sempre limpo, usar o avental e calçado fechado, cabelo preso”* (A3). Referente à pergunta sobre o entendimento acerca da organização da unidade e uso do seu espaço, 23,9% entenderam como resposta a esse questionamento a organização do seu quarto, não deixando restos de alimentos e desprezando os materiais utilizados nos seus devidos lugares: *“Manter o quarto arrumado, jogando o lixo nos seus devidos lugares. Ex: fraudar no lixo do banheiro”* (A1). Outros 14,3%, explicaram essa questão como referente a limpeza que os mesmos deveriam ter com seus utensílios, bem como no seu quarto: *“Quarto*



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

limpo. Não deixar resto de nada”(A10). O tema relação dos acompanhantes com as crianças dos outros leitos e dos outros quartos, mostrou que 57,1% dos acompanhantes compreenderam as informações passadas no vídeo, porém uns de maneira mais completa que outros: “*A mãe deve permanecer com a criança no quarto, não entrar com a criança nos outros leitos e quando a mãe estiver sozinha e tiver que sair pedir ajuda a alguém para olhar*” (A1). Ao interrogar-se como o acompanhante pode contribuir para a manutenção da segurança das crianças enquanto estiver hospitalizada, 71% dos sujeitos, apontaram alguma medida a ser tomada para manter a segurança da criança citando, principalmente, a elevação das grades do berço. Tal fato pode ser confirmado na fala a seguir: “*Ao sair de perto do berço ou da cama, erguer a grade para que a criança não caia no chão e sendo assim e por uma boa segurança*” (A1). **Conclusão:** Pode-se perceber que como cada díade criança/acompanhante vive em um contexto diferente dos demais, bem como da equipe de saúde, para alguns a realidade da unidade de pediatria é muito diferente do seu cotidiano. Demonstrando-nos que precisamos trabalhar com as diferenças culturais e sociais, as quais podem dificultar o aprendizado daquilo que a unidade tenta repassar, ou seja, as regras e normas da instituição divergem do dia a dia desses sujeitos. Assim, de acordo com os padrões de vida disponíveis e possíveis para esses sujeitos, o seu julgamento pode ser a falta de percepção do que seria o ideal. A imagem tem se mostrado como linguagem poderosa no campo da comunicação, cujo desafio consiste em conhecer seu potencial nos processos e nas práticas de caráter educativo. Assim, a utilização do vídeo neste estudo foi uma ferramenta útil para facilitar a comunicação com os sujeitos-acompanhantes, proporcionando um campo rico às práticas educativas em saúde, vislumbrando intervenções no campo das ações preventivas e assistenciais em saúde.

Palavras-chaves: vídeo educativo, crianças hospitalizadas, acompanhantes.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- SABATÉS, A. L.; BORBA, R. I. H. **As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho**. Rev. Latino Americana de Enfermagem, 2005, novembro-dezembro; 13(6): 968-73.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**137 - Recém-nascido submetido ao Cateter Central de Inserção Periférica
(CCIP): o estado da arte**

Márcia Juliane Patrícia Hertel Rovaris*
Marisa Monticelli†

Nas últimas décadas, muitos avanços científicos na área neonatal contribuíram significativamente no atendimento especializado aos recém-nascidos de alto risco. Atualmente de todos os cuidados especializados prestados aos recém-nascidos, a terapia intravenosa é considerada um dos múltiplos desafios e preocupações enfrentadas pela equipe de saúde, e também para a família, que acompanha todo o processo de internação do recém-nascido. O procedimento de punção venosa periférica é uma das práticas consideradas mais difíceis de realizar no recém-nascido, pois, após o nascimento, a limitação da rede venosa é condicionada pelo organismo do bebê, que ainda está em fase de crescimento e desenvolvimento, o que pode influenciar no aparecimento de sérios transtornos à manutenção da terapia intravenosa. Diferentes métodos de cateterismo venoso são utilizados nos cuidados intensivos neonatais. Entretanto, o Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP) é considerado um cuidado especializado que vem se apresentando como um procedimento cada vez mais adotado na área da terapia intravenosa para a manutenção de acesso venoso profundo e prolongado nos recém-nascidos de alto risco, principalmente os pré-termos, devido a sua elevada taxa de inserções bem sucedidas e baixa taxa de retirada por complicações. O CCIP foi introduzido no Brasil a partir da década de 90, mas foi no ano 2000 que sua prática tornou-se mais freqüente, principalmente na área neonatal, devido às vantagens e benefícios no campo da terapêutica intravenosa. A técnica de inserção do CCIP é um procedimento invasivo, pois consiste na implantação de um cateter central, realizado a partir de uma punção periférica, principalmente dos membros superiores e membros inferiores. É indicado quando existe necessidade de acesso venoso por tempo prolongado, possibilitando a passagem de fluídos diretamente para a corrente sangüínea, permitindo hemodiluição rápida dos medicamentos. Tem por finalidade a manutenção adequada da terapêutica, a diminuição no número de punções periféricas, a redução no risco de infecção e complicações como flebites, tromboflebites e outros e, principalmente, a minimização dos estímulos dolorosos e estresse do recém-nascido, frente às inúmeras tentativas de punções periféricas. A composição deste cateter pode ser de silicone ou poliuretano, que são materiais biocompatíveis e menos trombogênicos, já que dificultam a agregação de microorganismos em sua parede. É considerada uma técnica de inserção fácil, de manutenção simples e com reduzidos riscos de complicações em relação aos demais cateteres venosos centrais. Este aparato tecnológico trouxe imensa contribuição para a área da enfermagem, uma vez que é a enfermeira neonatal a profissional capacitada e qualificada para realizar o procedimento do CCIP, conforme foi definida na Resolução nº 258/2001 do Conselho Federal de Enfermagem. Entretanto, pensar acerca do que vem sendo produzido sobre esse tema na área da saúde, especialmente, sob a ótica da enfermagem, é fundamental, uma vez que esta disciplina vem trilhando ainda um caminho muito novo de produção de conhecimentos, abrangendo esse assunto. Este estudo aborda uma revisão bibliográfica que tem por objetivo de detectar o

* Enfermeira da Maternidade Darcy Vargas – Joinville/SC. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR) End: Rua Timbó, nº 128, apto 702. América – Joinville/SC. CEP: 89204-050. Fone: (47) 3433-6794. E-mail: marciajp@yahoo.com.br.

† Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

estado da arte dos recém-nascidos de risco submetidos ao CCIP. Para isto, foram analisados 51 artigos nacionais e internacionais nos últimos 10 anos (1998 a 2008), sendo que 37 das publicações foram encontradas na área médica e somente 14 artigos foram extraídos da produção do conhecimento da enfermagem. Os periódicos foram obtidos nas bases de dados eletrônicas Medline, Lilacs, Pubmed, Scopus, Science Direct e BDEF e também na busca direta dos periódicos indexados que constam no repositório da Scielo (Scientific Electronic Library Online), assim como no Portal da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), por meio dos descritores: cateterismo periférico, cateter venoso central, cateterismo venoso central, recém-nascido, enfermagem, e seus correspondentes em inglês e espanhol, sendo que os descritores PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) e intravenous therapy, existentes apenas nas listagens da língua inglesa. Desta incursão na literatura emergiram três categorias: complicações relacionadas com o CCIP, avaliação continuada do CCIP e enfermeira neonatal e a produção teórica sobre o CCIP. A primeira categoria, relativa às **complicações relacionadas com o CCIP**, enfoca as principais complicações do CCIP na população neonatal, sendo esta dividida em: problemas mecânicos relacionados com o cateter, complicações infecciosas relacionadas com o cateter e substâncias profiláticas para a prevenção de complicações mecânicas e infecciosas. A segunda categoria, que trata da **avaliação continuada do CCIP**, descreve as novas técnicas avançadas para inserção de cateter e manutenção do cateter, bem como sobre a importância desses avanços tecnológicos para a terapêutica intravenosa para os recém-nascidos. A técnica de troca do cateter tem sido citada na literatura como uma das recentes tecnologias que trouxe benefícios relacionados com o CCIP, pois que permite a inserção de um novo dispositivo dentro da mesma veia, quando complicações como a oclusão, a quebra ou a posição inadequada do cateter acontecem e requerem a remoção do atual CCIP instalado. Já, o monitoramento da pressão da linha interna do cateter demonstra ser mais um benefício para a manutenção do CCIP nos recém-nascidos criticamente doentes, pois além de permitir a detecção precoce e o controle da oclusão do cateter, minimiza as eventuais complicações que podem comprometer a terapêutica intravenosa do neonato durante o período de internação. A terceira e última categoria, **enfermeira neonatal e a produção teórica sobre o CCIP**, engloba os aspectos voltados à habilitação e capacitação profissional da enfermeira neonatal, ao perfil das enfermeiras com habilitação para implantação do cateter, à formação de equipes de enfermagem especializadas em CCIP e, ainda, à avaliação global da técnica e manutenção do CCIP. Nesta revisão pode-se concluir que a produção atual sobre a utilização de CCIP em recém-nascidos é abordada com mais intensidade nas publicações de periódicos médicos, enquanto os artigos da área de enfermagem ainda são escassos. O uso CCIP, por ser uma tecnologia recentemente introduzida no cuidado especializado aos recém-nascidos de risco, amplia cada vez mais a atuação da enfermeira na área neonatal. Para isso, os conhecimentos teórico-prático e a constante atualização baseada em princípios científicos são primordiais para uma abordagem diferenciada na prática de enfermagem. Entretanto, mais pesquisas sobre essa temática devem ser realizadas, contribuindo, dessa forma, para a construção do conhecimento e o crescimento da enfermagem nesta área de atuação.

Palavras-chave: cateterismo periférico, cateter venoso central, cateterismo venoso central, recém-nascido, enfermagem, PICC e intravenous therapy.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**138 - Práticas educativas para acompanhantes no alojamento conjunto
pediátrico: elaboração de cartilha informativa**

Cláudia Silveira Vieira*
Denise Costa Dias†
Marcielle Cândido‡
Simone Roecker§

Introdução: No Brasil, a partir da Constituição de 1988, é que efetivamente avançou-se no conceito da humanização da assistência à criança, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que entre outras coisas, garante o direito à saúde e à internação hospitalar com o acompanhamento dos familiares. Neste contexto, muitas instituições hospitalares vêm mudando suas concepções a fim de desenvolver propostas de humanização à saúde da criança hospitalizada. Surge, portanto, em algumas instituições os Alojamentos Conjuntos Pediátricos (ACP), o qual é entendido como o sistema de internação hospitalar no qual a mãe, o pai ou outra pessoa significativa para a criança, permanece ao seu lado durante a hospitalização, sendo envolvido na assistência. A presença da família na prestação da assistência à criança hospitalizada é de grande importância, e contribui para torná-la capaz de suportar o sofrimento e a aflição surgida durante a hospitalização. A proposta do alojamento conjunto consiste na presença constante de um familiar durante o tempo de internação da criança e a participação deste nos cuidados. Com o envolvimento da família na assistência o processo terapêutico torna-se mais efetivo, mas o acompanhante precisa ser respeitado em suas particularidades e limitações emocionais. Portanto, é necessário prestar uma assistência voltada às necessidades da criança e da família, a fim de que a mesma seja encorajada para cuidar da criança e compartilhar sentimentos e dificuldades (COLLET; OLIVEIRA, 2002). Segundo as autoras, para o desenvolvimento de um processo terapêutico efetivo é necessário um preparo dos profissionais para trabalhar em conjunto com a família, tornando-se necessária a flexibilização da organização “de modo a deixar maior liberdade à família para rearranjar seu modo de cuidar da criança e para encontrar os aspectos que são capazes de lhe fornecer prazer nesse processo, diminuindo-se a pressão psíquica sobre elas” (p. 22). Na visão de Wong (1999) o cuidado prestado à criança, centrado na família faz com que as famílias experimentem maior sentimento de confiança e menor índice de estresse; que diminua a dependência que a família tem dos profissionais; e que estes experimentem maior satisfação e que ambos, familiares e profissionais sejam encorajados para o desenvolvimento de novas habilidades de cuidados. A presença da mãe ou responsável na enfermaria, segundo Lima; Rocha; Scochi (1999) não é uma questão simples, pois implica na reorganização do processo de trabalho em nível teórico e prático. Um fato a se considerar é que a permanência dos pais está imprimindo outra dinâmica no processo, pois eles não estão desenvolvendo apenas habilidades técnicas, mas estão também “conhecendo” o cotidiano do hospital e da terapêutica e, lentamente, reivindicam participação na assistência para além dos cuidados

* Enfermeira, Doutor em Enfermagem em Saúde Pública, Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Unioeste-PR. E-mail: clausviera@hotmail.com

† Enfermeira. Doutora em enfermagem fundamental. Professora adjunta da Universidade Estadual do oeste do Paraná. denisecostadias@gmail.com

‡ Enfermeira, especialista em Enfermagem Controle de infecção hospitalar enfermeira do Alojamento Conjunto Pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

§ Enfermeira. Mestranda em enfermagem Universidade Estadual de Maringá



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

básicos como alimentação e higiene. A inserção de um acompanhante e seu envolvimento no processo terapêutico torna fundamental a compreensão da dinâmica das relações entre os agentes que prestam o cuidado, pois aparecem questões não bem definidas na assistência à criança hospitalizada. É importante estar alerta às novas necessidades que vão sendo criadas nesse espaço e que envolvem a forma de organização das unidades pediátricas como um todo. Essas não são simples alterações no projeto e na caracterização da unidade ou no tipo de facilidades dadas à família, mas também nas atitudes dos profissionais de saúde quanto ao envolvimento dos pais no cuidado à criança hospitalizada, na relação que esses estabelecem com os pais, na qualidade da assistência, enfim, alterações que envolvem a dinâmica do trabalho de uma forma geral (COLLET; ROCHA, 2004). Ao ingressar no ACP, a mãe ou acompanhante da criança deverá receber informações verbais e por escrito. Estas informações dizem respeito aos direitos e deveres do acompanhante, como por exemplo, horários de troca de acompanhantes, de visitas, de uso da televisão, uso de aventais, alimentação da criança e do acompanhante, higienização, organização do ambiente, recreação e demais informações necessárias. Desta forma, é importante elaborar estratégias e instrumentos para dar conta das novas necessidades que se apresentam no trabalho dirigido a estas famílias, reintegrando a criança à família e inserindo a mãe, gradativamente, no cuidado da criança. Assim, a proposta deste projeto é a elaboração de uma cartilha reunindo informações consideradas prioritárias ao acompanhante. Os profissionais que atuam na prestação de cuidados à saúde dos indivíduos, em especial às crianças precisam estar cientes da necessidade de prestá-lo com responsabilidade visando à melhoria da qualidade de vida destas. Neste sentido torna-se imprescindível o repasse de informações aos acompanhantes para que estes juntamente com os profissionais desenvolvam um cuidado qualificado e eficaz.

Objetivos: Descrever a elaboração de cartilha contendo informações para os familiares das crianças internadas no alojamento conjunto do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). **Metodologia:** O presente projeto caracteriza-se como de extensão universitária e surgiu mediante uma necessidade da unidade de alojamento conjunto do HUOP. Foi desenvolvido por uma equipe que incluiu pessoal do serviço, acadêmica de estágio curricular supervisionado (ECS) desta unidade, a docente orientadora do ECS e docente da área específica. Para o levantamento bibliográfico foi realizada uma busca em artigos, livros e Base de dados virtual e selecionadas as informações mais relevantes, que foram redigidas em linguagem clara, ao nível dos usuários do HUOP. Para ilustração da cartilha foram utilizadas fotografias e figuras. As fotografias foram obtidas mediante consentimento informado dos responsáveis legais pela criança. Ao término da compilação as informações estas foram reunidas com as suas respectivas ilustrações e diagramadas para impressão. Inicialmente foram impressas algumas cópias para teste piloto. Para avaliação do material foram convidados a opinar: mães e acompanhantes, membros da equipe de enfermagem do setor e profissionais da equipe de saúde que atuam no alojamento conjunto pediátrico (psicóloga, assistente social, nutricionista, fonoaudióloga, fisioterapeuta, professores de enfermagem). Todos receberam um exemplar da cartilha e fizeram a leitura e apontaram sugestões para melhorar o material, estas foram lidas e sistematizadas em um quadro para possibilitar a comparação entre si e identificar quais mudanças deveriam ser feitas na cartilha.

Resultados: As sugestões foram utilizadas para aprimoramento do material antes do encaminhamento para gráfica. A cartilha, em sua versão final contém 15 páginas, formatadas em duas colunas, totalizando 1941 palavras de texto, e ilustradas com 41 fotografias da unidade. As fotos são situadas de forma a ilustrar o texto. Foi inserido também um quadro ilustrativo sobre a lavagem de mãos para destacar a importância deste procedimento para a segurança do cuidado. A cartilha é um recurso para sistematizar as informações mais importantes e utilizada como ferramenta auxiliar para orientação dos acompanhantes, que poderá ser realizada individualmente ou em grupo. Compreendemos que a cartilha é um



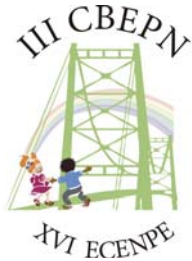
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

recurso que veicula o texto escrito e para a sua compreensão requer que os indivíduos sejam alfabetizados. E temos consciência que uma parcela dos acompanhantes poderá ser analfabeta ou, ainda, apresentar muita dificuldade para a compreensão da linguagem escrita, mesmo assim, esta pessoa poderá ter familiar ou amigos que poderão posteriormente ler a cartilha e explicar novamente o que está impresso. Para finalizar ressaltamos que não pretendemos com a cartilha substituir a orientação verbal e personalizada essencial para o acolhimento dos familiares. **Considerações Finais:** As práticas educativas em saúde devem utilizar mecanismos que estimulem o sujeito a participar dessas práticas, bem como promova uma compreensão adequada do que foi passado nos momentos educativos. Assim, concluímos que o uso de material impresso como recurso para desenvolver práticas educativas é importante pois permite rever posteriormente o que foi orientado, possibilitando apreensão concreta do abstrato que neste caso são as normas e rotinas da unidade transmitidas aos acompanhantes com auxílio da cartilha ilustrada.

Palavras-chaves: práticas educativas, crianças hospitalizadas, alojamento conjunto pediátrico; acompanhantes.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília : Ministério da Saúde, 1990, 110 p.
- COLLET, N. OLIVEIRA, B. R. G. **Enfermagem pediátrica**. Goiânia: AB, 2002. 200 p.
- COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 março-abril; v.12, n.2,p.191-7.
- LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 33-39, abril 1999.
- WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**. Trad. de CABRAL, I. E. et al. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

139 - Aplicação do nursing activities score em uti neonatal para mensurar a carga de trabalho de enfermagem*

Margarida Luzia Piloni[†]

Silvana Delatore[‡]

Anair Lazzari Nicola[§]

Introdução: A necessidade de se identificar a real demanda ou carga de trabalho de enfermagem utilizada durante os procedimentos direcionados aos pacientes, principalmente os internados em unidade de terapia intensiva neonatal, foi motivo do desenvolvimento deste estudo. Sabemos que o planejamento das ações de enfermagem, principalmente da parte gerencial, necessita de instrumentos, capazes de oferecerem dados que revelem o tempo necessário na assistência de enfermagem. Com isso vemos que a medida da carga de trabalho de enfermagem torna-se indispensável no provimento adequado de recursos humanos. A falta de parâmetros definidos para prover a equipe de enfermagem nas instituições de saúde é evidente e, muitas vezes somente a argumentação não é suficiente para sensibilizar os administradores da necessidade de maior número de profissionais, pois aumentar o número de funcionários torna-se oneroso para as instituições. O Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução 293/2004 estabeleceu critérios para dimensionar os profissionais de enfermagem e recomenda a utilização de um instrumento que classifica o tempo de assistência de acordo com as necessidades de cada paciente. Atualmente o Nursing Activities Score (NAS) tem sido indicado como o instrumento mais adequado para dimensionar a carga de trabalho da equipe de enfermagem em UTI, pois possibilita identificar a quantidade de cuidados que requerem os pacientes em 24 horas. Assim, considerando que a inadequação numérica de profissionais compromete a assistência, a segurança do paciente e a qualidade do serviço e visando contribuir para a superação das dificuldades que a ausência de parâmetros específicos para o dimensionamento de profissionais para a UTI Neonatal, este estudo tem a finalidade de quantificar as ações que determinam a carga de trabalho nessa unidade. **Objetivos:** Avaliar a carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), tendo como instrumento de medida o Nursing Activities Score (NAS) e relacionar a carga de trabalho de enfermagem obtida com tempo médio preconizado pelo COFEN. Optou-se pela utilização do NAS por ser considerado instrumento eficaz, conciso e capaz de mensurar a carga de trabalho de enfermagem no cuidado prestado ao paciente nas vinte e quatro horas diárias. **Metodologia:** O estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e prospectivo foi realizado na UTIN de um hospital universitário do interior do Paraná, abrangendo todos os pacientes/recém-nascidos (RNs), internados no período de 02/02/2009 a 03/03/2009. A unidade dispõe de 10 leitos. Os dados foram coletados através da análise dos registros médicos e de enfermagem nos prontuários dos RNs, referentes às 24 horas do dia anterior que se completavam às 12 horas de cada dia, e quando necessário foram complementados com informações fornecidas pela equipe de enfermagem. Os dados coletados foram analisados através de estatística descritiva, verificando a carga de trabalho existente na unidade em estudo e correlacionado com o preconizado pelo COFEN. **Resultados:** A amostra foi composta por 29 RNs com prevalência

* Este trabalho é um recorte da monografia de Especialização em Cuidados Intensivos realizado pela UNIDERP MS.

[†] Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva, gpiloni@bol.com.br

[‡] Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde. R. Costa e Silva, 1691 Cascavel- PR. e-mail: sildela@ibest.com.br

[§] Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Enfermagem da UNIOESTE-Campus de Cascavel-PR. e-mail: anairln@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de 52% de RNs com peso inferior a 2000g. A prematuridade correspondeu a 69% da amostra, perfazendo no total 20 RNs, revelando a prevalência de RNs prematuros e 72,4% deles apresentaram instabilidade respiratória. O instrumento NAS foi aplicado 282 vezes. A pontuação média do NAS foi de 82,0 pontos por RN. Partindo do princípio de que cada ponto NAS equivale a 14,4 minutos ou 0,24 horas, chegamos ao quantitativo diário de horas requeridas por RN, onde constatamos a média de 19,7 horas de enfermagem por RN nas 24 horas do dia. Este tempo é maior que as horas de assistência de enfermagem preconizadas pela Resolução 293/04 do COFEN. Devemos entender que a carga de trabalho equivale às horas trabalhadas por RN nas 24 horas do dia. A média de ocupação na UTIN em estudo foi de 9,4 RNs/dia. O quadro de profissionais de enfermagem é composto por uma média de 2,3 enfermeiros e 14,3 auxiliares e técnicos. Após a realização dos cálculos e da análise estatística dos dados coletados conforme a pontuação NAS, aplicamos a equação para o dimensionamento de pessoal de enfermagem proposto por Gaidzinski, entretanto devemos lembrar que neste estudo não levamos em conta o absenteísmo. Comparamos então o quantitativo designado pelo COFEN, que sugere para os cuidados críticos o mínimo de 17,9 horas de enfermagem por paciente nas 24 horas, com a carga de trabalho encontrada na UTIN em estudo através da pontuação NAS. Lembramos que a carga de trabalho apresentou uma média de 19,7 horas por RN/ dia, sendo esta média superior em 7,4% ao quantitativo de horas proposto pelo COFEN. O resultado do cálculo de dimensionamento proposto por Gaidzinski, mostra claramente que existe uma defasagem de profissionais de enfermagem no setor. Nota-se quando projetamos os dados de tempo médio de cuidado intensivo diário preconizado pelo COFEN que seriam necessários 24 enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem para suprir a demanda de trabalho ali existente. Quando projetamos a média da carga de trabalho fornecida pela pontuação NAS, averiguou-se que, este número é superior ao proposto pelo COFEN. Existe uma diferença importante entre o valor médio da equipe de enfermagem disponível com a equipe de enfermagem requerida para os cuidados intensivos tanto para atender a resolução do COFEN, bem como pela avaliação através da pontuação do NAS. **Conclusão:** O propósito deste estudo fundamentou-se na intenção de evidenciar a importância do dimensionamento de pessoal de enfermagem como instrumento gerencial com bases matemáticas e científicas. O estudo possibilitou pontuar a carga de trabalho existente na unidade onde foi aplicado o método. A amostra foi composta por RNs prematuros, com baixo peso de nascimento e, sobretudo graves e instáveis hemodinamicamente. Percebe-se que a unidade trabalha com 10,4% de enfermeiros necessários de acordo com o preconizado pelo COFEN. Salienta-se que a carga de trabalho encontrada no estudo sugere maior quantitativo de pessoal de enfermagem principalmente de enfermeiros, pois os resultados apontam para um elevado déficit deste profissional. Situação tal, que pode demonstrar que muitas atividades que deveriam ser desenvolvidas e executadas prioritariamente por enfermeiros, possivelmente estão sendo realizadas por pessoal de enfermagem de nível médio. O estudo sugere uma reflexão e readequação de profissionais da enfermagem no intuito de melhorar as condições de trabalho bem como as condições de assistência de enfermagem oferecida aos pacientes.

Palavras-chaves: carga de trabalho de enfermagem, NAS, dimensionamento da equipe de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

140 - A (re) organização familiar para a continuidade do cuidado à criança hospitalizada*

Tania Vignuda de Souza[†]
Damariz Barros de Albuquerque[‡]

Considerações iniciais: A experiência da hospitalização para a criança constitui uma situação traumática pela representação que assumem os significados de dor, sofrimento e dificuldades, na maioria das vezes incompreensíveis ao seu viver. As percepções e sentimentos deflagrados pelos estressores presentes no ambiente hospitalar geram na criança preocupações, medo e ansiedade, que são difíceis de enfrentar e resolver. A garantia do processo de crescimento e higidez mental da criança requer a satisfação de suas necessidades psico-afetivo-emocionais e a família constitui o universo onde a criança encontra subsídios para que este processo ocorra. A separação da criança de sua família durante a internação hospitalar pode acarretar, então, numa quebra no processo de crescimento e desenvolvimento devido à falta afetiva sofrida pela criança no decorrer deste período. O comprometimento transitório no elo afetivo criança-família associada aos sentimentos deflagrados pelos estressores existentes no ambiente hospitalar geram ansiedade que pode ser minimizada ao se permitir a presença de familiares junto à criança. Reconhecida como direito da Criança e do Adolescente desde a década de 90, pela Lei 8069 do Estatuto da Criança e do Adolescente é uma realidade há 19 anos. O que percebemos na prática, no entanto, é que quando a criança interna, muitas vezes quem permanece com a criança é a mãe e pressupõe-se que a mesma sofre não somente pela internação do seu filho, mas por que de um modo geral tem outros filhos no domicílio; muitas possuem empregos, deixam os companheiros sozinhos no cuidado domiciliar, entre outros. A doença e a hospitalização da criança e conseqüentemente a permanência do familiar/acompanhante no ambiente hospitalar acaba, portanto, afetando os outros membros da família, pois cria a necessidade de ajustes no seu funcionamento. Entende-se que quando a criança é hospitalizada ocorre temporariamente uma desordem familiar, pois surge uma nova dinâmica no ser da família e os papéis sociais são redistribuídos, visando um novo equilíbrio familiar. Por isso em qualquer situação de crise, assim como a gerada pela enfermidade da criança, podemos perceber que irá ocorrer uma alteração temporária na dinâmica da familiar. Diante desta situação, diversas questões começaram a surgir, tais como: Como a família se (re) organiza para atender as necessidades da criança hospitalizada? Quais os membros da família que participam dos cuidados à criança hospitalizada? Quais as implicações que a hospitalização da criança pode trazer para a mesma e para a sua família? Após tais questionamentos delimitou-se como objeto de estudo: a (re) organização da família frente à hospitalização da criança. No intuito de atender às questões norteadoras da pesquisa foram traçados os seguintes objetivos: Descrever os membros da família que participam do cuidado à criança hospitalizada; Analisar a (re) organização da família para atender as necessidades da criança hospitalizada; Discutir as implicações da hospitalização da criança para a mesma e sua

* Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança (NUPESC) como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ).

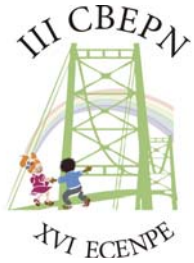
[†] Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ). Endereço: Rua Padre Peroneille, nº 273, Jardim América, Rio de Janeiro. CEP: 21240-280. e-mail: tvignuda@yahoo.com.br.

[‡] Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN/UFRJ.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

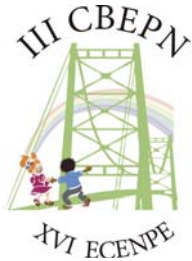
família. O presente estudo surgiu da necessidade de ampliar e aprofundar as discussões acadêmicas sobre a responsabilidade, influência e participação familiar nos cuidados de saúde à criança no hospital; se torna relevante por ampliar o número de pesquisas voltadas às implicações da permanência do familiar junto à criança e por tratar da (re) organização da família de crianças hospitalizadas sem desconsiderar a influência da instituição de saúde neste processo. Contribui para a reflexão das enfermeiras pediatras quanto a sua responsabilidade no suporte a família que se encontra no enfrentamento desta situação de crise além de contribuir para a possível melhoria das condições institucionais impostas às famílias para que consigam participar nos cuidados as suas crianças sem que isto tenha repercussões negativas ou indesejadas ao funcionamento familiar. Metodologia: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. O cenário é uma Unidade Pediátrica de Internação de uma Instituição pública de Ensino, Pesquisa e Assistência do Rio de Janeiro que atende crianças de 29 dias a 12 anos. O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição. Teve como sujeitos 10 familiares/acompanhantes de crianças que se encontravam internadas durante o período de coleta de dados (Dez/08 – Mar/09) e que aceitaram participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado conforme as normas da resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos foram identificados através da utilização de nomes de personagens de desenho animado. Foram excluídos da pesquisa os familiares/acompanhantes de crianças que estavam em estado terminal. Como procedimentos metodológicos foram utilizados: o formulário para a caracterização dos sujeitos, a entrevista semi-estruturada e a gravação em aparelho digital. As transcrições das falas na íntegra ocorreram após cada entrevista e as informações obtidas foram analisadas através da análise temática. A leitura do conjunto dos relatos permitiu a identificação de unidades temáticas, as quais foram denominadas: “família”, “mudança de vida”, “sentimento” e “estrutura hospitalar”. Resultados: Pelo fato da hospitalização da criança ser um evento inesperado para família constatou-se que ocorre a (re) organização dos papéis desempenhados pelos seus membros para que a família consiga prosseguir no enfrentamento desta situação. A predominância do acompanhamento à criança é feito pela mãe, seja sozinha ou revezando com outros membros da família. Verificou-se que além da mãe, a tia, o pai, os avós, o irmão ou prima dão apoio e contribuem para o acompanhamento a criança hospitalizada. Com exceção da mãe, os membros da família que possuem disponibilidade e desejo de cuidar é geralmente aquele que permanece com a criança durante a internação ou faz o revezamento com a mesma. Neste sentido, estes familiares fortalecem este binômio mãe-filho para o enfrentamento desta situação de hospitalização. Nos casos em que a interação entre os familiares, anterior à doença e a hospitalização, já estejam comprometidas, pela fragilidade dos vínculos afetivos entre os seus elementos, a tendência de distanciamento gera crise para o relacionamento entre estes atores e acaba por prejudicar a sua (re) organização. Dentre as implicações da hospitalização da criança para a mesma e sua família verificou-se que a atenção exclusiva à criança enferma fragiliza emocionalmente as crianças que permanecem no domicílio, pois deixam de contar com a presença e cuidado de seus pais. Ainda no que se refere à atenção exclusiva à criança hospitalizada, ocorre o prejuízo no cuidado ao filho saudável ou mesmo do auto-cuidado do familiar/acompanhante. A doença e hospitalização da criança constituem ainda, ameaça de desemprego para os familiares frente ao atendimento das necessidades de cuidado de seus filhos. Apesar de gerar repercussões para a economia doméstica a demissão do emprego ou desempenho de atividade remunerada é uma estratégia adotada por alguns familiares/acompanhantes a favor do acompanhamento à criança no hospital. A demissão do emprego ou desempenho de atividade remunerada e a ameaça de desemprego constituem agravantes, uma vez que alguns familiares/acompanhantes referem a hospitalização como uma situação de aumento dos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

gastos extras. Ainda em relação as implicações da hospitalização da criança também puderam ser identificadas dificuldades impostas pela hospitalização na satisfação das necessidades do familiar/acompanhante; impossibilidade do familiar/acompanhante em organizar a sua vida social e mudança de residência do familiar/acompanhante. Pela vivência da hospitalização os familiares/acompanhantes recorrem à crença em um ser supremo para que possam se fortalecer no enfrentamento da doença e hospitalização da criança. Pelo mesmo motivo verifica-se a confiança depositada na equipe médica. Foi possível identificar ainda a apreensão dos familiares/acompanhantes quanto ao diagnóstico médico da criança, o sentimento de prisão em função do acompanhamento à criança e a tristeza dos pais que estão acompanhando diretamente o filho e dos familiares que sofrem com o deslocamento da criança e do familiar significativo para o hospital. Verificaram-se as dificuldades impostas aos familiares/acompanhantes pela inadequação da estrutura física hospitalar para acomodá-los e o aumento do tempo de internação da criança e conseqüentemente de permanência de seu familiar/acompanhante pelo não cumprimento do dever do Poder Público em fornecer os recursos necessários para a continuidade do cuidado a criança no domicílio. Por facilidades, foi possível identificar pelos relatos a existência da equipe de enfermagem na substituição da mãe quando esta tem que se ausentar. Considerações Finais: Apesar da predominância da mãe no acompanhamento da criança hospitalizada, em sua grande maioria existe o apoio dos outros membros da família para revezar com a mesma, tirando um pouco a sua responsabilidade de estar permanentemente com a criança doente. Neste sentido, com todo sofrimento, a família que se encontra com as relações interpessoais saudáveis consegue enfrentar suas dificuldades com mais força e menos sofrimento, repercutindo de maneira saudável em relação à criança hospitalizada. Contudo, é necessário que os familiares/acompanhantes sejam ouvidos e apoiados pela instituição no que se refere ao seu auto-cuidado; infra-estrutura adequada para sua permanência e principalmente tenham o bom senso de ajudá-los a enfrentar a fragilidade emocional às crianças saudáveis que permanecem no domicílio. Esta situação deve ser reforçada quando as relações intra-familiares são conflituosas, pois o familiar/acompanhante, neste caso, a mãe, permanece sem qualquer apoio.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, família, criança hospitalizada.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

141 - Ações de extensão: experiência com crianças que tem HIV/AIDS e seus familiares/cuidadores

Tassiane Ferreira Langendorf*
Maressa Claudia De Marchi[†]
Érika Éberline Pacheco dos Santos[‡]
Stela Maris de Mello Padoin[§]

Introdução: a magnitude da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) no Brasil é evidenciada pelos casos notificados, que refletem as mudanças quantitativas e qualitativas que se operaram no perfil epidemiológico e clínico. Entre 1980 e 2008, foram notificados 506.499 casos de aids, sendo que 418.770 correspondem a pessoas na faixa etária acima de 13 anos de idade. As mulheres em idade reprodutiva, com potencial para a transmissão vertical do HIV, corresponderam a 116.667 casos. E, os casos de aids em menores de 13 anos totalizaram 13.728¹. Além da questão epidemiológica, a problemática da aids envolve as dimensões biológica-sócio-política da vida das pessoas infectadas. A dimensão biológica apresenta as demandas clínicas do processo de infecção e adoecimento². A condição sorológica das crianças HIV/aids resulta em demandas de necessidade especial de saúde como o seguimento ambulatorial de crescimento e desenvolvimento, clínico e terapêutico. **Objetivos:** descrever a experiência acadêmica de acompanhamento multidisciplinar de crianças que tem HIV/AIDS e seus familiares/cuidadores no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. **Caminho percorrido:** as ações estão organizadas em dois projetos de extensão no Hospital Universitário de Santa Maria/RS, os quais envolvem as crianças que tem HIV/aids e seus familiares/cuidadores. O projeto de extensão “Acompanhamento multidisciplinar de crianças que convivem com HIV/aids e seus familiares e/ou cuidadores”, denominado pelos cuidadores de Grupo Anjos da Guarda teve início em 1998 e realiza atividades de cuidado em grupo com os familiares das crianças soropositivas³. Em 2000 teve início as ações voltadas as crianças com HIV/aids na brinquedoteca ambulatorial, com o projeto de extensão “Lúdico e educação: uma proposta para humanizar o cuidado de enfermagem às crianças que convivem com HIV/aids”, denominado pelas crianças de Cantinho Mágico⁴. O acompanhamento ambulatorial das crianças que tem HIV/aids acontece em dois dias na semana. No Cantinho Mágico, as crianças desenvolvem atividades lúdicas que minimizam a insegurança, medo e sofrimento gerados pela avaliação da saúde no seguimento ambulatorial. Enquanto as crianças desenvolvem atividades lúdico-educativas, seus familiares/cuidadores participam do Grupo Anjos da Guarda, juntamente com os profissionais, docentes e discentes em atividades curriculares e bolsistas de enfermagem⁵. Os encontros duram, em média, uma hora, dependendo da singularidade e das necessidades das pessoas envolvidas. Eles ocorrem no período que antecede às consultas ambulatoriais. **Relato e discussão das ações:** observa-se que um ambiente estruturado estimula a ação lúdica na instituição hospitalar, potencializa a promoção da saúde com as próprias crianças, influi nas formas de interação e no tipo de

* Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS. Bolsista de Iniciação Científica – FAPERGS.

† Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS. Bolsista de Iniciação Científica – FIPE/UFSM.

‡ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS. Bolsista de Extensão – FIEX/UFSM.

§ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente no Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

brincadeiras. É um recurso efetivo como fator de proteção, além de possibilitar uma continuidade satisfatória no curso do desenvolvimento infantil, estimular a resiliência da criança e promover seu processo de autonomia para um cuidado de si diante de suas necessidades especiais de saúde⁶. Outra estratégia de aproximação das crianças e construção de uma imagem hospitalar acolhedora é comemorar as datas festivas, isso também oportuniza aos estudantes ampliar conhecimentos, diversificar possibilidades de promoção da saúde e estimular a criatividade⁷. As crianças expressam a importância do Cantinho Mágico no acompanhamento ambulatorial por meio de atitudes e depoimentos. Referem que antes não gostavam de ir ao hospital e agora esperam pela próxima consulta para poder brincar nesse espaço infantil. Portanto, os recursos e atividades lúdico-educativas mostraram-se efetivas no atendimento às crianças, facilitando a expressão de sentimentos e a aquisição de conceitos relacionados ao contexto hospitalar⁸. O grupo Anjos da Guarda caracteriza-se de maneira dinâmica e interativa, em que os familiares e/ou cuidadores tem a possibilidade de apresentar suas vivências, necessidades e dúvidas de sua realidade clínica-social, mediadas pelo diálogo. Proporciona a construção de vínculos entre o serviço de saúde e o familiar/cuidador, mediado em possibilidades de intervenções e estratégias necessárias para minimização do desgaste que a infecção causa na vida da criança e em seu familiar/cuidador. Alguns assuntos abordados nos encontros são recorrentes, dentre eles estão: a revelação do diagnóstico; adesão ao tratamento; alimentação infantil; o convívio familiar; a inserção social; direitos e deveres; o enfrentamento da discriminação entre outros. Quanto a revelação do diagnóstico observa-se o silêncio, no qual os familiares adiam esse momento o máximo possível, pois na maioria das vezes não se sentem preparados e encorajados o suficiente para tal⁹. A adesão ao tratamento configura a manutenção da saúde da criança. Os familiares e/ou cuidadores expressam que, apesar do acesso gratuito aos medicamentos, enfrentam dificuldades no dia-a-dia como: adaptação da prescrição ao cotidiano medicamentoso³, efeitos colaterais, recusa das doses, administração ao tratamento, entre outros. A abordagem sobre alimentação infantil também é fundamental, uma vez que a impossibilidade de amamentação das mães soropositivas para o HIV emergem inquietações e dor¹⁰. Além disso, o despreparo dos pais em relação a nutrição da criança pode ser um risco para infecções e desnutrição. O convívio familiar apresenta dificuldades decorrentes da revelação e/ou do silêncio do diagnóstico¹¹, pois enfrentam situações em que há atitudes de não aceitação da condição sorológica entre a própria família, seja nuclear ou estendida, o que limita a rede de apoio. O que implicará na situação de não poder contar com a ajuda dessas pessoas para compartilhar as demandas do cuidado a criança. Na questão social elenca-se a inserção da criança que tem HIV/aids e sua família na sociedade. Os familiares e/ou cuidadores relatam no grupo o enfrentamento de discriminação e preconceito quanto a inserção e manutenção das crianças nesses espaços de educação que lhes são de direito. Procura-se esclarecer aos familiares e/ou cuidadores quanto aos seus direitos e deveres³, como o direito de frequentar uma escola ou creche, realizar seu tratamento de maneira digna, e também o dever de estar realizando o seu acompanhamento clínico com seriedade e compromisso, entre outros. Quanto a discriminação, observa-se que esses indivíduos, ao serem segregados socialmente, vivenciam um sofrimento para além da doença, pois deparam-se com um impedimento de exercer sua cidadania, são privadas de seus direitos e de sua necessidade de relacionar-se com os pares. Sendo assim, o diálogo grupal oportuniza compreender as interfaces temáticas relacionadas ao contexto da epidemia, bem como a troca de vivências e experiências entre os participantes, a partir da construção coletiva do conhecimento permeado pelo respeito, comprometimento com o sigilo da identidade das pessoas envolvidas, do diagnóstico e das histórias compartilhadas^{12,13}. Com isso, o Grupo Anjos da Guarda e o Cantinho Mágico são estratégias para abordar a educação em saúde no contexto hospitalar. **Conclusão:** as ações desenvolvidas no grupo Anjos da Guarda com familiares/cuidadores e no Cantinho Mágico



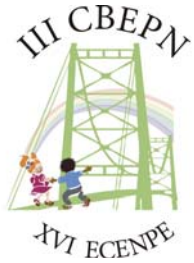
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

com as crianças que tem HIV/aids possibilitam uma assistência integral e humanizada. A partir das ações realizadas, viabiliza-se o fortalecimento da assistência prestada a criança, por meio do vínculo entre os profissionais do serviço e as crianças/familiares/cuidadores, o que resulta em uma melhor visualização das necessidades referentes a adesão ao tratamento, entre outras. Esses momentos de troca de vivências proporcionam autonomia e instigam a busca por seus direitos a cidadania diante do processo de adoecimento. Assim, acreditamos na importância desses cenários, o espaço lúdico com características que aproxima a criança do mundo infantil de modo a torná-la mais motivadas e descontraídas, e o espaço grupal que auxilia no esclarecimento das necessidades e dúvidas dos familiares/cuidadores das crianças que tem HIV/Aids. A contribuição desses grupos convergem à tríade: ensino, pesquisa e assistência. No ensino: estimula a autonomia dos estudantes no planejamento e desenvolvimento das ações. Além de encaminhá-los à continuidade na qualificação profissional. Na pesquisa: na formação, qualificação dos profissionais proporcionando o aprendizado de diferentes técnicas de investigação e comprometimento de profissionais e estudantes, promovendo aproximação entre ensino e assistência. Na assistência: os resultados provenientes das ações desenvolvidas no serviço de saúde retornam para essas instâncias, qualificando o cuidado e comprometendo essas instituições na continuidade das ações à sociedade. Conclui-se que este percurso foi possível, por ter a educação em saúde como eixo transversal das ações do Programa. Seja nos projetos de extensão, de ensino, ou de pesquisa, as ações partem do conhecimento que o sujeito possui, coerente à realidade sócio-econômica-histórica-cultural das pessoas, famílias e sociedade. Visa à promoção da saúde e da cidadania, mediada pela troca de conhecimentos e experiências entre os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, nos diferentes cenários de atuação.

Palavras-chave: saúde da criança, enfermagem materno-infantil, síndrome da imunodeficiência adquirida, educação em saúde.

Referências:

1. Brasil. PN-DST/Aids. Boletim Epidemiológico. Brasília(DF); 2008.
2. Brito AM, Castilho CA, Szwarcwald IL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop 2000 mar-abr; 34: 207-17.
3. Paula CC, Schaurich D. O cuidado em grupo oportunizando vivências com familiares e/ou cuidadores de crianças que (con)vivem com o HIV/aids. In: Padoin SMM; Paula CC; Schaurich D. Experiências interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: UFSM, 2006. p. 303-20.
4. Mostardeiro SCTS, Fontoura VA da. Atividade lúdica no mundo do hospital: um cantinho mágico para as crianças que convivem com HIV/aids. In: Padoin SMM; Paula CC; Schaurich D. Experiências interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: UFSM, 2006. p. 225-34.
5. Paula CC, Zinn L, Ravelli APX, Motta MGC da . Cuidado de enfermagem na aventura do desenvolvimento infantil: reflexões sobre o lúdico no mundo da criança. Cogitare Enfermagem 2002 jul-dez;7(2):30-4.
6. Carvalho AM, Begnis JG. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. Psicologia em estudo 2006 jan-abr; 11(1): 109-17.
7. Frota MA, Gurgel AA, Pinheiro MCD, Martins MC, Tavares TANR. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. Cogitare Enferm 2007 jan-mar; 12(1): 69-75.
8. Aragão RM, Azevedo MRZS. O brincar no hospital: análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. Estudos de Psicologia 2001 set-dez; 18(3): 33-42.
9. Seidl EMF, Machado ACA. Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Psicologia em Estudo. Maringá 2008 abr-jun; 13(2): 239-247.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

10. Padoin SMM, Souza IEO. A ocupação da mulher com HIV/aids: o cotidiano diante da (im)possibilidade de amamentar. *JBDST*. 2006 dez; 18(4): 241-246.
11. Washholz NIR, Ferreira J. Adesão aos antirretrovirais em crianças: um estudo de prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Publica* 2007 ; 23(3sup):5424-34.
12. Mota KAMB, Munari DB. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. *Rev Eletrônica Enferm* 2006 jan-abril; 8(1):150-161.
13. Zimermann DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. 2 ed. Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 2000.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**142 - Familiares, crianças e equipe de enfermagem: relações interpessoais em
uma unidade oncológica**

Tassiane Ferreira Langendorf*
Raquel Pötter Garcia†
Stela Maris de Mello Padoin‡
Aline Bin§

Introdução: a palavra câncer, por si só, é responsável por causar impacto a quem a ouve, traduzindo-se a desespero e desorientação quando há confirmação do diagnóstico. Tratando-se de crianças portadoras dessa doença, os sentimentos gerados por ela demonstram-se intensificados, pois há um planejamento de construção do futuro desde a infância. As neoplasias pediátricas, do ponto vista clínico, são mais invasivas e crescem de maneira rápida, e também apresentam um menor período de latência. São representadas numericamente por 0,5% e 3% do câncer na maioria das populações¹. O câncer infantil promove um pensamento de inversão na ordem natural dos acontecimentos da vida, suscitando o receio da morte precoce da criança. A apresentação dessa nova realidade, envolvendo doença e o sofrimento que a acompanha, proporciona insegurança e medo à criança e seu/sua familiar cuidador/a². Dentro desse contexto, a equipe multiprofissional poderá ser o ponto de referência para esses indivíduos, principalmente a equipe de enfermagem, pois é quem se mantém próximo à criança e ao/a cuidador/a diariamente. A atenção cedida pela enfermagem tem papel significativo no processo de adaptação da criança enferma e seu familiar às mudanças exigidas pela doença. Isso porque esses profissionais têm a oportunidade de participar dessas adequações à medida que acompanham esse período adaptativo. Em estudos recentes, a qualidade do cuidado prestado pela equipe é avaliada por meio da confiança, da acessibilidade, da comunicação, da experiência profissional e do oferecimento de informações sobre a doença e tratamento³. Também se julga imprescindível a construção de uma relação afetiva entre profissionais/familiares/pacientes, possibilitando a constituição de uma relação de vínculo e assim promover o auxílio à criança e ao familiar no enfrentamento dessa nova trajetória de vida. **Objetivos:** relatar as experiências de acadêmicas do Curso de Enfermagem, em Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica de um hospital de uma cidade no interior do Rio Grande do Sul (RS). **Caminho percorrido:** as reflexões se deram a partir da experiência do desenvolvimento de bolsa remunerada na unidade em questão. Essas decorrem de observações realizadas junto a equipe de enfermagem, criança e cuidador/a com foco na relação interpessoal. Em um primeiro momento se fez necessária a aproximação entre as acadêmicas e as/os profissionais, a fim de que se estabelecesse uma parceria na realização da assistência prestada. O segundo passo consistiu-se em estabelecer uma relação de confiança com as crianças e acompanhantes, para que assim pudesse ser observado diretamente como se caracteriza as relações entre esses e

* Autora. Relatora. Acadêmica do 6º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Bolsista FAPERGS. End: Avenida Roraima n°1000, Cidade Universitária, Bairro Camobi; Centro de Ciências da Saúde (CCS), Santa Maria/RS. E-mail: tassi.lang@gmail.com

† Autora. Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, saúde e enfermagem da UFSM. E-mail: raquelpotter_@hotmail.com

‡ Autora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. E-mail: padoinst@smail.ufsm.br

§ Autora. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. E-mail: linebin@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

equipe. O fortalecimento da proximidade com os pacientes e cuidadores/as foi significativo e construído gradativamente, por meio da atenção cedida, procedimentos realizados e disponibilidade de informações associados à compreensão e carinho para com essas pessoas.

Relato e discussão da prática desenvolvida: observou-se durante o desenvolvimento da bolsa que a família está fortemente ligada ao processo saúde-doença e é por meio dela, principalmente, que são instituídos o bem-estar, a proteção e o carinho necessários para o enfrentamento da enfermidade. Reconhecer a dimensão biopsicossocial do ser humano e suas influências no processo saúde-doença, requer compreender a família como um grupo social formado por seres humanos unidos com objetivos particulares, com coresponsabilidades, possuindo relacionamentos significativos que podem ser laços de consangüinidade, de amizade, de afetos ou laços emocionais fortes como o amor, e que, estando inseridos e interagindo em uma sociedade e cultura, criam e transmitem valores para seus membros. O universo familiar é uma experiência existencial vivenciada, influenciada e compartilhada por todos os seus componentes e que, em determinadas situações, poderá ter de reorganizar seu modo de viver para adaptar-se às alterações de, por exemplo, uma doença, e diante desta, vivenciar conflitos e distintos sentimentos. Sendo a família percebida como um valor, poderá ser um ambiente de suporte para criança, pois, além de suas características de grupo social, também representará fonte de compreensão, encorajamento, disponibilidade, diálogo, amor e solidariedade⁴. Quando familiares e crianças estão no ambiente hospitalar, esse poderá proporcionar experiências traumáticas, principalmente na criança, isso porque a afasta de sua vida habitual, do seu mundo familiar e promove um confronto com a dor e a limitação física⁵⁻⁶. Diante disso, com intuito de acolher a criança e seu cuidador/a, o cuidado poderá se estruturar na tomada de decisões e na execução de atividades que integrem a família durante a hospitalização, buscando uma interação e auxiliando na recuperação do doente. Dessa forma, pode ser visualizado que a equipe de enfermagem da unidade insere o familiar em todo o processo de passagem da criança pelo hospital, visando a promoção de um ambiente seguro e (re)conhecido pela mesma. A intenção é que as experiências vivenciadas pela criança doente não se tornem traumáticas e vistas como um castigo, mas sim cuidados prestados para a plena recuperação e volta para casa o mais breve possível. É importante descrever ainda que pelo câncer se tratar de uma doença incerta e que, muitas vezes, necessita de internações prolongadas e reinternações seguidas, evidencia-se que ocorre uma quebra do cotidiano familiar. Tal quebra se dá pelo fato de serem impostas limitações ao estilo de vida da criança e, por consequência, de seus cuidadores. Diante disso, torna-se visível a relevância da criação do vínculo, possibilitando a realização de ações que preconizem as individualidades e singularidades de cada ser humano, somados à associação de saberes dos profissionais de saúde e dos familiares. A conquista dessa relação permite a ampliação da eficácia nas ações de saúde e o favorecimento a participação do cuidador/a durante o processo saúde-doença, identificando-se como parte essencial na recuperação da criança enferma. O vínculo amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do cuidador/a durante o processo saúde-doença, por se identificar como parte essencial na recuperação. Acredita-se que a escuta e o diálogo deverão mediar as relações entre os seres na família e entre o familiar/cuidador/a, e os profissionais dos serviços sociais, de educação e de saúde, os quais poderão fortalecer a família como um ambiente de suporte, ao se responsabilizarem pela informação responsável, pela educação, pela oferta de possibilidades, no intuito de que cada pessoa desenvolva suas potencialidades para ser mais⁷.

Considerações finais: a partir das vivências relatadas durante o desenvolvimento da bolsa remunerada, pode-se identificar a multiplicidade de fatores que podem interferir positiva ou negativamente na condução do tratamento de crianças portadoras de câncer. Compete à enfermagem buscar o entrosamento entre equipe/família/paciente, promovendo a inserção dos cuidadores no contexto do doente para



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

que essa união se reflita de maneira benéfica no tratamento. Além disso, muitas crianças possuem experiências e sentimentos negativos associadas a internações hospitalares, sendo essa potencializada durante procedimentos realizados por profissionais da saúde. Assim, esses sentimentos poderão interferir na assistência prestada, no entanto, acredita-se que por meio da relação de confiança e carinho que é construída diariamente entre profissional/paciente possa ser possível contornar tal situação. São essas superações que contribuem para o envolvimento, dedicação e auto-ajuda do paciente em querer vencer a batalha instituída contra o câncer. Evidencia-se ainda a relevância de substituir a assistência ao paciente ainda calcada no modelo biomédico. O que se almeja é a atenção integral à criança e ao familiar que a acompanha.

Palavras-chave: enfermagem; oncologia; pediatria; família.

Referência:

- 1 Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2008, Incidência de Câncer no Brasil. 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em: 26 de agosto de 2009.
- 2 Valle, ERM. Psico-oncologia Pediátrica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- 3 Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VH, Lima RAG. Crianças com câncer e suas famílias. Revista da Escola de Enfermagem USP. 2005; 39(4):469-74.
- 4 Padoin SMM. A possibilidade de integrar a família ao cuidado. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA. Experiências interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia. Santa Maria:edUFSM, 2006.
- 5 Mitre RMA, Gomes RA. Promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Ciências & Saúde Coletiva. 2004; 9(1):147-154.
- 6 Favero L, Dyniewicz AM, Spiller APM, Fernandes LA. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência. Cogitare Enfermagem. 2007; 12(4):519-524.
- 7 Paterson J, Zderad L. Humanistic Nursing. New York: National League for Nursing, 1988.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

143 - Crianças com osteogênese imperfeita: diagnósticos e intervenções de enfermagem

Ana Carolina de Carvalho Ferreira*

Auxiliadora Silva de Assis[†]

Lílian Castro Padela[‡]

Vânia Lúcia Neves de Sá[§]

Introdução: A osteogênese imperfeita designa um grupo de doenças hereditárias heterogêneas do tecido conjuntivo caracterizadas por defeitos ósseos. A função e a estrutura do colágeno tipo I está afetada, representante de 90% do colágeno tecidual total, e por 70% a 80% do peso seco dos tecidos densos que formam o sistema músculo esquelético. A partir da Classificação Internacional de Doenças, o CID, e da especificação pelo SINASC em suas notas técnicas, o grupo “Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular” compreende desde o CID Q67 até o CID Q79. A Osteogênese Imperfeita (OI) é classificada com o CID 78.0, sendo portanto o grupo acima citado utilizado para este estudo. No estado Rio de Janeiro, os dados mostram uma variação de 1,49% (2000) até 1,93% (2006) de nascidos vivos com anomalia congênita, sendo 24% (2000) e 34,1% (2005) os índices mais altos de malformação congênita do aparelho osteomuscular neste período. As crianças com diagnóstico de OI são submetidas à várias internações decorrentes da gravidade inerente à patologia, aos tratamentos à que são submetidas, necessitam de cuidados especiais da equipe de saúde e da família, que minimizem o sofrimento e propiciem qualidade de vida. A partir de 2002, o tratamento medicamentoso iniciou-se em instituições de referência, pré-aprovadas na portaria 2305/01 – MS. No caso do Rio de Janeiro, o Instituto Fernandes Figueira IFF/FIOCRUZ é, atualmente, a única Instituição deste estado que pode fazer esse papel. Através de marcação prévia, a internação ocorre em ciclos de 04 meses com duração de 03 dias – num total de 03 tratamentos ao ano – para a infusão diária da medicação, em aproximadamente 03 horas. A motivação do estudo surge da observação do nosso cotidiano como enfermeiras que cuidam de crianças com OI, percebemos que a equipe de enfermagem não exerce um cuidado sistematizado a estas crianças. No entanto é parte integrante da equipe de saúde e executa a maioria dos cuidados e procedimentos para otimização do tratamento nessas crianças. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) parece representar a alternativa de adequação do papel do enfermeiro. Entre as etapas da SAE, o diagnóstico de enfermagem (DE) tem recebido maior atenção dos profissionais da área, uma vez que a formulação adequada direciona o planejamento e avaliação do cuidado. **Objetivos:** Com o propósito de valorizar as especificidades inerentes ao cuidado da criança com OI pela equipe de enfermagem descrevemos os seguintes objetivos para o estudo: caracterizar as especificidades do tratamento à criança com osteogênese imperfeita e descrever os diagnósticos e intervenções de enfermagem específicas a criança com osteogênese imperfeita. **Metodologia:** Este estudo consiste em um relato de experiência das enfermeiras de um hospital Federal de referência no tratamento de crianças com Osteogênese Imperfeita, com o intuito de socializar e subsidiar a troca de conhecimento dentro dessa temática. Para elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem nos baseamos no conhecimento

* Enfermeira residente do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/IFF/FIOCRUZ. Estrada Washington Luiz, nº 1956, fundos, Sapê – Niterói, RJ, CEP: 24315-375. E-mail: jacau@ig.com.br.

[†] Enfermeira Especialista em Enfermagem Pediátrica da Unidade Intermediária do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/IFF/FIOCRUZ. Membro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança da EEAN/UFRJ.

[‡] Enfermeira residente do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/IFF/FIOCRUZ

[§] Enfermeira Especialista em Enfermagem Pediátrica da Unidade Intermediária do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/IFF/FIOCRUZ.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

empírico, articulado com o referencial teórico sobre OI e os diagnósticos de enfermagem propostos por NANDA. **Resultados:** Como diagnósticos e intervenções no caso da Osteogênese Imperfeita temos: 1)Atraso no crescimento e no desenvolvimento: está relacionado à capacidade física comprometida e a dependência secundária a deficiências musculoesqueléticas. Para as intervenções de enfermagem desse diagnóstico deve-se proporcionar um ambiente favorável para a estimulação da criança, como, por exemplo, brinquedos e/ou desenhos. 2)Mobilidade física prejudicada: está relacionada à diminuição da força e da resistência secundária a deficiência musculoesquelética (fratura). Como intervenções de enfermagem deste diagnóstico deve-se estimular a deambulação e mobilidade no leito permanente, sem esquecer-se da possibilidade de ocorrência de fratura, visto que a prevenção de possíveis lesões é o melhor tratamento para a fragilidade óssea dessas crianças. Fornecer meios para a deambulação como muletas ou cadeira de rodas. Como subtipos desse diagnóstico temos a capacidade de transferência prejudicada, deambulação prejudicada e mobilidade no leito prejudicada. 3)Risco para lesão: relacionado à alteração na mobilidade. As intervenções necessárias são permanecer com grades elevadas no leito, auxiliar e/ou acompanhar em caso de transferências e transporte. Além disso, atentar para o manuseio desta criança, já que a possibilidade de fratura é eminente. Como subtipos desse diagnóstico temos risco para quedas e risco para trauma. 4)Risco para infecção: relacionado ao comprometimento das defesas do hospedeiro. A enfermagem deve monitorar os sinais flogísticos no sítio de inserção do cateter venoso periférico, proporcionando a troca de punção no primeiro sinal, fazer a lavagem das mãos meticulosa e respeitar as medidas de isolamento, visando permitir que a internação curta seja somente para o tratamento e não acarrete nenhuma complicação hospitalar. 5)Risco para desequilíbrio na temperatura corporal e débito cardíaco diminuído relacionados à infusão de medicação parenteral – pamidronato dissódico – como tratamento da Osteogênese Imperfeita. O enfermeiro deve proporcionar uma monitorização contínua dos sinais vitais, de traçado cardíaco e saturação de oxigênio desde momentos antes da infusão medicamentosa até momentos depois do término da mesma, visando possibilitar dados reais da ocorrência de complicações em detrimento do uso dessa medicação, possibilitando a interrupção da infusão e correção dos problemas antes do agravamento dos mesmos. **Conclusões:** A consequência dos defeitos na Osteogênese Imperfeita é um conjunto de alterações fisiopatológicas no colágeno que proporciona um osso muito alterado, proporcionando uma tríade de manifestações clínicas determinada por ossos frágeis, escleras azuis e surdez precoce. O tratamento tem características específicas de doença crônica como o apoio psicológico, a reabilitação física ativa e o tratamento medicamentoso que inibe a reabsorção óssea: pamidronato dissódico (endovenoso) ou o alendronato sódico (oral). Por se tratar de um processo novo nesta doença, pouco se tem na literatura acerca de possíveis reações adversas e aos cuidados de enfermagem. Como enfermeiras do Instituto Fernandes Figueira e, assim, tendo experiência na admissão e no acompanhamento durante a internação destas crianças, pode-se concluir a necessidade de atentar para o acompanhamento do crescimento/desenvolvimento dessa criança, prevenção de lesões/traumas pelo estado de fragilidade óssea, prevenção de infecções, além da monitorização contínua durante a infusão do pamidronato dissódico, minimizando complicações e conseqüente aumento de tempo de internação no Hospital. O uso do diagnóstico de enfermagem tem sido uma necessidade cada vez mais emergente para a profissão. Nesse sentido, nossa atuação no caso de uma criança com osteogênese imperfeita em unidade de internação hospitalar reflete a importância de traçar os diagnósticos mais comuns e suas respectivas intervenções de enfermagem com a finalidade de qualificar a nossa assistência através do atendimento específico de sua condição.

Palavras-chave: criança, osteogênese imperfeita, diagnósticos de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

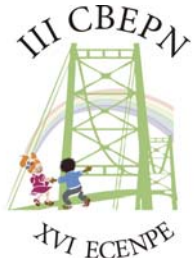
144 - Reflexão sobre assistência de enfermagem diante da morte em pediatria

Angélica Teresa Biral*
Ione Corrêa†

Introdução - Com os avanços tecnológicos os profissionais de saúde lutam-se pelo prolongamento da vida. Sendo assim a morte foi transferida para os hospitais, ficando o moribundo privado de seu convívio familiar e deixado com pessoas estranhas, sem muitas vezes ter suas necessidades atendidas. No ambiente hospitalar encontramos um notável número de pacientes, entre eles as crianças, e para atender esta clientela à enfermagem precisa estar preparada para acolher e cuidar das crianças e suas famílias, identificando as reações e atitudes que estes apresentam diante da morte. **Objetivo:** Realizar uma reflexão sobre a assistência de enfermagem a família diante da morte da criança hospitalizada. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva dos elementos que tomam parte deste fenômeno. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2009, utilizando ficha para busca de informações referentes a publicações, as quais nos permitirá realizar reflexão sobre o tema em estudo. Na busca dos artigos foi utilizado o seguinte descritor: morte na infância, enfermagem pediátrica e hospitalização no período de 1980 a 2009, através dos bancos de dados: LILACS, MEDLINE, SCIELO, ATHENA e GOOGLE no idioma português e inglês, apresentado em artigos. **Resultados:** Foram encontrados 60 artigos sobre morte, sendo que destes apenas 37 falam da assistência prestada à equipe de trabalho e a família diante da morte. Para análise dos dados os artigos que responderam o objetivo da pesquisa foram lidos na íntegra. Percebemos que dos 37 artigos analisados 28 tem como enfermeiro em sua autoria, seguido de psicólogo perfazendo um total de sete. Sendo que a maioria das publicações se deu em 2006. **Conclusão:** Concluimos a partir da literatura levantada nestes artigos que há uma reflexão no contexto da morte, sendo esta considerada a última etapa da vida, portanto poucas vezes se pensa nela, negando a certeza de que algum dia iremos enfrentá-la. Isto acontece talvez pelo medo do desconhecido, pelo sentimento de perda, de afastamento de quem se ama. No entanto, é preciso encarar a morte como uma fase do processo existencial. Logo, a hospitalização e a morte de uma criança nos fazem refletir sobre a fuga de nossa existência, mesmo que a dor permaneça, é preciso ultrapassar o sofrimento para construir caminhos que contribuam para a busca de ideais de viver, então, atuar diante da morte é uma questão difícil, para os profissionais e, especialmente para as famílias, que tem em risco a vida de um filho, sendo a morte um evento natural em uma idade mais avançada; no entanto, o natural seria que os pais morressem antes dos filhos. E quando pensamos no cuidado de crianças terminais, o foco da assistência deve estar voltado ao paciente e sua família, sabendo que existe certa dificuldade para comunicar-se abertamente com a família, e que a morte é vista como um tabu difícil de ser abordada, onde o cuidado deve estar voltado ao conforto físico e emocional da criança e da família, nesse aspecto o vínculo estabelecido faz com que o cuidado da criança se torne menos técnico e mais humano, participar com a família a dor da perda poderá contribuir para abrandar o sofrimento do profissional. O alvo dos profissionais de enfermagem é fornecer recursos às famílias para que estas saibam labutar com diversas situações, sejam de estresse, tensões, problemas dentre outras. Os profissionais nem sempre

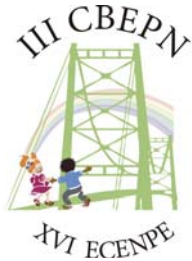
* Enfermeiro. Aluna da Pós-Graduação do Mestrado Profissional do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu -FMB/UNESP. angelbiral@hotmail.com

† Enfermeiro. Profª Drª do Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu -FMB/UNESP. icorrea@fmb.unesp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

tem as palavras certas, mas é necessário essa troca de informações com os familiares, especialmente de crianças hospitalizadas, e assim promover o elo do vínculo família e criança, ao se deparar com a morte a enfermagem passa a refletir sobre suas experiências pessoais, podendo construir uma postura diferenciada perante a família nessas situações, através do cuidado. Ao mesmo tempo, diante da morte da criança o profissional nota-se sem recursos para confortar a família; assim é preciso que a enfermagem se repositone diante da situação de morte, para poder ouvir e acolher a família em suas necessidades. Nessa perspectiva o cuidado esta incluso do nascer ao morrer, a destinação deste ato esta em; acalmar, facilitar, pois o restabelecer-se não é o limite, estando evidente também no processo de morte, além do preparo técnico, a enfermagem deve proporcionar também subsídios que possibilitem segurança ao prestar cuidados para que ofereça conforto emocional para a criança e a família, oferecer esse conforto, se faz em ajudá-los no momento de vazio, angústia e sofrimento, o que contribuíra para que o processo de morte seja mais ameno. Por fim, o cuidado voltado à criança hospitalizada, a família que vivência situações de doença e ou perdas e os profissionais de saúde envolvidos nesse contexto é um processo que está em construção; sendo uma possibilidade de confiança, única e feliz onde a família e os profissionais se completam.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

145 – Recém-nascido de baixo peso: natureza e tendência da produção científica

Caroline Sissy Tronco*
Stela Maris de Mello Padoin†
Cristiane Cardoso de Paula‡

A assistência em neonatologia vem se transformando devido a articulação ao rápido avanço tecnológico e à complexidade do cuidado às demandas de saúde do recém nascido (RN). Esse avanço colaborou com a sobrevivência neonatal nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)¹, o que implica na necessidade de conhecer as características do egresso da terapia intensiva neonatal para planejar e implementar o cuidado de enfermagem eficaz ao RN e sua família¹. Dentre os RN que necessitam de cuidados intensivos destacamos aqueles com baixo peso ao nascer, considerando ser o fator isolado que mais afeta a mortalidade neonatal. Somado ao impacto na morbimortalidade infantil, pois 60% têm no mínimo uma reinternação hospitalar até a idade escolar². Objetivo-se: 1) caracterizar as produções científicas na temática RN de baixo peso, no cenário da UTIN; 2) analisar sua natureza e tendência. Estudo de revisão com abordagem descritiva quanti-qualitativa. A busca bibliográfica foi desenvolvida na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os descritores: “recem-nascido baixo peso” *or* “recem-nascido muito baixo peso” *and* “unidades de terapia intensiva neonatal”. A população foi composta de 56 produções científicas. Os critérios de inclusão foram: artigos na temática RN de baixo peso, cenário da UTIN, com resumo completo disponível em suporte eletrônico, nos idiomas português, espanhol e inglês. Os critérios de exclusão: monografias, teses, dissertações, capítulo de livro, manuais e resumos em eventos, bem como artigos com resumo incompleto ou sem resumo disponível *on line*. O recorte temporal não foi predeterminado a fim de identificar a primeira produção científica nesta temática. A seleção dos artigos foi feita pela leitura dos títulos e dos resumos, compondo uma amostra de 39 resumos de artigos. Foi utilizada uma ficha de análise documental, composta pelas variáveis: ano de publicação, subárea de conhecimento, tipo de publicação, natureza e tendência. Sendo que natureza refere-se a classificação quanto ao foco da área temática e a tendência refere-se as contribuições e/ou recomendações que intenciona em seus resultados³. **Resultados:** A primeira produção data de 1983, sendo a única deste ano. Determinou-se uma distribuição quinquenal para a análise das produções: 1984-1988 (2,56%), 1989-1993 (12,82%), 1994-1998 (15,38%), 1999-2003 (20,51%), 2004-2008 (48,71%). Quanto às **subáreas:** medicina (64,10%), estudos multiprofissional (20,51%), enfermagem (5,12%), fisioterapia, fonoaudiologia, educação e psicologia (2,56% cada). Quanto ao **tipo** de estudo: pesquisas (76,92%), relato (15,38%) e estudo de revisão (7,69%). A natureza dos estudos teve maior concentração clínico-epidemiológica (87,17%), seguidos da sócio-cultural (7,69%) e política (5,12%). A **tendência** evidencia a assistência (74,35%), proteção (15,38%) e vigilância

* Enfermeira, docente do quadro temporário do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). endereço do relator: Rua José Bonifácio 2704 apto 201 Santa Maria/RS. email: carolinetronco@yahoo.com.br

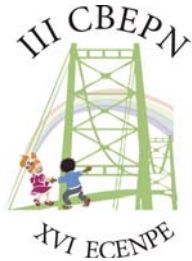
† Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS-UFSM/RS). stelamaris_padoin@hotmail.com

‡ Enfermeira pediatra. Doutora pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). cris_depaula1@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

(10,25%). Os estudos de natureza clínico-epidemiológica contemplam os fatores de risco do baixo peso ao nascer, morbidade e mortalidade neonatal, mais evidente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Os fatores de risco estão relacionados a precariedade do atendimento e da oferta de serviços públicos, tornando fatores evitáveis de comprometimento perinatal uma internação na UTIN⁴. Esses estudos enfocam as questões clínicas do RN de baixo peso, dentre as quais está a nutrição, tanto aleitamento materno quanto a alimentação artificial. O aleitamento materno em RN baixo peso necessita de uma atenção especial, pois essa prática para os bebês pré-termo é mais difícil de ser iniciada e mantida, visto que é um processo que requer uma avaliação criteriosa devido ao comportamento alimentar imaturo desse RN⁵. Os estudos de natureza sócio-culturais discutem as questões referentes às preocupações maternas como o medo e a ansiedade em acompanhar seu filho durante a internação na UTIN, a insegurança em relação à fragilidade clínica que o RN apresenta e as preocupações com o aleitamento materno, pois essas mães vivenciam situações peculiares, alterando seu cotidiano e modificando sua vivência e dinâmica familiar. Ocorrem profundas mudanças no modo de se relacionar dessas mulheres, pois passam a conviver com sentimentos de revolta, dúvidas, medo, tristeza e angústia que interferem não só na produção do leite e na manutenção láctea como na disponibilidade e desejo de amamentar. Soma-se o fato de que muitas das mães de RN de baixo peso não dispõem de rede de apoio formal e informal no processo de aleitamento materno⁶. Os estudos de natureza política apresentam aspectos bioéticos do cuidado, programas de intervenção psicológica que podem auxiliar as mães a superar o desgaste emocional que estão vivendo e políticas de redução da morbimortalidade, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança⁷. A tendência assistencial das produções científicas contribui com as rotinas de atendimento e cuidados prestados ao RN, como: manutenção da temperatura, cuidados com a pele, distúrbios respiratórios e gastrintestinais, controle rigoroso do peso, risco de infecção e nutrição, destacando as diferentes técnicas alimentares e a promoção do aleitamento materno. Os métodos diagnósticos, manejo das complicações, qualificação da equipe e utilização adequada de novas tecnologias, como o uso de incubadoras, de nutrição parenteral para aperfeiçoar o atendimento ao RN de baixo peso. A tendência de proteção evidenciou as questões bioéticas que envolvem a viabilidade desses RN. Mesmo com aprimoramento dos cuidados perinatais, como a recepção adequada na sala de parto, otimização dos cuidados iniciais ao RN e melhores técnicas de assistência ventilatória, tem-se que prestar uma assistência individualizada para a família no momento em que se percebe que o RN é inviável². O apoio durante a internação é uma fonte de segurança para os pais⁸, esses programas de apoio e o suporte psicológico para as famílias são formas de organização da sociedade, que possibilitam melhor adaptação às famílias nessa vivência. Produções que apontam a tendência de vigilância fundamentam-se nas notificações e nos sistemas de informação de saúde no que se refere à saúde dos RN. Esses instrumentos influenciam na avaliação das condições clínicas, principalmente o peso ao nascer e a idade gestacional a fim de reduzir as taxas de mortalidade neonatal, pois a morbimortalidade na maior parte das vezes é evitável com o uso de intervenções eficazes, exceto nos casos de prematuridade extrema e defeitos congênitos graves⁹. **Conclusão:** Evidenciou-se a concentração de produções no período 2004 a 2008, assim como os estudos de natureza clínico-epidemiológica que convergem com a subárea de conhecimento da Medicina, a qual se destacou devido à complexidade clínica que o RN apresenta. A subárea da Enfermagem pode intensificar seus estudos nessa temática, colaborando especialmente com a natureza sócio-cultural do cuidado a essa população específica. Observou-se que os avanços na atenção a saúde do neonato foram refletidos em aprimoramento dos cuidados. A implementação de novas tecnologias e a evolução do tratamento colaboram com a qualidade da assistência hospitalar. A identificação dos fatores de risco intensifica a prevenção do baixo peso



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

implicando em ações no pré-natal. Quanto ao contexto social e cultural observou-se a importância do apoio as famílias no enfrentamento dessa situação. Destaca-se a necessidade de investimentos em estudos que contemplem a promoção do aleitamento materno à essa população, visto estar contemplada na política pública de atenção humanizada ao RN baixo peso, pelas vantagens do leite materno nos aspectos nutricionais, imunológicos e de desenvolvimento.

Palavras-chave: recém-nascido de baixo peso, recém-nascido de muito baixo peso, unidades de terapia intensiva neonatal.

Referências:

1. Cabral IE, Silva FD. O cuidado de enfermagem ao egresso da terapia intensiva: reflexos na produção científica nacional de enfermagem pediátrica na década de 90. Revista Eletrônica de Enfermagem 2001; 3(2):1-20.
2. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
3. Paula CC, Cabral IE, Souza IEO. O adolescer com AIDS: tendências da produção científica e possibilidades na educação em saúde. Anais V semana de enfermagem da UFSM, 5: 173-5.
4. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riu MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2003; 11(4):539-43.
5. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. Esc Enferm Anna Nery Rev Enferm 2008; 12(1):19-24.
6. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. Rev Latino-am Enferm 2004; 12(4):597-605.
7. Vannuchi Mto, Monteiro CA, Rea MF, Andrade SM de, Matsuo T. Iniciativa hospital amigo da criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. Rev de Saúde Pública 2004; 38(3):422-8.
8. Araujo BBM, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freiriana. Rev enferm UERJ 2008; 16(2):180-6.
9. Castro, ECM. Morbimortalidade hospitalar de recém-nascidos de muito baixo peso no município de Fortaleza [dissertação] Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**146 - Repercussões psicológicas para a criança e família pós-internação em
unidade de terapia intensiva pediátrica: revisão integrativa da literatura**

Circéa Amalia Ribeiro*

Júlia Pers Pinto[†]

Myriam Aparecida Mandetta Pettengill[‡]

Introdução: A hospitalização em uma unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) tem sido descrita como uma experiência que provoca sofrimento à criança e sua família, podendo ser considerado um evento estressante que tem como consequência seqüelas emocionais temporárias ou permanentes em todos que a enfrentam. Neste cenário a criança é exposta a alterações sensoriais, de mobilidade, a privação de contato e a pessoas estranhas sem, no entanto, possuir desenvolvimento emocional e cognitivo suficiente para lidar com o estresse. Vários estudos no Brasil e no exterior demonstraram que, assim como a criança, os pais sofrem com a hospitalização do filho e tem o seu nível de ansiedade aumentado nesse período. No período pós hospitalização, os pesquisadores sugerem que a ansiedade continua e que os pais comunicam isso a criança podendo ter sua habilidade de cuidar afetada. A capacidade da família em prover cuidados que garantam a segurança da criança, também pode ficar comprometida nas situações em que seus responsáveis apresentem distúrbios psíquicos após a convivência com a condição crítica da saúde de seu filho. Assim, o enfermeiro deve estar preparado para minimizar esse risco e intervir quando essa condição for identificada. **Objetivo:** Identificar o conhecimento disponível na literatura científica acerca das repercussões da internação da criança em uma UTIP na sua saúde psíquica e na da sua família, após a alta. **Método:** Estudo de revisão da literatura do tipo integrativa, cujo método permite a inclusão simultânea de diversos tipos de pesquisas com a finalidade de aprofundar o entendimento acerca de um fenômeno. Foram pesquisados artigos publicados em base de dados da Literatura da Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Medical Literature and Retrieval System On Line (MEDLINE) e do National Library of Medicine (PubMed), de 1990 a 2008, por meio dos descritores “transtornos de estresse pós-traumático” e “unidade de terapia intensiva” associadas às palavras “criança” e “família”. Os estudos que investigaram exclusivamente aspectos fisiológicos foram descartados. **Resultados:** Foram selecionados doze artigos, todos de abordagem quantitativa, publicados em periódicos internacionais, sendo cinco americanos, três ingleses, dois canadenses e dois holandeses, todos desenvolvidos por enfermeiros. Os estudos aplicaram questionários e escalas em pais de crianças entre zero e dezoito anos que estiveram internados em unidade de terapia intensiva por doenças agudas clínicas e cirúrgicas, doenças congênitas e trauma. Os autores descrevem as distúrbios psíquicos de maior recorrência como: ansiedade, distúrbio de estresse pós-traumático (DEPT) e memórias irreais da experiência. Quanto à ansiedade os estudos verificaram que um grande número de pais apresenta ansiedade após a hospitalização, no entanto os sintomas diminuem com a alta hospitalar, mas permanecem aumentados no período de pós-

* Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Endereço: Rua Cipriano Barata, Nº 1451, Apto 194A, Bairro Ipiranga, São Paulo – SP, CEP: 04205-001, E-mail: caribeiro@unifesp.br

[†] Mestre em Ciências e Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela UNIFESP, Professora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo, SP.

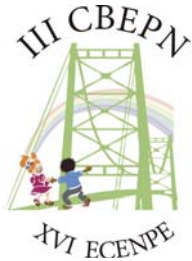
[‡] Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

hospitalização. Na criança também foi identificado sinais de ansiedade após a alta tais como não querer falar da experiência, medo do exame médico, irritabilidade e menor senso de controle da sua saúde. As medidas objetivas de gravidade da doença da criança não apresentaram relação com o nível de ansiedade dos pais. Em relação à DEPT, foram identificados apenas os sintomas na maioria das crianças e de seus pais, denotando um alto risco para o desenvolvimento do distúrbio, cujos fatores relacionados foram o tempo de permanência na UTIP; o nível de ansiedade durante a internação; a gravidade da criança no momento da admissão; e número de procedimentos invasivos que a criança foi exposta. Outro estudo que investigou as respostas psicológicas de crianças internadas em UTI após a alta constatou que as crianças mais jovens também apresentaram maior número de sintomas de DEPT tais como pesadelos, pensamentos frequentes acerca da hospitalização, alto nível de ansiedade. A desordem completa foi verificada em um número menor de pais, porém associada ao estresse da criança e do casal. Apenas em um estudo, os autores desenvolvem uma escala para a avaliação do estresse pós-traumático da criança que esteve internada em uma UTIP e sugerem ao enfermeiro utilizá-la, logo após a alta, como guia para a proposição de intervenção precoce. A outra desordem mais frequentemente encontrada corresponde às Memórias fantasiosas que a criança apresenta após a internação em UTI. Estas foram identificadas em 32% das crianças admitidas em UTIP e relacionadas ao tempo de uso de opióides durante a internação, e ao alto risco para desenvolver sintomas de DEPT. Os achados sugerem que a internação da criança em UTI influencia negativamente no funcionamento familiar tanto quanto a internação em unidade geral pediátrica, não foi encontrada relação entre a gravidade da doença e os efeitos negativos no funcionamento familiar. O nível de estresse dos pais parece interferir na percepção que ambos têm da coesão e funcionamento familiar, quanto maior o nível de estresse da mãe maior a percepção de disfunção na família. Embora revelem que a coesão familiar permaneça aumentada durante a hospitalização da criança, após a alta foi observado a diminuição da mesma. **Conclusão:** as evidências da literatura confirmam que a internação de uma criança na UTIP pode gerar alterações no estado psíquico da criança e de seus pais após a alta. Por sua vez, as desordens pessoais influenciam a percepção que os pais têm do funcionamento familiar que se mostrou comprometido após a hospitalização. Há um consenso, entre os autores, acerca da necessidade de seguimento da criança e da família neste período, e da realização de mais pesquisas que explorem a duração dessas desordens e as conseqüências dessa experiência para a unidade familiar. A família pode ser preparada ainda na hospitalização para aumentar sua capacidade de enfrentamento após a alta, assim como os serviços de seguimento da criança devem estar preparados para identificar os sinais de desordem psíquica que podem comprometer a saúde da família e de seus membros. Os dados obtidos até agora evidenciam a necessidade de se pesquisar a experiência da família e como essas desordens influenciam a administração das demandas do período após a alta hospitalar no qual a família começa a retomar as suas responsabilidades habituais aliadas ao cuidado de uma criança que esteve hospitalizada. Considerando que as desordens emocionais persistirão em um elevado número de crianças e pais que enfrentam a hospitalização, as políticas de saúde necessitam ser aperfeiçoadas para favorecer tanto a recuperação da criança como a da família que estão saindo de alta cada vez mais cedo e necessitam de suporte para fazer uma transição saudável nessa etapa da experiência de doença.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva; criança; complicações, transtornos de estresse pós-traumático.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**147 - Perfil epidemiológico do câncer em uma amostra de crianças atendidas no
Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná no ano de 2008**

Débora Fernanda Vicentini dos Santos*
Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla[†]
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[‡]

Introdução: O câncer infanto-juvenil, que acomete pacientes até 19 anos, é considerado raro quando comparado com os tumores do adulto, correspondendo entre 2% e 3% de todos os tumores malignos. Estimativa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o biênio 2008/09 revela que ocorrerão cerca de 9.890 casos por ano em crianças e adolescentes com até 18 anos de idade. A etiologia do câncer é multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais. Dessa forma, faz-se necessário que os registros de câncer disponham os dados de forma a permitir que eles sejam classificados por subgrupos etários e por morfologia tumoral. Dados relativos à incidência de câncer podem ser obtidos consultando-se os Registros de Câncer de Base Populacional, que vêm sendo implantados nas últimas décadas, atualmente, existem mais de duzentos registros como esses em todo o mundo, sendo 18 no Brasil. O principal componente na vigilância epidemiológica do câncer é representado pelo acompanhamento contínuo da incidência da doença regionalmente. A prevenção do câncer utiliza dados epidemiológicos que incluem frequência, distribuição, fatores de risco e eventos clínicos, com recidivas e óbitos. Para descrever a epidemiologia do câncer em uma população é necessário conhecer sua incidência, mortalidade e sobrevida. Os estudos baseados em registros populacionais são essenciais para medir o impacto do tratamento e do sistema de saúde do país ou região. Atualmente, as informações publicadas pelo Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba, especializado no atendimento a pacientes com câncer, para o período de 2000 a 2004, mostram que foram registrados 436 pacientes com idade entre 0 e 19 anos. Os pacientes pediátricos (menores de 15 anos) representaram 2,4% do total de casos admitidos e os pacientes adolescentes (entre 15 e 19 anos) representaram 1,5% do total. As neoplasias mais frequentes para os casos pediátricos foram leucemias (23,1%), linfomas (16,0%) e os tumores do SNC (13,1%). O perfil epidemiológico do câncer infantil em uma unidade de oncologia pediátrica de Salvador destaca 465 pacientes estudados, sendo que 57,8% eram do sexo masculino e os tipos de câncer mais frequentes foram as leucemias, seguidas pelos linfomas e osteossarcomas. Nessa unidade, 38,3% dos pacientes foram a óbito e 2,4% abandonaram o tratamento. Estudo brasileiro teve resultados semelhantes a outro realizado em São Paulo, sendo que ambos definem as faixas etárias pediátricas mais precoces (0 a 4 anos) como as mais propensas ao desenvolvimento de câncer, com exceção de linfomas, carcinomas e tumores ósseos, que predominam em crianças entre 10 e 14 anos. No que diz respeito à qualidade do diagnóstico e ao registro de óbitos, vale ressaltar que a causa específica do óbito, frequentemente, não é bem caracterizada e muitas vezes faltam informações médicas, gerando ainda informações imprecisas discordâncias sobre a validade das taxas de mortalidade específica ao câncer. O planejamento de medidas

* Enfermeira, Residente em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina. Av. Robert Koch, 1374 - apto 1- Londrina - PR devicentini@yahoo.com.br

[†] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto e Vice-coordenadora da Residência em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR.

[‡] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professor Assistente e Coordenadora da Residência em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR.



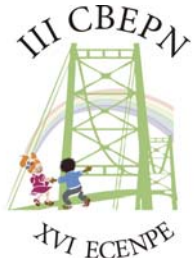
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

preventivas requer estudos epidemiológicos em diferentes áreas geográficas, os quais ainda são insuficientes para a definição de ocorrência, distribuição e fatores de risco da doença.

Objetivos: Desta forma e considerando a importância da pesquisa para a enfermagem oncológica, pretende-se, conhecer o perfil epidemiológico do câncer infantil das crianças atendidas no de 0 a 12 anos no ambulatório de quimioterapia do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná - HURNP em 2008. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa quantitativa, retrospectiva, descritiva. Os dados foram obtidos na base de dados do SAME – Estatística do HURNP. Londrina, a segunda cidade mais populosa do Paraná, está situada ao norte do Estado e será o único município considerado nesse estudo. Pelo recenseamento realizado em 2000, esse município possuía 447.065 habitantes, sendo aproximadamente 97% residentes em zona urbana. O HURNP, localizado nesse município, é um órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina - UEL, autarquia vinculada à Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Foi ativado em 1º de agosto de 1971 e trata-se de um centro de referência regional para o Sistema Único de Saúde - SUS, sendo considerado único hospital público de grande porte no norte do Paraná. O HURNP conta com uma média mensal de 1.150 internações e 12.000 atendimentos ambulatoriais, sendo o ambulatório de quimioterapia responsável por cerca de 2.455 atendimentos. Os critérios de inclusão no estudo foram: admissão no Ambulatório de Quimioterapia entre janeiro de 2008 e dezembro de 2008, possuir diagnóstico de câncer segundo CID-10, idade inferior a 12 anos, estar em fase de tratamento ou já tê-lo concluído na instituição supracitada. Os pacientes falecidos no período ou que abandonaram o tratamento também foram incluídos. Foram excluídos os pacientes com tumores benignos e doenças hematológicas, que também são atendidos no local. As informações necessárias para a realização do trabalho foram obtidas por meio da análise retrospectiva dos dados, seguindo-se os preceitos bioéticos.

Resultados: No ano de 2008 dos 212 pacientes atendidos no ambulatório de quimioterapia, durante o período de 2008, 53 pacientes foram de 0 a 12 anos (25%), 30 (56,6%) do sexo masculino e 23 (43,4%) do sexo feminino. A distribuição dos pacientes, de acordo com a faixa etária, foi a seguinte: nenhum era menor de 1 ano, 12 (22,5%) situavam-se na faixa etária de 1 a 4 anos, 29 (54,7%) tinham de 5 a 9 anos, 12 (22,5%) estavam na faixa etária de 10 a 12 anos. As leucemias foram o tipo de câncer mais freqüente, representando 41,5 % dos casos atendidos na instituição, sendo a leucemia linfocítica aguda (LLA) a mais prevalente. Entre os linfomas, o linfoma não-hodgkin foi responsável por 18,8% dos casos, a doença de Hodgkin ocorreu em 5,3% dos pacientes, seguido pelo tumor de burkitt, neoplasia maligna de tecido conjuntivo e tecido moles, neoplasia maligna de abdome, histiocitose de células de langerhans. Dos pacientes atendidos 3,5% foram a óbito neste período, sendo o linfoma não-Hodgkin a principal causa de óbito (40%), e as demais, em ordem decrescente, foram: leucemias, tumor de Burkitt, neoplasia maligna de abdome e linfomas. A maior freqüência dos óbitos (80%) ocorreu na faixa etária de 1 a 4 anos e em crianças do sexo feminino.

Conclusão: A realidade de Londrina, segundo o atendimento de pacientes portadores de tumores malignos no HURNP revela uma disparidade importante relacionada à incidência de tumores pediátricos no Brasil, com predominância da faixa etária escolar e a não incidência de tipos de neoplasia como o tumor de Wilms e tumores ósseos que ocupam a sexta e a oitava posição, respectivamente, no âmbito mundial. No que diz respeito à maior incidência de câncer pediátrico no sexo masculino, as leucemias como o tipo de câncer mais freqüente, e a incidência de linfoma não-Hodgkin mais alta do que a da doença de Hodgkin, os dados obtidos corroboram com a literatura nacional. Também o número de óbitos está de acordo o declínio importante a partir de 1960 na mortalidade das crianças acometidas pelo câncer, em especial as portadoras de leucemias, linfomas e tumores sólidos, apresentada em áreas desenvolvidas. Uma possível explicação para a não conformidade com a tendência mundial em alguns dados encontrados no estudo pode estar relacionado ao período adotado, assim



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

como as possíveis falhas nos registros. Destaca-se a necessidade de aprofundar e realizar novos estudos sobre o tema, afim de que possam contribuir para a epidemiologia do câncer infantil e associar medidas de prevenção e de promoção da qualidade de vida das crianças dessa área geográfica específica.

Palavras-chaves: câncer infantil; perfil epidemiológico; incidência.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

148 - Grupo de cuidadores na internação pediátrica: um espaço dialógico para a educação em saúde

Bárbara Andres*
Valéria Regina Gais Severo†
Stela Maris de Mello Padoin‡
Eliane Tatsch Neves§

Introdução: Trata-se do relato de atividades desenvolvidas em um projeto de extensão intitulado: “Educação em saúde com familiares e cuidadores de crianças e adolescentes hospitalizados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)”, que vem acontecendo desde o segundo semestre de 2008. No Brasil, a partir do da aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2008) em 1991, uma nova proposta para o atendimento a esta clientela é desencadeada, com a permanência de um acompanhante em tempo integral para as crianças e adolescentes hospitalizados. Em função deste processo de mudança na forma de cuidar em pediatria, cabe às instituições de ensino a revisão de seus currículos e de estratégias de ensino para a formação dos futuros profissionais para esse tipo de abordagem centrado na criança e na família (VERNIER & DALL’AGNOL, 2004; FERNANDES, ANDRAUS & MUNARI, 2006). Assim, o cuidado à criança hospitalizada inclui apoio e orientações ao seu familiar e cuidador inserindo-o no planejamento dos cuidados. Com isso, tem-se no ambiente hospitalar a oportunidade de desenvolver questões de educação em saúde com os familiares e cuidadores que *precisam* estar nesse espaço. Portanto, tem-se um ambiente propício para investir em educação em saúde, partindo-se da situação de saúde/doença da criança para a promoção da saúde da família. Uma das estratégias para promoção da saúde, diz respeito a discutir as possibilidades de cada sujeito nesse processo para que possam acessar e utilizar os recursos que necessitam para o cuidado. Para se alcançar essa meta deve-se reconhecer as prioridades e necessidades das crianças e seus familiares/cuidadores. Ou seja, não apenas focalizar no motivo da internação, mas também com vistas ao empoderamento dos sujeitos (NEVES & CABRAL, 2008a). **Objetivo:** desenvolver atividades de educação em saúde com familiares/cuidadores de crianças e adolescentes hospitalizados em Unidade de Internação Pediátrica (UIP) e Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP) de um hospital de ensino. **Metodologia:** Está fundamentada nos referenciais teóricos que elencam os Círculos de Cultura como possibilidade de autonomia ou atitude emancipatória, calcado nos princípios pedagógicos de Paulo Freire (FREIRE, 1980). Os círculos de cultura visam à troca de experiências, conhecimentos e vivências, possibilitando que o conhecimento seja construído de forma compartilhada entre o ser educando e o facilitador por meio do diálogo. Tal proposta fundamenta-se também na prática do cuidado centrado na família (NEVES & CABRAL, 2008b). Os encontros acontecem em uma sala na UIP, quinzenalmente, às terças-feiras após as 16 horas, coincidindo com o término do horário de visitas. Além de discentes de graduação e pós-graduação em Enfermagem da UFSM, tem participado dos encontros enfermeiros das unidades envolvidas. **Relato e discussão:** Foram desenvolvidos 05 encontros no primeiro semestre de 2009 com uma média de participantes que variou de 04 a 12 em cada um. As

* Acadêmica do 8º semestre de enfermagem da UFSM. Email: babiandress@gmail.com

† Enfermeira. Especialista em projetos assistenciais de Enfermagem. Enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica do HU/UFSM. Email: valeriasevero@ymail.com

‡ Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFSM. Email: padoinst@smail.ufsm.br

§ Relatora. Enfermeira pediatra. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFSM. Email: elianev@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

temáticas abordadas variaram de acordo com a demanda dos participantes – tema gerador – que os mesmos trouxeram ao grupo. Com o objetivo de esclarecer, informar e oferecer apoio emocional aos familiares/cuidadores tem se dado especial atenção ao que ocorre na unidade no momento. Assim, no primeiro encontro do semestre a maioria dos sujeitos eram mães/cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES), sendo essa uma clientela que apresenta reinternações frequentes na unidade. Foram debatidas questões relacionadas às demandas de cuidados contínuos dessas crianças e ao papel da mãe enquanto cuidadora de CRIANES, a necessidade de inclusão do restante da família nesse processo; a não culpabilização da mulher mãe cuidadora bem como a sobrecarga que esse cuidado tem exercido sobre elas. Prática essa que tem sido recorrente, acalentada pelo mito da boa mãe segundo Vernier (2007), repercutindo, inclusive na saúde física e mental (NEVES & CABRAL, 2008a). Nos segundo encontro foi debatida a questão da hospitalização infantil e suas diferentes repercussões para a criança, o adolescente e a família. No terceiro encontro, o tema gerador do debate esteve relacionado aos frequentes adiamentos de cirurgias que vinham acontecendo na unidade. O grupo debateu sobre a questão levantando, junto com as enfermeiras, os prováveis motivos desse fato bem como suas repercussões no andamento da unidade e na saúde de seus filhos/filhas. Em se tratando de um hospital escola de alta complexidade e referência para toda a macro-região, discutiu sobre a necessidade de prioridade a casos de urgência/emergência que chegam ao pronto socorro do hospital. Ao final, concluiu-se que isso não pode ser uma prática corrente, que todos devem ter paciência, mas a ansiedade dos cuidadores parece ter sido amenizada por poderem debater sobre o assunto. No quarto encontro, o tema central foi o cuidado as crianças, a necessidade de trabalhar fora de casa e delegar o cuidado a outras pessoas/creches. E no quinto encontro o tema central foi a morte de crianças e adolescentes com uma participação expressiva de familiares/cuidadores da UTIP. Sendo que dentre os objetivos do projeto pretende-se facilitar a aproximação entre os familiares e cuidadores, promovendo a integração entre a equipe de saúde com os mesmos, essa é uma meta que tem sido buscada. Assim, percebeu-se que a participação dos enfermeiros da unidade nos encontros tem propiciado tal aproximação, demonstrado pelos relatos dos cuidadores e profissionais, declarando ser esse um momento para conversarem sem a correria do dia-a-dia. Portanto, acredita-se que o cuidado de enfermagem não deve ser desvinculado da família e de suas necessidades, o que implica no domínio de informações teóricas específicas e ao desenvolvimento de uma sensibilidade especial para lidar com esta clientela (LACAZ & TYRREL, 2003). Com isso, é fundamental compreender a família como mediadora da criança/adolescente no hospital. **Considerações finais:** Dessa forma, essa prática de extensão tem apresentado excelentes resultados, segundo avaliação dos envolvidos (familiares, cuidadores, enfermeiros, professores e alunos). Assim, pretende-se contribuir para a assistência no desenvolvimento de atividades de educação em saúde, enfocando questões básicas relacionadas a saúde da criança e do adolescente bem como a saúde mental dos familiares/cuidadores. Para o ensino e a pesquisa na área da saúde da criança, adolescente e família, também, compartilhando conhecimentos científicos com os familiares/cuidadores, visando que os mesmos se tornem multiplicadores desses conhecimentos na comunidade de onde procedem. Espera-se, também, contribuir com a formação de graduandos e pós-graduando em experiências de educação em saúde em um processo grupal com uma abordagem emancipatória, contribuindo para o empoderamento dos sujeitos envolvidos e dos próprios estudantes.

Palavras-chave: saúde da criança, enfermagem pediátrica, educação em saúde, hospitalização infantil



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Referências:

BRASIL, Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3 ed. Brasília: Editora do **Ministério da Saúde**, 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei_8069_06_0117_M.pdf. Acesso em: 15 de junho 2008

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980. 116p.

FERNANDES, C. N. S; ANDRAUS, L M. S; MUNARI, D. B. O Aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. **08**, n. **01**, p. **108-118**, 2006. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 15 junho 2008.

LACAZ, C.P.C.; TYRRELL, M.A.R. A enfermagem e o cuidar de crianças com câncer – uma jornada pelo simbólico a partir da realidade vivenciada pelo universo familiar. *Acta Paul Enf*; v. 16, n. 6, p. 33-40, 2003.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008a Jul-Set; 17(3): 552-60.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades. especiais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2008b jun;29(2):182-90.

VERNIER, E. T. N.; DALL'AGNOL, C. M. (Re)ações de uma equipe de enfermagem mediante a permanência conjunta em pediatria. *Acta Paul Enf*; v. 17, p. 172-180, 2004.

VERNIER, E. T. N. O empoderamento de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: interfaces com o cuidado de enfermagem. 2007. 172f. **Tese (Doutorado em Enfermagem)**. Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

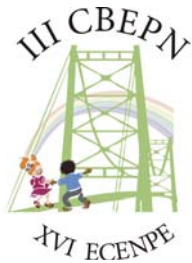
149 - A percepção da equipe de saúde de uma UTI pediátrica ao comunicar a morte da criança para as famílias

Fabila Fernanda dos Passos da Rosa*
Laura Cristina da Silva[†]

O desejo de abordar o tema morte da criança na Unidade de terapia intensiva (UTI) visando à percepção dos profissionais da saúde ao informar a família sobre a morte da criança nasceu de meu cotidiano de trabalho como técnica de Enfermagem em uma UTI pediátrica de um hospital referência em pediatria do Estado de Santa Catarina. As experiências vivenciadas ao longo do tempo que atuo nesta área suscitaram-me a inquietação de saber o que os profissionais percebem e sentem ao informar para as famílias a notícia de morte de seu filho. Percebo certo despreparo dos profissionais da área da saúde em compartilhar deste sofrimento com as famílias, bem como a incipiência de subsídios para que estes profissionais possam desenvolver estas ações de cuidado, baseados em conhecimentos científicos e também sendo humanos. Assim, passei a questionar-me o que as famílias esperam de nós, profissionais, nestes momentos? Como podemos nos aproximar mais destas famílias para minimizar a dor da perda? O que os profissionais pensam sobre isto? Além da experiência nesta área, ao avaliar alguns estudos sobre a temática, percebi que a maioria destes enfoca os sentimentos das famílias, dos profissionais, porém não contemplam a complexidade do processo de comunicação, ou seja, o que a informação da morte de uma criança pode gerar na família dependendo da forma como esta é realizada. Logo, foi de essencial importância buscar conhecer como a equipe de saúde tem se posicionado neste momento de dor e perdas das famílias, e principalmente ouvir os profissionais que passaram por esta experiência, uma vez que é a partir destes que poderemos ampliar tal reflexão, repensando nossas ações, do grupo multiprofissional, expandindo-o para as famílias. Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais da equipe de saúde de uma UTI pediátrica na abordagem às famílias para informar a notícia da morte de seu filho. Utilizou-se como referencial teórico Paterson e Zderad, teoria fundamentada no cuidado humanizado, as teóricas enfatizam também a importância do diálogo, da presença e do encontro. O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem descritiva exploratória. Os dados foram coletados através de entrevistas compostas com perguntas abertas e semi-estruturadas, totalizando 19 participantes, das áreas da Enfermagem, Medicina, Serviço Social e Psicologia de um Hospital referência em Pediatria do Estado de Santa Catarina. Nesta pesquisa busquei seguir o código de ética da Enfermagem ao trabalhar com a equipe de saúde, respeitando-os como seres singulares e individuais, com base nos meus conhecimentos adquiridos no decorrer da minha vida profissional e acadêmica e os princípios da ética, bem como a interação com os profissionais de enfermagem que participaram comigo dessa caminhada. A ética implica o dever “saber” e o dever “ser” ético. Para saber é necessário ir além das competências científicas; é necessário aderir às virtudes do ser. (SANTOS et al, 2007). Os sujeitos do estudo foram informados sobre os riscos e benefícios do estudo realizado, bem como foi garantida a manutenção do sigilo profissional, através da utilização de pseudônimo, que foi escolhido pelo profissional que participou do estudo. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2006), a pesquisa envolvendo seres é a pesquisa que, individual ou coletivamente, envolve o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em

* Enfermeira Fabila Fernanda dos Passos da Rosa. Função: Técnica em Enfermagem no Hospital Universitário, recém formada no curso de Enfermagem da Unisul. Endereço: R: Maria Juliana Cordeiro, 276, Córrego Grande, Fpolis. E-mail: fabilapassos@yahoo.com.br.

[†] Enfermeira Laura Cristina da Silva, Dra. Função: Professora Orientadora do trabalho, Chefia da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

parte dele, incluindo o manejo de informações ou materiais. Com base nessas premissas, este estudo foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão, para fins de aplicabilidade. O presente estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão, sendo avaliado e aprovado em reunião realizada no dia 17 de fevereiro de 2009, sob parecer nº 015 / 2009. Nesse momento tão delicado vivenciado pela família é a equipe de saúde que se torna a sua referência, e isso deve ser considerado um privilégio para os envolvidos. Imaginar que a família deposita todas as suas esperanças, expectativas, tudo o que ela acredita naquelas pessoas que disseram a ela na porta da UTI “agora nós vamos cuidar do seu filho”, é nessa verdade que ela vai se agarrar, e mais do que nunca, nós profissionais da saúde, temos que tomar consciência que não é somente, cuidar da criança, a família, faz parte do cuidado tanto quanto seu filho. E tendo ciência disso, durante o estágio me deparei com uma equipe de saúde perdida, sem auxílio e desacreditada no cuidado humanizado, necessitando primeiro ser cuidada para depois poder cuidar. Foi possível identificar que alguns membros da equipe não estão preparados para comunicar a morte da criança à família. Porém poucos foram os relatos que mostravam o interesse em querer melhorar esse momento, amenizando o sofrimento da equipe, e promovendo uma melhor recepção à família. A cada momento que vivenciava a comunicação da morte, logo me reportava aos conceitos de Paterson e Zderad e pensava como a percepção da equipe iria se modificar se utilizassem no seu cotidiano os conceitos destas autoras, que defendem uma Enfermagem que não foi feita para cuidar em partes, mas cuidar no todo, inclusive acreditam que quando se cuida com amor, aprimoram-se seus ideais. Os afazeres diários podem até transformar o cuidado humano em mecânico, contudo se resgatarmos a essência do cuidado irá existir uma equipe de saúde renovada e acreditada. Uma das grandes contribuições desta pesquisa foi diagnosticar a falta de percepção da própria equipe de si mesma, de suas atitudes, de sua prática de cuidado na Enfermagem e a falta de conhecimento para as equipes renovarem seus embasamentos teóricos e poderem atuar focados no cuidado humanizado, a partir do qual se propõe uma nova visão para o cuidado tanto da equipe como da família na UTI pediátrica. Os resultados do estudo foram muito ricos, por que trouxeram à tona uma situação real, as instituições têm que dar atenção às necessidades apresentadas por seus trabalhadores. Para oferecerem um cuidado de qualidade, precisam cuidar da equipe com qualidade, apostamos nos cursos de capacitação, que estão se mostrando grandes aliados dos profissionais de saúde, que podem dentro da instituição se atualizar e capacitar para promover um melhor cuidado. Os objetivos do estudo foram alcançados, conseguimos neste momento de interatividade, quando as entrevistas foram realizadas, ir desenvolvendo o feedback com a equipe de saúde que passou a dar os primeiros sinais de que é necessário e importante cuidar da família durante toda a hospitalização e inclusive na hora da notícia da morte, pois como eles mesmos disseram, para ampliar a comunicação da morte para as famílias na UTI, é preciso preparar a família antes, preparar a equipe havendo capacitações contínuas, trabalhar e conhecer as crenças familiares para que haja entrelaçamento entre a equipe e as famílias neste momento delicado do trabalho da equipe de saúde da UTI. Esperamos que esta pesquisa possa contribuir para despertar o desejo de modificar a percepção da equipe, que os seus medos de encarar a morte possam ser repensados e, que em pouco tempo, as famílias poderão se beneficiar das mudanças da equipe de saúde na comunicação da morte de seu filho e possa sentir-se acolhida, compreendida e cuidada de modo humanizado. Isto me fez perceber, bem de perto, que hoje discutimos os problemas e as relações nas instituições de saúde, na UTI, parecendo estar longe de nós, mas nunca sabemos quando será a nossa vez de passar por problemas e precisar de alguém que nos possa dar um cuidado humanizado, nos vendo como seres humanos.

Palavras-chave: equipe de saúde, processo de morte e morrer, UTI pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

150 - A enfermagem e as crianças com doenças infecciosas e parasitárias e suas famílias: uma interação estratégica

Paula Regina Virginio Moraes de Catrib*
Isabel Cristina dos Santos Oliveira†

Introdução: O estudo surgiu a partir da observação da prática assistencial de enfermagem à crianças num setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) voltada para um grupo específico, que demanda cuidados de enfermagem diferenciados. Considerando que a enfermagem pediátrica é uma especialidade voltada para o cuidado de crianças e adolescentes em diferentes cenários e que para isso é necessário conhecer o processo de saúde-doença na infância, os modelos de cuidar/cuidado da criança e suas famílias e as concepções teóricas do desenvolvimento infantil, acredita-se que os profissionais de enfermagem do serviço de DIP devem desenvolver uma prática assistencial voltada para as necessidades biopsicossociais dessas crianças. A hospitalização influencia diretamente o crescimento e desenvolvimento infantil e a assistência à criança no hospital deve estar voltada para o atendimento das necessidades biopsicossociais, proporcionando não apenas o restabelecimento físico, mas também condições psicológicas e ambientais adequadas. Esse estudo faz parte da tese de Doutorado “As estratégias da equipe de enfermagem frente à criança com doenças infecciosas e parasitárias: o caso de um setor especializado de um hospital geral”. O objeto de estudo é a interação da equipe de enfermagem com a criança e sua família no setor de DIP. **Objetivos:** descrever a interação entre a equipe de enfermagem e a criança e sua família e analisar as estratégias estabelecidas pela equipe de enfermagem frente a criança e sua família no setor em DIP. O referencial teórico está vinculado aos conceitos de cultura de Geertz (1989). A cultura é o resultado das interações vivenciadas e modela cada membro da equipe de enfermagem como seres únicos, que interagem socialmente entre si, que podem utilizar estratégias diferenciadas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso. O cenário do estudo é o setor de DIP de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo são dezenove membros da equipe de enfermagem que atuam no referido setor. Os procedimentos metodológicos são o questionário para a caracterização dos sujeitos, a consulta aos prontuários com formulário e a cartografia através da dinâmica do mapa do espaço. A cartografia consiste em uma técnica da geografia, representada por uma imagem bem demarcada do espaço, possibilitando leituras dos limites físicos de cada lugar. Na perspectiva da cartografia e do espaço social, os sujeitos preencheram um mapa do espaço, considerando a função desse espaço e as ações desenvolvidas por eles nesse espaço junto às crianças com DIP. Para o estudo, optou-se pela análise temática. Em observância a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, cenário do estudo. **Resultados:** Quanto ao relacionamento da equipe de enfermagem com a criança e sua família no setor de DIP, foram destacadas a integração da equipe de enfermagem que envolve ajuda, aprendizado mútuo, adequação à situação e atuação coletiva; a presença da família; a interação com a criança e

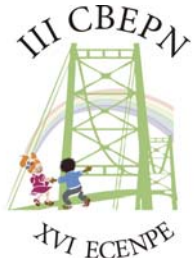
* Doutora em Enfermagem. Especialista em Enfermagem de Doenças Infecciosas e Parasitárias pelo Instituto de Pesquisas Clínicas Evandro Chagas/FIOCRUZ. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN/UFRJ. E-mail: prvmoraes@yahoo.com.br

† Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN/UFRJ. Orientadora. Líder do Grupo de Pesquisa – Saúde da Criança/Cenário Hospitalar. Pesquisadora/CNPq. Endereço: Av. Oswaldo Cruz, 90/104 – Flamengo – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.250-060. E-mail: chabucri@ig.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sua família; as facilidades e dificuldades no relacionamento entre equipe de enfermagem e familiar/acompanhante e a falta de entendimento da família acerca da situação da criança. A equipe de enfermagem considera que a mobilização de seus membros, no sentido de tornar o período de hospitalização da criança com DIP o mais harmonioso possível, facilita o relacionamento entre equipe e criança. A equipe busca estratégias que facilitem o relacionamento com a criança. Há um esforço por parte da equipe de enfermagem em estabelecer estratégias para cuidar da criança com DIP, visto que esta não é o paciente esperado no cenário do estudo. Há uma interação entre eles, ou seja, todos se ajudam frente àquilo que não faz parte da rotina do setor. Cabe destacar que adaptar-se ao novo requer habilidade para lidar com os limites e com as (im)possibilidades. Em relação à presença da família, a equipe de enfermagem destaca que seus membros devem buscar ser substitutos dos pais na assistência à criança hospitalizada com DIP. Quanto a interação da equipe de enfermagem com a criança, as depoentes destacam o envolvimento, principalmente, em situações graves; maior atenção; conversas e brincadeiras com a criança. A equipe de enfermagem valoriza o cuidado no sentido de afeição, preocupação e de responsabilidade pela criança. A equipe se dedica em prover, além da atenção e do afeto, o conforto e demais atividades que possibilitem o bem-estar da criança. Em relação à interação da equipe de enfermagem com a família da criança com DIP, os depoimentos destacam o relacionamento; disponibilidade de ouvir; envolvimento pessoal; conversa sobre a situação; ajuda mútua; aproximação e informações. A equipe de enfermagem interage com a família da criança, buscando informações que possam auxiliar na prestação dos cuidados. A família é considerada também fonte de informação que servirá para a implementação de estratégias frente à criança com DIP. A relação de poder é mencionada na interação com a família da criança com DIP. Essa relação estabelecida entre enfermeira e a família funciona à luz do saber local, ou seja, faz sentido dentro da visão de mundo específica dos membros da equipe de enfermagem do setor de DIP. Entre as facilidades no relacionamento entre a equipe de enfermagem e o familiar/acompanhante da criança com DIP, as depoentes apontaram o bom relacionamento; ajuda ao familiar na prestação dos cuidados básicos; informações sobre o diagnóstico e esclarecimento de dúvidas. O estabelecimento de relações sociais entre equipe de enfermagem, criança e sua família favorece que esta se expresse e com isso a equipe de enfermagem pode oferecer apoio e ajuda. A cultura é um contexto onde ocorrem as relações sociais e surge com o significado de um sistema simbólico formado pelas interações entre os indivíduos, ou seja, é a resposta pública ao relacionamento social. Em relação às dificuldades no relacionamento entre a equipe de enfermagem e o familiar/acompanhante, as depoentes mencionam conflitos; agressividade; nervosismo; autoritarismo; stress; violência familiar; intolerância, dentre outros. A equipe do cenário do estudo revela em suas ações frente à criança e sua família, características que estão impregnadas pela cultura das maneiras de fazer, pelos hábitos e pelas crenças do espaço em que se encontram. A equipe aponta a falta de entendimento da família em relação a complexidade do quadro clínico e necessidade de determinados cuidados. A presença da criança e de sua família no cenário do estudo tem um impacto para a equipe de enfermagem, visto que esse panorama foge à normalidade do setor, ou seja, esses sujeitos não são esperados nesse contexto. O contexto é um lócus que cumpre a lei de permitir a presença da família junto da criança, com pouca iniciativa para aprimorar a atuação e a inclusão desta família no cuidar. A equipe de enfermagem do setor de DIP se relaciona com a família com base no significado que “família” e “cuidar” têm para ela. Esse significado atribuído à família é construído na interação entre equipe e família no contexto de um setor especializado. Conclusão: A interação entre a equipe de enfermagem, a criança com DIP e sua família se apresenta como um desafio (im)possível, pois a equipe utiliza estratégias para resolver tensões dessa realidade. Nessa relação, a equipe de enfermagem apontou facilidades e dificuldades. Dentre as facilidades, destacam-se a integração da equipe no



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

atendimento à criança e a interação com a família durante a hospitalização. A equipe de enfermagem considera que a mobilização de seus membros, no sentido de tornar o período de hospitalização da criança com DIP o mais harmonioso possível, facilita o relacionamento entre equipe e criança. Essa mobilização implica em uma relação interpessoal constituída de atitudes que visam a particularidade de cada paciente, em especial a criança. Assim, a equipe de enfermagem do setor de DIP busca estratégias que facilitem o relacionamento com a criança. Além disso, os depoimentos destacaram que as facilidades no relacionamento entre a equipe de enfermagem e o familiar/acompanhante perpassam fatores relacionados tanto a um quanto ao outro, como uma via de mão-dupla. Isso significa que, para a equipe de enfermagem, tanto ela quanto o familiar/acompanhante são responsáveis no estabelecimento de um bom relacionamento. Considerando também a cultura como o resultado das interações vivenciadas pelos indivíduos, acredita-se que as interações entre a equipe de enfermagem e o familiar/acompanhante da criança com DIP sofrem influência de hábitos e costumes impregnados de representações simbólicas dos dois grupos. Assim, diante das dificuldades de relacionamento com o familiar/acompanhante, a equipe de enfermagem do cenário do estudo utiliza estratégias que estão carregadas de valores que indicam, prioritariamente, o cuidado instituído nesse contexto que valoriza as dimensões técnica e afetiva.

Palavras-chave: enfermagem, doenças transmissíveis, criança hospitalizada, cultura, cartografia.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

151 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem à criança grave com meningococemia: um estudo de caso

Ana Carolina de Carvalho Ferreira*

Angela Magalhães Boia[†]

Auxiliadora Silva de Assis[‡]

Lilian Castro Padela[§]

Introdução: A doença meningocócica (DM) ou meningococemia é um problema de saúde a ser considerado; devido a sua alta incidência nas faixas etárias menores de um ano e dois meses e pela agressividade e letalidade com que atinge essas crianças constitui um grupo de doença de notificação compulsória. É causada pela *Neisseria meningitidis* se apresenta de diversas formas clínicas, desde o portador assintomático até o com a meningococemia fulminante. A ocorrência da DM se dá em todo o mundo. Representa dez a quarenta por cento dos casos das meningites bacterianas. A Organização Mundial da Saúde divulgou, no ano de 1997, uma estimativa de que ocorreram, no mundo, aproximadamente 500 mil casos desse agravo, e que 50 mil culminaram em mortes causadas pelo meningococo. A área endêmica mais conhecida abrange da Etiópia à Mauritània, o “Cinturão Africano”, onde a média de casos registrada é de até 20/100 mil habitantes por ano. O grupo mais acometido são crianças de 5 a 14 anos. No Brasil, o número de casos para o período de 1998 a 2001, divulgado em 2002 pela Fundação Nacional de Saúde (Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia; 2002), foi de 17.689, e o de óbitos foi igual a 3.149. No Estado do Rio de Janeiro, segundo um estudo elaborado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a epidemia de 1976- 1994 se dividiu em três períodos, classificados como pós-epidêmico (1976/79), endêmico (1980/86) e epidêmico (1987/94), diferenciados pelas taxas de incidência e pelo sorogrupo do meningococo predominante. As taxas de incidência médias por período no município foram, respectivamente, de 3,51; 1,67 e 6,53 casos/100.000 habitantes. A vigilância epidemiológica da doença meningocócica tem um papel fundamental no controle da transmissão. Apoiada no diagnóstico laboratorial, a vigilância é essencial para a prevenção de casos secundários, para eliminar fontes de infecção em portadores assintomáticos, além de detectar precocemente surtos e analisar o perfil das bactérias circulantes. A elucidação etiológica viabiliza diagnósticos mais específicos sobre o perfil epidemiológico da doença em distintas áreas geográficas, dando maior precisão à indicação de vacinas e à sua avaliação. Porém, a capacidade do sistema em interferir na realidade epidemiológica depende da agilidade e adequação da coleta do líquido cefalorraquidiano e/ou sangue, da conservação e do transporte correto das amostras biológicas até o laboratório para a identificação de *Neisseria meningitidis*. Dessa forma, a avaliação dos critérios diagnósticos da doença meningocócica pode ser indicador da qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica. **Objetivos:** Classificar e descrever os diagnósticos e intervenções de enfermagem específicas à criança com meningococemia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo retrospectivo observacional realizado por enfermeiras gerentes do cuidado, durante o tratamento prévio e concomitante e a avaliação da resposta ao cuidado de acordo com a impressão da enfermeira. Os dados foram obtidos da observação realizada no período de abril de 2009, na Unidade de Pacientes

* Enfermeira residente do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/IFF/FIOCRUZ

[†] Enfermeira residente do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/IFF/FIOCRUZ

[‡] Enfermeira da Unidade Intermediária do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/IFF/FIOCRUZ. Membro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança da EEAN/UFRJ.

[§] Enfermeira residente do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/IFF/FIOCRUZ. Endereço: Rua Sargento Osmar Claro, 392, Campo Grande-Rio de Janeiro. RJ. Endereço eletrônico: lilianpadela@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Graves de um Hospital Federal de referência materno-infantil no Estado do Rio de Janeiro, conforme preconizado na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a realização de pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados foram analisados procurando destacar e relacionar os problemas encontrados com os diagnósticos e as intervenções de enfermagem referentes à meningococemia na criança em estado grave.

Relato do caso: Criança de 05 meses, com febre, gemência, e com púrpura em rápida progressão em sua residência. Atendida em serviço de emergência, onde há diagnóstico suspeito de meningite. Foi transferida para um serviço hospitalar com Unidade de Terapia Intensiva. Na sua admissão apresentava os seguintes sinais e sintomas: torpor, taquidispnea, palidez cutâneo-mucosa, perfusão capilar periférica lentificada (acima de 05 segundos), pulso filiforme, presença de acrocianose e lesões purpúricas em face e tronco com os seguintes sinais vitais: 200 bpm, 75X(?)mmHg – média de 41mmHg, temperatura abaixo de 35°C, 78% de saturação de oxigênio. Necessitou de sedação e ventilação artificial através de tubo endotraqueal e respirador mecânico com parâmetros altos. Com a persistência da gravidade do quadro, foram iniciados dripping de aminas vasoativas, sedativos, analgesia e curare. **Resultados:** O diagnóstico de enfermagem é definido como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais, que fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelo qual o enfermeiro é responsável. Propostos pelo sistema NANDA, facilitam a comunicação entre os profissionais, melhoram a assistência ao paciente, validam as funções da enfermagem e aumentam a sua autonomia. No caso da criança A. C. B., com meningococemia, nas suas primeiras 24 (vinte e quatro) horas de internação foram observados os seguintes diagnósticos e intervenções de enfermagem: 01) Padrão respiratório ineficaz relacionado à imobilidade, estase das secreções e tosse ineficaz secundária a meningite e à fadiga respiratória. 02) Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada à imobilidade, tosse ineficaz e secreção excessiva e espessa; 03) Risco para transmissão de infecção relacionada à exposição e à transmissão por contato através de gotículas. 04) Perfusão tissular periférica ineficaz relacionado ao comprometimento do fluxo sanguíneo secundário à hipotensão. 05) Termorregulação ineficaz relacionada às flutuações da temperatura corporal, acima ou abaixo da variação normal e aumento da frequência cardíaca ou respiratória. 06) Integridade tissular prejudicada relacionada aos efeitos de irritantes mecânicos ou pressão secundária a curativos, cateter urinário, sonda nasogástrica, tubo orotraqueal e à inflamação das junções dermo-epidérmicas secundária a infecção bacteriana – meningite. 07) Integridade da pele prejudicada relacionada à imobilidade imposta secundária a sedação. Dentre as intervenções estabelecidas podemos citar: aspirar secreções de vias aéreas superiores e do tubo endotraqueal contribuindo para a manutenção da permeabilidade sempre que necessário; monitorar continuamente os sinais vitais; realizar precaução de contato e gotículas; proteger proeminências ósseas e a pele para evitar úlceras por pressão; mobilizar a criança o mínimo possível, agrupando os cuidados e procedimentos da equipe de saúde; controle hídrico rigoroso; manter tubo endotraqueal em sistema fechado e com ar aquecido e umidificado nas 24 horas; avaliar nível de consciência e sedação; avaliar sinais de desconforto e dor; observar e registrar características da pele; realizar curva térmica. **Conclusões:** Devido a importância epidemiológica da doença, torna-se importante ressaltar o papel da enfermagem junto à criança acometida pela DM. Poucos estudos foram desenvolvidos nesta área pela enfermagem; assim esta pesquisa vem contribuir para a melhoria da assistência às crianças portadoras de DM. Vale ressaltar que a classificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem contribui para a aplicação do processo de enfermagem, possibilitando aos enfermeiros desenvolverem uma assistência pautada no conhecimento científico, otimizando a sistematização da assistência.

Palavras-chave: criança, diagnóstico de enfermagem, doença meningocócica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

152 - Presença dos pais dos recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal: a vivência do enfermeiro

Miriam Aparecida Barbosa Merighi*

Claudete Aparecida Conz†

Karine Ribeiro Santin‡

Maria Cristina Pinto de Jesus§

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem como foco da assistência os aspectos biológicos, primordialmente, mas atualmente, esse tema vem sendo discutido entre profissionais e as instituições de saúde com a finalidade de transformar essa realidade, ampliando e focalizando a assistência não apenas na doença da criança, mas também nas dimensões sociais, emocionais e psicológicas da sua família. Em virtude das características destes locais, os profissionais da área de saúde, que ali desenvolvem suas atividades, encontram-se quase sempre muito envolvidos em procedimentos de alta complexidade. Neste sentido, podem ser comprometidas as relações interpessoais. O enfermeiro tem papel fundamental na introdução dos pais na UTIN, principalmente na primeira visita. A comunicação, o conhecimento e a compreensão do contexto familiar inserida em uma situação física, social e cultural devem ser priorizados, pois além da competência técnico-científica o enfermeiro deve aprimorar seus conhecimentos e habilidades no relacionamento interpessoal, pois a arte do cuidar está em encontrar uma forma de permitir a pessoa doente expressar suas necessidades. Neste contexto surgiram alguns questionamentos: como é para as enfermeiras assistirem aos recém-nascidos internados na UTIN quando os pais estão presentes? O que as enfermeiras que vivenciam a situação de assistir aos pais de um recém-nascido internado na UTI Neonatal esperam com esta atuação? As enfermeiras percebem a importância da formação do laço afetivo com seus filhos? **Objetivo:** compreender como os enfermeiros vivenciam o cuidado do recém-nascido e de seus pais. **Método:** estudo qualitativo com abordagem da fenomenologia social. Este referencial permitiu desvelar o sentido de ser enfermeiro na UTIN, no contexto das relações sociais entre enfermeiros, recém-nascidos e seus pais. Com o foco na intersubjetividade o fenômeno estudado, presença dos pais na UTIN, foi desvelado a partir do vivido das enfermeiras no seu cotidiano como elementos que atuam, interagem e se compreendem dentro do chamado mundo social. Participaram desta pesquisa sete enfermeiras que atuavam em UTIN de um hospital-escola da cidade de São Paulo cuja idade variou de 24 a 43 anos; quatro realizaram curso de aprimoramento/especialização em UTIN; três trabalhavam em UTIN entre 10 e 15 anos, duas entre 1 e 9 anos, e duas há menos de 1 ano. A coleta de dados deu-se no período de janeiro a fevereiro de 2009, por meio das seguintes questões: como é para você assistir ao recém-nascido internado na UTIN quando os pais estão presentes? Como enfermeiro que vivencia a situação de assistir aos pais de um recém-nascido internado na UTIN, o que você espera com esta atenção? O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital, campo de estudo, Processo 846/o8 CEP/HU-USP. O percurso para a análise

* Doutora em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. merighi@usp.br

† Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

‡ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP

§ Doutora em Enfermagem. Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.

Endereço para correspondência: merighi@usp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

compreensiva do fenômeno foi desenvolvido gradativamente, de acordo com os seguintes passos: leitura dos discursos dos enfermeiros, objetivando a apreensão da vivência motivada dos sujeitos participantes; releitura das transcrições, procurando identificar categorias concretas, isto é, locuções de efeito que expressam aspectos significativos da compreensão e vivência dos “motivos para” e dos “motivos porque”; agrupamento das unidades de significado extraídas dos discursos e que representam convergências de conteúdo dos relatos que compõem as categorias; estabelecimento dos significados da vivência pelo típico dos discursos dos enfermeiros; análise compreensiva dos agrupamentos de significados com base na interpretação do conteúdo associado ao referencial de Alfred Schutz. Emergiram as seguintes categorias: Reconhecendo as necessidades dos pais; Sentindo dificuldade em situação emergencial; Sendo elo na aproximação de filho e pais. **Resultados:** No que diz respeito a categoria Reconhecendo as necessidades dos pais (motivos porque), as enfermeiras verbalizaram que reconhecem suas necessidades e neste sentido percebem a importância da orientação em relação aos procedimentos e ao estado de saúde do filho, valorizam sua presença, vendo-os como participantes e não como expectadores. O ato de cuidar para o enfermeiro não é somente emoção, preocupação, atitudes. Ele é mais amplo, complexo e requer ações concretas em esferas humanísticas, sociais, éticas, biológicas e espirituais, principalmente quando se presta cuidados dentro de uma UTIN que envolvem não somente o profissional, mas também pais e recém-nascidos. A ação de esclarecer as dúvidas dos pais dos recém-nascidos origina-se na consciência das enfermeiras, é voluntária, projeta suas atitudes com o propósito de diminuir a ansiedade, permitir-lhes estar com o filho, muitas vezes colocando-se no lugar da mãe, e vendo a situação pelo mesmo prisma, para que possam sentir-se confiantes e integrantes no papel de ser pai e mãe, auxiliando na recuperação da criança. De posse de sua bagagem de conhecimentos, a enfermeira reconhece a importância dos pais na participação do cuidado ao recém-nascido de risco, mas diante de uma situação de emergência, expressa ter que desenvolver mais o lado técnico do que o lado humano, o que é exposto na próxima categoria, relacionada aos motivos porque: sentindo dificuldade em situação emergencial. Algumas enfermeiras preocupam-se com a presença dos pais em determinadas situações, principalmente as emergenciais e verbalizam dificuldades no cuidado ao recém-nascido. Para Schütz, na atitude natural o indivíduo não atua somente dentro de uma hierarquia biograficamente determinada de planos, pelo contrário, vê também as conseqüências típicas de seus atos, que são apreendidas como típicas e, assim, insere-se em uma estrutura de incompatibilidade que é vivida como óbvia, temporal e própria dos antepassados, semelhantes e sucessores. Reconhecer a necessidade de ações que favoreçam a aproximação dos pais e filho, sentindo-se responsáveis por esta proximidade foi relatado com frequência nos depoimentos das enfermeiras, culminando na categoria: sendo elo na aproximação de filhos e pais (motivos para). Os discursos das enfermeiras da UTIN mostram que estabelecer um maior contato humano com os pais, permitir que reconheçam a criança como sendo sua, dando-lhe carinho, tocando-a, dar-lhes informação, acompanhá-los de perto, justificar os procedimentos realizados no dia-a-dia, são ações que podem ajudar os pais a fortalecerem o vínculo afetivo com a criança. As enfermeiras preocupam-se em promover a satisfação dos pais com o atendimento recebido na instituição, prestar atendimento a criança com qualidade, conquistando reconhecimento e confiança, favorecendo o vínculo afetivo entre os pais e os filhos. A assistência aos pais e a participação da família nos cuidados hospitalares desses neonatos têm sido prioridade nos serviços de neonatologia. O longo período de internação dos bebês e a privação do ambiente aumentam o estresse dos pais, o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego. A criança necessita da mãe, pois não existe sozinha, portanto, as habilidades e/ou dificuldades dessa tornam-se integrantes da assistência à saúde. O cuidado, baseado na compreensão do outro, no interagir socialmente, partilhando das angústias dos pais que têm seus bebês internados



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

em terapia intensiva é que desvela a ação do enfermeiro na formação de vínculo afetivo entre filhos e pais. Quando as enfermeiras mostram disponibilidade aos pais dos neonatos percebem uma mudança interna. Reconhecem que é difícil, é necessária uma “motivação para”, mas ao mesmo tempo sentem-se valorizadas, pois, à medida que são aceitas pelos pais, passam a ser para eles uma referência. **Considerações finais:** Ao utilizarmos a abordagem compreensiva acreditamos que as respostas obtidas poderão contribuir para o desenvolvimento de uma assistência adequada aos pais de recém-nascido internados na UTIN, mediante ações humanizadas e individualizadas que levem em conta, não só o cuidado físico, mas o ser em sua totalidade existencial. A fenomenologia social permitiu compreender que o profissional pode aproximar-se do vivido desses pais, apreendendo aspectos que se mostrem apropriados à possibilidade de perceber a importância de incluir os pais como participante nesse cuidado. O cuidado deve ser pautado pelo intercâmbio dos projetos, cuja ação de cuidar tem em vista atender às necessidades de quem busca o cuidado. Este estudo mostrou os sentimentos, as necessidades e as expectativas das enfermeiras que experienciam a situação do cuidado ao recém-nascido internado em UTIN e a seus pais, propiciando reflexões para um novo olhar dentro do cuidar e, dessa forma, tentar diminuir os sentimentos negativos, sanar as dúvidas e atuar também no sentido de reforçar os mecanismos de enfrentamento desses pais, com vista a ajudá-los a superar este momento difícil. Faz-se necessário que, paralelamente às pesquisas biotecnológicas que tem a finalidade de atender aos aspectos objetivos, práticos e quantitativos dos processos de cuidar sejam desenvolvidos estudos que busquem a compreensão da experiência vivida e que apontem novos caminhos para o cuidar.

Palavras-chave: recém-nascido, cuidado de enfermagem, unidade de terapia intensiva neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

153 - Convivendo com a criança com hidrocefalia: experiência da família

Mariana Bezerra de Andrade*
Giselle Dupas†
Monika Wernet‡
Natalia Custodio§

A hidrocefalia determina para a família e a criança uma situação crônica a ser enfrentada, onde há a necessidade de adaptarem-se papéis e buscar suprir as demandas advindas desse processo. A doença crônica na infância produz uma ou mais destas seqüelas como a dependência de medicação, dieta especial, tecnologia médica, necessidade de cuidados médicos, psicológicos ou educacionais especiais; limitação de funções ou atividades, prejuízos em suas relações sociais, tanto em nível físico, como cognitivo, emocional e de desenvolvimento geral (SILVA, 2001). Assim, a doença, interfere em longo prazo no funcionamento do organismo da criança, limita atividades diárias, demanda assistência e seguimento de profissionais e traz repercussões para o processo de crescimento, desenvolvimento e cotidiano de todos os envolvidos (SILVA, 2001). Elementos estes identificáveis na situação da hidrocefalia (KULKARNI, 2007). Toda a situação crônica de doença na infância afeta a família e, é, por sua vez, afetada pela forma como a família responde a ela (SILVA, 2001; WRIGHT; BELL, 2004; FISCHER, 2001). A compreensão da dinâmica familiar no convívio com a doença crônica deve ser foco de investigações a fim de identificar suas necessidades no manejo da doença e propor intervenções tanto individuais quanto coletivas de assistência (DAMIÃO, 2002). Considerando o exposto acima e, tendo a família como parte do cuidado da enfermagem, faz-se necessário desvelar os significados presentes no enfrentamento da situação de hidrocefalia da criança a fim de obter elementos teóricos para implementar uma assistência de enfermagem colaborativa para com as expectativas e necessidades da família. Esse estudo objetivou compreender a experiência da família na vivência com a situação de hidrocefalia da criança, quando procurou identificar quais as mudanças que a doença provocou na vida familiar e quais os mecanismos de enfrentamento que a família utiliza e/ou utilizou. Seis famílias de crianças com hidrocefalia de uma cidade do interior paulista foram entrevistadas. O referencial metodológico adotado foi a Teoria Fundamentada nos Dados, pautada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico. O processo analítico, conduzido até a codificação axial, permitiu caracterizar elementos do funcionamento familiar, e foi estruturado em seis categorias: sofrendo com a presença da hidrocefalia na criança, buscando esperança, concebendo a criança como pessoa, sendo difícil conviver com a hidrocefalia da criança, amando a criança e conformando-se com a imprevisibilidade do futuro. As categorias traduzem que no enfrentamento da situação de hidrocefalia de sua criança, a família acomoda o cuidado da mesma como ação central de sua dinâmica, e, no desempenho cotidiano desse cuidado, vive o agora, tem expectativas, faz

* Graduada em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos; e mail marianabandrade@yahoo.com.br; membro do grupo de pesquisa Saúde e Família do CNPq.

† Enfermeira, Doutora em Enfermagem, professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos; gdupas@ufscar.br; coordenadora do grupo de pesquisa Saúde e Família do CNPq.

‡ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, professor Adjunto 1 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos; Rua Ana Prado, 187. Bairro Vila Prado – CEP 13574-031 – São Carlos – SP; email: mwernet@ufscar.br; membro do grupo de pesquisa Saúde e Família do CNPq membro do grupo de pesquisa Saúde e Família do CNPq.

§ Graduada em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos; email: nati.custodiosc@hotmail.com; membro do grupo de pesquisa Saúde e Família do CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

planos, mas sabe que pode ter de enfrentar adversidades ou imprevistos, o que não a coloca em uma posição de planejar um futuro distante, nem de ancorar sua existência e felicidade em resultados. Ancora as mesmas no conviver cada dia com essa criança da forma mais plena que puder. A categoria sofrendo com a presença da hidrocefalia da criança acontece com o diagnóstico da hidrocefalia da criança – tanto antes quanto após o nascimento – e, concretiza a ruptura do sonho de ter uma criança concebida como normal, ou seja, sem doença alguma. Esses eventos e todo o contexto de desconhecimento sobre a hidrocefalia determinam grande sofrimento à família. Já na categoria ‘buscando esperança’ mostra que a família enfrenta nos momentos iniciais do convívio com a hidrocefalia da criança um abalo emocional grande, em um contexto tão adverso que ela não pondera possibilidades para administrar a situação. Reage conforme o que lhe é prescrito em termos de comportamentos e tem na cura suas grandes reflexões. Isso lhe extrai energias e determina esgotamento e pouca esperança. Ao longo da trajetória de cuidar de uma criança com hidrocefalia, descobre recursos tanto para lidar com as demandas pontuais em termos de tratamento, formas de cuidar e manejar limitações da criança, como para lidar com o sofrimento emocional. Para esse último, encontra entre os recursos a religiosidade. A terceira categoria, ‘concebendo a criança como pessoas’ retrata a trajetória do alcance da concepção de que a sua criança, portadora da hidrocefalia, é passível de receber amor, estímulo, manifestação de bem-querer, investimento em suas competências, convívio social, como qualquer outra criança o é. Assim, a família resgata com essa concepção a possibilidade de dar tudo o que idealizou na gestação e, essa nova forma de significar a criança permite a ela concebê-la e o convívio com ela como ‘normal’. Na categoria ‘Sendo difícil conviver com hidrocefalia da criança’ há a descrição das abordagens terapêuticas e dos desdobramentos usualmente atrelados à hidrocefalia que resultam em internações para intervenções cirúrgicas ou clínicas, as quais são mencionadas como difíceis e geradoras de sofrimento. Isso é explicado pelo fato da família significar para si ter a obrigação de cuidar bem da criança e agir conforme essa significação, quando referem se envolver plenamente com as ações cuidativas. Porém, apesar do empenho no cuidado não evitam as internações, as necessidades de intervenções cirúrgicas, dentre outros procedimentos mais invasivos. Ou seja, o conviver com a hidrocefalia significa não ver seu esforço e empenho no cuidado amenizar as coisas ruins advindas com a doença. A categoria ‘Amando a criança’ retrata o movimento e a percepção da família sobre a priorização do cuidado à criança, concebido por ela como dever. Este processo está dependente do tempo e das interações vividas, os quais determinam uma alteração das concepções que justificam a conexão da família com o dever do cuidado à criança. À medida que o tempo passa, a obrigação moral é progressivamente substituída por uma obrigação derivada do amor, por algo que tem no sentimento deles pela criança toda a motivação propulsora da ação cuidativa. ‘Conformando-se com a imprevisibilidade do futuro’ traduz a aceitação por parte da família de que o futuro é algo que vai se desvelando a cada dia. Sabem da impossibilidade de prever os desdobramentos da hidrocefalia na vida da criança, e, vão se conformando com essa imprevisibilidade, com esse não saber o que o futuro reserva, restando apenas viver para ver. Cabe destacar não ser uma conformação sem atitude/ ação diante do que estão a viver, e, sim um continuar a cada dia para ver o que terão de viver. Os resultados trazem evidências que podem ser incorporadas no cuidado a estas famílias e, sinaliza a necessidade de ampliar explorações científicas no âmbito da experiência de ter uma criança com hidrocefalia.

Palavras-chave: doença crônica, família, hidrocefalia, enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

154 - Humanização na UCIN: revisão da literatura de enfermagem

Natalia Custodio*

Monika Wernet[†]

Giselle Dupas[‡]

Mariana Bezerra de Andrade[§]

A humanização constitui-se em núcleo de atenção da Enfermagem com progressivo investimento no âmbito da pesquisa, do ensino e da assistência para o alcance de sua efetiva magnitude. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é um cenário que integra em sua dinâmica alta tecnologia de equipamentos, terapêuticas de desdobramento de médio a longo prazo e o sofrimento paralelo à esperança derivados das situações que ela acomoda. O nascimento prematuro da criança com sua ida a uma UCIN, impõe, precocemente, a separação da mesma de sua família. De forma simultânea a esta separação, ocorrem preocupações, ansiedades e medos atrelados às concepções de prematuridade e unidade de cuidados críticos, o que costumeiramente remete a uma interferência no processo de vinculação da família com a criança e da família com a unidade. Esta vinculação está prejudicada em função da família relacionar-se de forma pouco confiante com a criança, por não visualizar um prognóstico positivo para mesma, e, com a unidade pela falta de segurança no trabalho ali desenvolvido. As experiências vivenciadas neste ambiente serão dependentes do contexto relacional, do acolhimento encontrado pela família na UCIN, das concepções familiares aos distintos elementos contidos na UCIN e, de questões anteriores a esta vivência em relação à vinda da criança. Assim, prover um cuidado que seja conceituado como de qualidade e humano, implica na congruência com as necessidades expressas por cada família, de forma a acolher as especificidades de suas demandas. Frente ao exposto, a presente pesquisa apresenta uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de caracterizar norteadores para a assistência de enfermagem humanizada na UCIN. Foram adotadas as recomendações de Paterson para estudos sistemáticos. Os critérios de inclusão dos estudos foram: ser pesquisa de campo com exploração qualitativa publicada em periódico indexado entre os anos de 2000 e 2009, ter como um de seus autores enfermeiros e abordar a experiência de hospitalização na UCIN. A busca foi desenvolvida junto às bases de dados LILACS e BDEFN com os seguintes descritores: 'humanização da assistência'; 'enfermagem neonatal' e 'unidade de terapia intensiva neonatal' isolados e / ou por meio da lógica booleana 'and'. Após a adoção dos critérios citados acima e realização dos processos analíticos preconizados pelo referencial de Paterson, quinze pesquisas foram selecionadas para integrar este estudo. Os resultados apontam para um modelo de assistência que para ser concebido como humanizado exige: sensibilidade dos profissionais com a situação vivida pelos pais; coerência entre discurso e prática; e a existência de espaços de acolhimento das necessidades e ansiedades advindas do dia-a-dia na UCIN. A proximidade com os pais e familiares inicia-se quando há uma maior democratização das informações relacionadas ao ambiente da

* Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos; Rua Ana Prado, 187. Bairro Vila Prado – CEP 13574-031 – São Carlos – SP; email: nati.custodiosc@hotmail.com; membro do grupo de pesquisa Saúde e Família do CNPq.

[†] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, professor Adjunto 1 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos; email: mwernet@ufscar.br; membro do grupo de pesquisa Saúde e Família do CNPq

[‡] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos; gdupas@ufscar.br; coordenadora do grupo de pesquisa Saúde e Família do CNPq.

[§] Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos; marianabandrade@yahoo.com.br; membro do grupo de pesquisa Saúde e Família do CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

UCIN, ao estado de saúde da criança, e às formas de participação da família neste cenário. Na literatura consultada a concretização dos elementos descritos acima ocorre por meio da inclusão de estratégias como: o incentivo ao aleitamento materno precoce; a permissão da visita de irmãos; a adoção da prática do Método Mãe Canguru (MC); a realização de grupos de apoio e o desenvolvimento de atividades de lazer estruturadas. Porém, a simples realização destas estratégias não garante seus benefícios. Na vivência das mesmas, o relacionamento propiciado por elas deve ser otimizado, pois é ele que aproxima a díade profissionais e família. Esta aproximação concretiza um espaço de troca de informações, de ansiedades, de medos, de anseios, de receios, entre outros sentimentos. Ela concretiza e fortalece a confiança entre ambos, e determina um processo que tende a acolher as demandas apresentadas. A família passa, então, a ser aliada no processo de cuidar da criança, o que a permite ser ativa na recuperação da mesma, sempre em consonância com suas possibilidades. Outro aspecto a ser considerado nesta busca pela humanização da assistência diz respeito às rotinas de inserção e realização das estratégias cuidativas expostas anteriormente, pois a forma como são realizadas podem ir contra seus fins, principalmente quando a rigidez for um grande eixo estruturante. A falta de flexibilidade extrai da estratégia seu potencial em acessar a particularidade da experiência de cada família na UCIN. Com isto, os benefícios ficam comprometidos. Em conjunto com esta divergência entre teoria e prática surge a necessidade da sensibilidade do profissional para com toda esta dinâmica de desenvolvimento do processo de cuidar da família na UCIN. É a sensibilidade dele que garante a seleção, o momento e os ajustes necessários para cada ação, dando à dinâmica a magnitude de sua influência na experiência de ter um filho internado na UCIN. Outro núcleo tem na criança o sujeito, e traz questões assistenciais vinculados a ela, destacando a importância do respeito à mesma e descrevendo como deve ser o atendimento na UCIN para não gerar agressões às potencialidades dessa criança. Questões relacionadas ao potencial estressor no ambiente da UCIN em termos de barulho, manipulação e luminosidade são temáticas abordadas, bem como cuidados valorizadores das competências sensitivas e de apego da criança, em que novamente, a tônica está na sensibilidade dos profissionais, no reconhecimento e na adoção destes conceitos no desenvolvimento de sua assistência, retomando assim o ser no cotidiano das ações de cuidado na UCIN onde ocorre a verdadeira consolidação da humanização. Assim, concretiza-se, a interação pais / família / criança – equipe de assistência – ambiente da UCIN e se manifestam todos os elementos acima apontados. O enfermeiro, por integrar essa equipe de cuidado especializado, pode e deve ser facilitador do processo de pensar e agir na e para a humanização. O grande desafio dos enfermeiros para cuidar do ser humano de forma abrangente e direcionada a um cuidado mais ético, moral e humanizado fica dependente, segundo os resultados deste estudo, do compromisso, envolvimento e flexibilidade destes profissionais, e na forma como colocam em prática as distintas estratégias de humanização amplamente disseminadas na literatura. Com isto, mais do que criar outras ações, é urgente refletir sobre como estamos vivendo a inserção das mesmas nos cenários da UCIN para de fato colocar a humanização como uma meta comum. As pesquisas que versam sobre a humanização na UCIN precisam ampliar e modificar seu foco para como o profissional incorpora em seu cotidiano as distintas estratégias descritas como humanizadoras. Esta modificação de ênfase pode vir a colaborar com novos aspectos no âmbito da humanização na UCIN.

Palavras-chave: enfermagem; unidade de cuidado intensivo neonatal; humanização.

Referências:

1. ABÉDE, L.M.R.; ANGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermagem acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. Rev. Latino-am de enfermagem. 2002; 10(1): 48-54.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

2. ALMEIDA, C.F. et al. O vínculo mãe-bebê prematuro sob o olhar de enfermeiras de UTI Neonatal. Temas sobre desenvolvimento. 2003; 70(12): 18-24.
3. BARROS, L.B.; BRANDÃO, A. Preocupação, dificuldades e perturbação emocional em pais de bebês hospitalizados em uma unidade de neonatologia. Psicologia: teoria, investigação e prática. 2002; 2: 265-276.
4. BRUNHEROTTI, M. R. et al. Lazer para pais de bebês de risco: a experiência junto ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Revista brasileira de enfermagem. 2000; 53(3):435-42.
5. FINFGELD DL. Meta-synthesis: the state of the art – so far. Qual Health Res 2003; 13(7): 893-904.
6. HEERMAN JA; WILSON ME; WILHELM PA Mothers in the NICU: outsider to partner. Pediatric Nursing. 2005; 31(3): 176-181.
7. LOPES, T.C.; MOTA, J.A.C.; COELHO, S. Perspectives from a home based neonatal care program in Brazil's Health System. Rev. Latino-am de enfermagem. 2007; 15(4): 543-48.
8. MOURA, S.M.S.R.; ARAÚJO, M.F. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no programa mãe-canguru. Psicologia em estudo. 2005; 10(1): 37-46.
9. PATERSON BL et al. Meta-study of qualitative research: a practical guide to meta-analysis and meta-synthesis. Thousand Oaks: Sage publications; 2001.
10. SCOCCHI, C.G.S. et al. Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. Rev. Latino-am de enfermagem. 2004; 12(5): 727-35..
11. SCOCCHI, C.G.S.; CAETANO, L.C.; ANGELO, M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. Rev. Latino-am de enfermagem. 2005; 13(4): 562-8.
12. SCOCCHI, C.G.S; MARTÍNES, J.G.; FONSECA, L.M.M.. The participation of parents in the care of premature children in a Neonatal Unit: meanings attributed by the health team. Rev. Latino-am de enfermagem. 2007; 15(2): 239-46.
13. SCOCCHI, C.G.S; SERRA, S.A.S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em UTI neonatal. Rev. Latino-am de enfermagem. 2004; 12(4): 597-605.
14. SCHUMACHER, B. UTI Neonatal: espaço cênico de um espetáculo de dança. Texto e Contexto Enfermagem. 2002; 11(3): 27-35.
15. Vasconcelos, M.G. L. de et al. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2006; 6 (1): 47-57.
16. VIEIRA, C.S.; MELLO, D.F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. Texto e Contexto Enfermagem. 2009; 18(1): 74-82.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**155 - Cuidados de enfermagem a criança portadora de osteoporose idiopática
juvenil**

Pâmela Silva George*
Diane Dias Nascimento†
Thaís Mayerhofer Kubota †
Luciana Rodrigues da Silva‡

Introdução: A osteoporose é um importante problema de saúde em todas as partes do mundo. A partir dos 50 anos, 30% das mulheres e 13% dos homens poderão sofrer algum tipo de fratura óssea. Estima-se que a incidência de fraturas irá quadruplicar nos próximos 50 anos em decorrência do aumento da expectativa de vida. No entanto, a osteopenia e a osteoporose deixaram de ser uma preocupação exclusiva de indivíduos adultos e idosos, uma vez que a densidade mineral óssea dessas faixas etárias depende do pico de massa óssea adquirido até o final da segunda década de vida. A osteoporose é definida pela Organização Mundial de Saúde como uma doença metabólica óssea sistêmica, caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, com conseqüente aumento da fragilidade do osso e da suscetibilidade a fraturas. As fraturas ocasionadas pela osteoporose nas vértebras e nos ossos longos são as principais causas da mobilidade prejudicada em idades avançadas, conseqüentemente diminuindo assim a qualidade de vida destes indivíduos. O tecido ósseo é formado por células (osteoblastos e osteoclastos), minerais (cálcio e fósforo) e matriz orgânica (proteínas colágenas e não-colágenas). Os osteoblastos sintetizam e mineralizam a matriz protéica com cristais de hidroxiapatita, enquanto os osteoclastos promovem a reabsorção óssea, mantendo assim uma constante remodelação tecidual. Na infância, a formação excede a reabsorção, e a remodelação óssea é intensa, com dois períodos de aceleração do crescimento: nos dois primeiros anos de vida e durante a adolescência (entre 11 e 14 anos nas meninas e entre 13 e 17 anos nos meninos). A osteoporose pode ser primária na infância; no entanto, freqüentemente é uma complicação de doenças crônicas ou de seus tratamentos, acarretando na parada ou a diminuição do crescimento linear. **Objetivos:** Realizar um levantamento bibliográfico acerca da osteoporose idiopática juvenil, o tratamento e os respectivos cuidados de enfermagem. **Metodologia:** foi realizada a Revisão de literatura na Biblioteca Virtual de Saúde na base de dados Scielo e Lilacs, no intervalo de tempo compreendido de 1980 a 2009, a partir dos descritores. **Resultados:** Foram encontrados somente 5 artigos referentes à temática, sendo o mais recente publicado no ano de 2003 e todos eles na área médica, demonstrando a falta de estudos na área de enfermagem. A Osteoporose Idiopática Juvenil (OJI) é uma doença rara que se apresenta no início da puberdade (entre oito e 14 anos), afetando principalmente o sexo masculino. Sua etiologia é desconhecida, sendo detectado balanço negativo de cálcio em alguns pacientes. Na infância a osteoporose é classificada em primária e secundária. A primária (mais rara) se divide em: Osteogênese *imperfecta* e Osteoporose idiopática juvenil. A secundária: doenças do sistema digestivo, doenças nutricionais, doenças neoplásicas, doenças renais, doenças pulmonares. O diagnóstico da OJI

* Acadêmica de enfermagem do 9º período do curso de graduação e licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Monitora da disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II/ UFF. Endereço R: Prof. Gabizo nº115/204. Tijuca. RJ. E-mail: rangal@ig.com.br.

† Acadêmicas de Enfermagem no 9º período do curso de graduação e licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF).

‡ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno- Infantil e Psiquiatria (MEP) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) – Universidade Federal Fluminense (UFF).



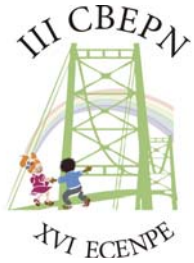
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

é difícil, uma vez que os sintomas são inespecíficos, mas são realizados para confirmação diagnóstica: Métodos de imagem, como raio X, densitometria óssea, tomografia computadorizada, ultra-sonografia quantitativa. Marcadores bioquímicos: marcadores podem ser dosados no sangue e na urina, a fosfatase alcalina específica do osso (FAL-O). As principais características clínicas são fraturas de ossos longos e de vértebras; consolidação de fraturas com osso com baixa densidade óssea; e cura freqüente depois da maturidade do esqueleto. Artralgias, principalmente em joelhos e tornozelos, são freqüentes. Pode ocorrer dor lombar, com ou sem fraturas vertebrais, devido a microtraumas. Nos casos mais graves, o acometimento de membros inferiores acarreta dificuldade à deambulação. Estes pacientes podem desenvolver deformidades ósseas permanentes, resultantes de fraturas consecutivas nas metáfises de ossos longos. O prognóstico geralmente é favorável. O tratamento preventivo consiste em orientação dietética a qual deve ser rica em alimentos com alto teor de cálcio e pobre em proteínas e em fosfatos, presente nas carnes vermelhas, cereais e refrigerantes. Recomenda-se ainda a restrição da ingestão de sódio, pois, quando ingerido em grandes quantidades, aumenta a excreção renal de cálcio; Uma adequada exposição aos raios solares ultravioleta é necessária para a produção de vitamina D a partir de seu precursor 17-deidrocolesterol, presente na gordura e na pele. A exposição solar deve ser diretamente na pele; Os adolescentes devem ser orientados quanto aos efeitos negativos do consumo de álcool e café e do hábito de fumar sobre o metabolismo ósseo e, conseqüentemente, sobre o pico de massa óssea; A atividade física, em especial os exercícios contra a gravidade, deve ser estimulada. O tratamento inicial da osteoporose deve ser feito através da suplementação de cálcio e vitamina D. Deve-se utilizar também drogas que estimulam a formação óssea; O flúor (fluoreto de sódio e monofluorofosfato) é um potente estimulador da formação de osso trabecular; Drogas que diminuem a reabsorção óssea; Os bifosfonatos atuam diretamente sobre os osteoclastos, A calcitonina age inibindo os osteoclastos e também tem efeito analgésico central. É importante ressaltar que a eficácia do tratamento medicamentoso da osteoporose é pequena, sendo que, após dois anos de sua introdução, o ganho de massa óssea é de cerca de 5% a 10% em coluna e 5% em cólo de fêmur. Os cuidados de enfermagem levantados para essa patologia são: Evitar quedas (utilizando auxílio de muletas, cadeira de rodas); Monitorar e auxiliar durante a higiene corporal; Avaliar melhora ou piora da dor; Colocar compressas frias nas articulações. Evitar quedas e fraturas (não ter pequenos tapetes soltos pela casa para evitar escorregões e tropeços, deixar alguma luz acesa à noite para o caso de precisar se levantar, e ter cuidado na hora de sair da cama); Usar sapatos ou chinelos confortáveis, com solado antiderrapante; Praticar alguma atividade, por exemplo, caminhadas de 40 minutos, três a quatro vezes por semana; Orientar quanto a alimentação que deve ser equilibrada e rica em cálcio, principalmente pela ingestão de leite e derivados, peixe e verduras; Exposição freqüente ao sol (fonte de vitamina D); embora não necessariamente por períodos longos; **Conclusão:** Ao realizar esse trabalho nos deparamos com a escassez de artigos científicos sobre essa patologia. Foram encontrados somente sete artigos na área médica e nenhum artigo escrito pela enfermagem. Apesar de ser uma doença considerada rara, é importante a ampliação dos estudos, principalmente na área de enfermagem, para que assistência a essas crianças seja desenvolvida de uma forma mais adequada e satisfatória.

Palavras-chave: osteoporose; saúde da criança; cuidados de enfermagem.

Referências:

CAMPOS, Lúcia M. A.; LIPHAUS, Bernadete L. ; SILVA, Clóvis A. A.; PEREIRA, Rosa M. R.. Osteoporose na Infância e na Adolescência. J. Pediatr. (Rio J.) vol.79 n.6 Porto Alegre: Nov./Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572003000600005&script=sci_arttext> Acesso em: 24/9/2008.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

ERCOLE, Linete Parolin; RACHID FILHO, Acir; RACHID, Acir. Osteoporose idiopática juvenil: descrição de um caso. Rev. bras. reumatol; 25(4):150-2, jul.-ago. 1985. Disponível em <http://bases.bireme.br/>. Acesso em 24/9/2008

FIGUEIREDO, Nélia Maria (Org.). Método e metodologia na pesquisa científica. São Paulo: Yendis, 2007.

SEDA, H; MENEZES, L. A; GHELMAN, S. S. Osteoporose idiopática juvenil. Apresentação de dois casos. Rev. bras. reumatol; 23(2):69-74, 1983. Disponível em <http://bases.bireme.br/>. Acesso em 24/9/2008

SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez, 2007.

TAMES Pérez, HECTO Eloy; ADOLFO, Quintanar Elías; GALINDO, Salas Raúl; GUEVARA, José Luis Martínez. Osteoporosis juvenil idiopática. Rev. invest. clín;38(2):173-6, abr.-jun. 1986. Disponível em <http://bases.bireme.br/>. Acesso em 24/9/2008

WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva. 5 edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**157 - Percepção dos pais sobre as informações recebidas na unidade de terapia
intensiva pediátrica**

Vanessa de Souza Freitas*
Lori Anisia Martins de Aquino†
Tatiany Calegari‡

Durante a internação de um filho na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), os pais vivenciam muitos sentimentos negativos, tais como: angústia, ansiedade, estresse, temores e preocupações. A equipe de saúde, ao cuidar da criança internada, convive com esses familiares, que também precisam ser assistidos, a fim de que sejam minimizados os sentimentos e as apreensões quanto ao tratamento, diagnóstico e prognóstico da criança. Em relação ao enfermeiro, pode-se afirmar que, enquanto coordenador da equipe de enfermagem, lhe compete a iniciativa de envolver tanto a criança quanto os familiares nos cuidados prestados, garantindo-lhes uma atenção humanizada. Neste contexto, a pesquisa teve como objetivo analisar a percepção dos pais sobre a comunicação estabelecida entre eles e a equipe de saúde em uma UTIP de um hospital universitário do interior de Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa de campo, transversal, de caráter exploratório, numa perspectiva quantitativa e qualitativa, realizada de acordo com as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Os dados foram coletados de setembro a outubro/2008, por meio de um questionário aplicado a 10 pais acompanhantes de crianças internadas na UTIP. A maior parte da amostra (70%) correspondeu a mães; a idade dos sujeitos variou entre 20 e 40 anos; 60% residiam com o(a) companheiro(a) e filhos(as) em cidades circunvizinhas; e 30% tinham escolaridade correspondente ao ensino fundamental, 30% ao ensino médio e 20% ao ensino superior. Os resultados da pesquisa mostram que 70% dos participantes não haviam passado previamente pela experiência de ter um filho internado em uma UTIP. Assim sendo, a maioria dos pais conheceu o setor durante aquela internação da criança; não tiveram um contato anterior com a rotina e com os profissionais do cuidado intensivo pediátrico; e nunca haviam vivenciado os sentimentos decorrentes daquela realidade, tais como preocupações, temores, angústias, ansiedades e estresse. Todos os participantes do estudo mencionaram compreender as informações recebidas dos profissionais de saúde e, estar satisfeitos com elas. Nesta pesquisa, o grau de escolaridade parece não ter constituído uma barreira na comunicação entre os acompanhantes e os profissionais. Isto leva a crer que, a equipe de saúde tem cumprido o seu papel, neste aspecto tão importante, de interação com a família da criança internada. Entretanto, 40% dos sujeitos explicitaram sentir a necessidade de receber informações adicionais sobre o filho internado. Dentre eles, 20% gostariam de saber mais detalhes sobre o estado de saúde da criança; 10% gostariam de receber explicações sobre os resultados dos exames realizados; e uma mãe mencionou que gostaria de receber “outras informações”, tais como maiores considerações sobre os medicamentos fornecidos, o estado emocional do filho, os dados vitais, a alimentação e a hidratação da criança. A pesquisa mostra ainda que, em relação à capacidade dos pais distinguirem os diversos profissionais integrantes da equipe de

* Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Uberlândia. Email: vhavha_enf@hotmail.com

† Enfermeira e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. Mestre em Educação Superior. E-mail: lorianisia@famed.ufu.br

‡ Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica da Universidade Federal de Uberlândia. Mestre em Ciências da Saúde. Endereço: Rua Mário Pinto Sobrinho, 226. Bairro: Santa Mônica. Uberlândia, MG. CEP: 38408-128. E-mail: taticalegari@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

saúde da UTIP, 70% dos sujeitos afirmaram saber quem era o(a) médico(a) responsável pelo tratamento da criança; e 60% conseguiam reconhecer quem era o profissional enfermeiro(a); no entanto, apenas 40% da amostra reconheciam quem era o(a) técnico(a) de enfermagem; e 50% dos sujeitos relataram ter condições de distinguir quem era o(a) fisioterapeuta. Estes dados confirmam a importância e a necessidade de que cada membro da equipe de saúde faça a sua apresentação formal aos pais e acompanhantes da criança internada. Desta forma, ao se estabelecer o processo de comunicação, os pais terão condição de associar as informações buscadas e/ou recebidas à função que cada profissional desempenha na unidade. Na UTIP pesquisada, o primeiro contato com os acompanhantes se dá a partir da enfermeira responsável pelo plantão; e todas as informações referentes ao diagnóstico e tratamento são fornecidas pela equipe médica. Isso pode explicar o fato de que esses profissionais são identificados pela maioria dos participantes. Por outro lado, antes de qualquer procedimento a ser realizado com a criança, os pais são convidados a se retirarem do quarto; isso pode justificar o fato de apenas uma pequena parcela da amostra saber identificar na equipe, quem é o(a) fisioterapeuta e o(a) técnico(a) de enfermagem. Quanto à capacidade de distinguir a função dos diversos profissionais integrantes da equipe de saúde, 70% afirmaram saber qual era a função do enfermeiro, do médico e do fisioterapeuta; e, apenas 40% sabiam distinguir qual era o trabalho exercido pelo técnico de enfermagem, embora este profissional ficasse a maior parte do tempo próximo ao paciente. Destaca-se que, embora metade dos sujeitos tenha respondido não saber quem era o(a) fisioterapeuta da UTIP, 70% dos pais afirmaram conhecer qual seria a função desse profissional. Ressaltamos que em um ambiente de terapia intensiva, é preciso que o profissional de saúde não fique centrado apenas no cuidado ao paciente, mas que interaja também com os familiares e visitantes, uma vez que eles têm a necessidade e o direito de saber a respeito do estado geral e do prognóstico do paciente, independente de qual categoria profissional origine essa informação. Além disso, a investigação evidencia que, quando desejam obter informações referentes ao estado de saúde do filho, 70% da amostra afirmaram recorrer à enfermeira e 80% ao médico; somente 10% mencionaram o técnico de enfermagem; 10% fizeram referência a outros profissionais; e nenhum dos sujeitos citou o(a) fisioterapeuta. Esta ocorrência pode estar relacionada ao fato de metade dos pais não conhecerem o(a) fisioterapeuta da unidade. A maior procura pelo médico pode ser atribuída à formação cultural da nossa sociedade, que acredita que esse profissional seja o detentor do poder de decisão junto à equipe de saúde; e, quando consideramos a sua atuação em nível de tratamento, é realmente ele o profissional que possui maior grau de autonomia. Destacamos ainda que a enfermeira de uma UTIP deve manter uma relação mais próxima e permanente com a criança e seus familiares; portanto, compete a ela auxiliar os pais a compreender o estado de saúde do filho. Tal consideração encontra respaldo nos resultados obtidos nesta pesquisa. A pesquisa relativa à percepção dos pais acerca da forma como a equipe de saúde da UTIP poderia contribuir para minimizar as preocupações, temores, angústias, e ansiedades dos pais das crianças internadas teve uma abordagem qualitativa. As respostas obtidas foram categorizadas conforme a similaridade de seus conteúdos. As seguintes categorias podem ser destacadas: a necessidade de estabelecer mais diálogo com os pais (20%); enfatizar o estado de saúde da criança, tanto em seu aspecto físico quanto emocional (20%); permitir um número maior de visitas (10%); e, ter o acompanhamento de “pessoa especializada” (10%). Diante do resultado obtido, observa-se que é necessário estreitar ainda mais a comunicação entre os pais e os profissionais de saúde. Os pais mencionaram a necessidade de receber mais informações referentes ao estado de saúde da criança em duas oportunidades distintas, quando foram indagados sobre “o que” exatamente gostariam de receber mais informações e quando foi solicitada sua opinião sobre “como” a equipe de saúde poderia contribuir para amenizar os sentimentos negativos durante a internação do filho. Isso pode ser relacionado ao estigma atribuído pela sociedade à



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

internação em UTI, já que para muitas pessoas, esse local é associado à doença muito grave e à morte. Enfatizamos que é papel da enfermeira oferecer apoio, conforto e informações aos membros da família, por meio do diálogo claro e da criação de “Grupos de Pais da UTIP”, com o intuito de estreitar as relações, contribuir para o alívio do estresse e melhor enfrentamento das situações inerentes ao processo de doença e à internação do filho em um serviço de terapia intensiva. A presença de mais visitantes à criança internada, apontada como forma de minimizar os sentimentos negativos dos pais, deve permitir que os irmãos sejam incluídos entre os visitantes. Entretanto, a humanização estabelecida pela ampliação da quantidade de visitas esbarra na dificuldade de conciliar o trabalho da equipe com a necessidade de dispensar atenção aos familiares. Além disso, resposta de uma mãe, que sente necessidade de uma “pessoa especializada”, que seja capaz de minimizar os sentimentos negativos dos pais/acompanhantes durante a internação, se faz importante na medida em que, no setor investigado, constata-se a ausência, na maior parte do tempo, de um(a) psicólogo(a) para atuar junto aos pais. Finalmente, a pesquisa permite inferir que a visão exclusivamente tecnicista do profissional de saúde, bem como a prestação de um atendimento impessoal e agressivo, é incompatível com a situação difícil originada tanto pelas rotinas hospitalares, quanto pelo medo do desconhecido, pela separação, pelas limitações impostas pela doença e pelo prognóstico da criança internada em UTIP. Assim, faz-se necessário que, principalmente a equipe de enfermagem, tenha disponibilidade e disposição para observar, ouvir e conversar com o paciente e sua família, a fim de estabelecer um vínculo pautado na humanização do cuidado. Neste sentido, enquanto coordenador da equipe de enfermagem, ao enfermeiro compete a iniciativa de envolver tanto a criança quanto os familiares nos cuidados prestados, garantindo-lhes uma atenção humanizada. Portanto, este estudo evidencia que, no contexto dos serviços de saúde, a comunicação é um fator altamente significativo a ser considerado; e, desta forma, deve ultrapassar os limites das profissões que direta ou indiretamente atuam no processo do cuidar.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva; pediatria; comunicação; pais; profissional de saúde



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

158 - Pós-operatório imediato de correção total de tetralogia Fallot: diagnósticos de enfermagem correlacionados

Viviane Aparecida Braga
Wederson Leandro Marin
Anaestela Vilha Toledo Morales
Marcio Petenusso

As cardiopatias congênitas constituem uma das causas de morte no primeiro ano de vida, cerca de 4 a 10 lactentes entre 1000 nascidos vivos são portadores desta patologia que possui etiologia desconhecida. A Tetralogia de Fallot constitui uma doença grave que sua forma clássica apresenta quatro alterações anatômico-funcionais sendo, comunicação interventricular, que envolve tanto o septo membranoso e a parte anterior do septo muscular, dextro posição ou deslocamento para direita da artéria aorta, obstrução ou estreitamento do canal de vazão pulmonar, incluindo a estenose da valva pulmonar e redução do tamanho do tronco pulmonar, e hipertrofia do ventrículo direito visto maior desgaste desta câmara para bombear o sangue através dos canais pulmonares obstruídos. Conforme literatura, alguns lactentes podem apresentar desde crises de cianose devido a hipoxemia e dispnéia, até déficit no crescimento, convulsões perda da consciência e morte súbita. O tratamento basicamente é cirúrgico havendo duas modalidades de cirurgia, paliativa e de correção total, as quais devem ser realizadas preferencialmente nos primeiros meses de vida ou até 2 anos de idade. É importante destacar que em idade precoce o risco decorre da dificuldade de adaptação do ventrículo direito, e na idade mais avançada, dos fatores adversos da hipoxemia crônica que interfere na evolução ou recuperação desses clientes. Assim a cirurgia paliativa é recomendada em lactentes sintomáticos os quais a cirurgia de correção total seria difícil ou impossível. O primeiro procedimento empregado seria a Blalock Taussing, que consiste numa anastomose entre as artérias subclávia e pulmonar com o objetivo de aumentar o fluxo pulmonar melhorando sobremaneira os quadros de hipoxemia, já a cirurgia de correção total é realizada com circulação extracorpórea, tendo como objetivo a ligadura de shunts sistêmicos pulmonares prévios, fechamento da comunicação interventricular, ampliação da via de saída do ventrículo direito, trata-se de uma cirurgia de grande porte com taxa de mortalidade cirúrgica de 2 a 15%. Devido à complexidade cirúrgica bem como todos os aspectos envolvidos durante a internação, estes processos constituem em experiências assustadoras para os clientes e seus familiares. Assim, as orientações prestadas aos familiares bem como a assistência de enfermagem ao cliente portador de Tetralogia de Fallot requer um trabalho colaborativo e sincronizado entre a equipe multiprofissional, sendo a suspeita clínica por mais sutil que possa parecer deve ser valorizada e investigada, devendo ser corrigida precocemente afim de diminuir as complicações. Segundo literatura, as principais complicações no pós-operatório ocorrem nas primeiras 72 horas, assim deve ser realizado monitorização hemodinâmica contínua, controle de drenos e cateteres, observação contínua do padrão ventilatório, alterações de temperatura, controle de dor e alterações eletrocardiografias. Assim a presença do enfermeiro é indispensável no pós-operatório destas cirurgias para que este seja o menos traumático possível para os clientes e seus familiares. Este profissional estará realizando identificação bem como e resolução de problemas apresentados nestes clientes utilizando como método de trabalho a Sistematização da Assistência de enfermagem, para que assim possa realizar o planejamento da assistência individualizado e com qualidade. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam um método útil para organizar o conhecimento de enfermagem exigindo que o profissional da saúde seja



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

melhor preparado para manejar os problemas e necessidades que surgem. **Objetivo:** Evidenciar os principais diagnósticos de enfermagem reais no pós - operatório imediato de correção total de Tetralogia de Fallot, com vista nos processos fisiopatológicos envolvidos nesta doença e tratamento. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada através do levantamento de obras pertinentes acerca da fisiopatologia tratamento e assistência de enfermagem aos clientes portadores de Tetralogia de Fallot datadas de 1995-2008, as quais foram submetidas a leitura exploratória, analítica, e interpretativa para posterior levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem reais no pós operatório imediato de correção total dessa patologia. **Resultados:** Após realizarmos esta pesquisa podemos observar que os levantamentos de diagnósticos reais frente as diferentes patologias são primordiais como subsidio para elaboração de protocolos assistenciais. É importante destacar que ao analisarmos as literaturas pertinentes não encontramos em sua maioria a evidência de diagnósticos reais, visto apresentarem majoritariamente os diagnósticos de risco. Porém durante a elaboração desta nossa pesquisa, foi possível identificar pelo menos 7 diagnósticos de enfermagem reais de acordo com a lista da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), sendo eles: Hipotermia caracterizado por pele fria e redução da temperatura corpórea relacionado à regulação ineficaz da temperatura secundário a idade. Débito cardíaco diminuído caracterizado por pressão arterial baixa, relacionado ao déficit no inotropismo cardíaco. Perfusão tissular periférica alterada caracterizada por palidez, cianose, e pele fria relacionada à presença de hipotensão, hipotermia e vias invasivas. Padrão respiratório ineficaz caracterizado por modificações na frequência e padrão respiratório relacionado á imobilidade, e supressão do reflexo de tosse secundário aos efeitos de anestésicos utilizados no procedimento cirúrgico. Conforto alterado caracterizado por demonstração de desconforto, relacionado ao trauma tissular e espasmos musculares secundários ao procedimento cirúrgico. Integridade tissular prejudicada caracterizada por invasão de estrutura orgânica relacionada à presença de cateteres e sondas e imobilidade secundária a sedação. Desobstrução ineficaz das vias aéreas caracterizadas por tosse ausente ou incapacidade para remover secreções das vias aéreas relacionado à supressão do reflexo de tosse secundário a sedação para procedimento cirúrgico. **Conclusão:** Os dados encontrados a persistência do canal arterial e os defeitos de septo foram os diagnósticos mais freqüentes na população estudada. Embora tais anomalias sejam consideradas de resolução simples e associadas a prognóstico favorável para sobrevivência dos RN a termo, estiveram associadas a outras malformações complexas. Os inúmeros dispositivos em uso no 1º PO para controle dos parâmetros vitais, balanço hídrico, manutenção de suporte ventilatório, hemodinâmico, renal, além dos tratamentos realizados por acesso vascular refletem a instabilidade orgânica dos neonatos no PO de cirurgia cardíaca. demonstram a importância no levantamento dos diagnósticos de enfermagem reais como subsidio para implantação de protocolos de cuidados, e ainda rediscutirmos a aplicação dos diagnósticos de risco, saúde e síndrome, visando pragmatizar o diagnóstico de enfermagem real, tornando a implementação de enfermagem mais eficaz. O neonato submetido à cirurgia cardíaca é um paciente complexo que requer equipe de enfermagem treinada, devidamente capacitada para uma assistência com excelência, com competência para prever e detectar complicações precoces e intervir em seu pronto restabelecimento. Nesse sentido, conhecer o perfil da população assistida é fundamental aos profissionais que atuam no serviço de saúde, já que estas informações subsidiam o planejamento dos recursos humanos, materiais e logísticos necessários para prover uma assistência adequada ao tipo de população atendida.

Palavras chaves: tetralogia de Fallot, pós-operatório, diagnósticos de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Referências:

Zanetta RAC, Afiune JY, Stape A. Abordagem das cardiopatias congênitas no recém-nascido. In: Knobel E. Pediatria e neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2005. p.167-90.

Júnior, João Fazio et al. Cuidados intensivos no período neonatal. São Paulo. Sarvier; 1999.

Tamez, Raquel Nascimento e Silva, Maria Jones Pantoja. Enfermagem na UTI neonatal. Assistência ao recém – nascido de alto risco. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2002.

NANDA – Sparks, Sheila e Taylor, Cynthia M. Manual de diagnóstico de enfermagem. 6ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2007.

Carpenito-Moyet, Lynda Juall. Diagnostico de enfermagem. Aplicação à prática clínica. 10ª edição. Porto Alegre. Artmed; 2007.

Martins, Thiago Gomes e Col. Tetralogia de Fallot: Anátomo-Fisiologia Cardíaca, Tratamento Paliativo e Técnica Operatória Definitiva. XI Encontro de Iniciação à Docência. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Kawashima_procedure>; <<http://publicacoes.cardiol.br/caminhos/011/default.asp>>; http://www.pediheart.org/practitioners/defects/ventriculoarterial/TOF_PS.htm. Acesso em 13 Dez 2008.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**159 - Preparando a criança para a endoscopia digestiva: contribuições do
brinquedo terapêutico**

Vivian Costa Fermo*

Ana Paula Hoch[†]

Carolina Cano da Costa Stelle[‡]

Leandro Vilamil[§]

Introdução: A atividade lúdica da criança é um dos aspectos mais genuínos do comportamento infantil e se constitui no trabalho da criança. O jogo ou brincadeira pode ser visto como um marco de referência cultural e de uma aproximação genética, como a expressão do procurar o outro, ou seja, a criança procura alguém como referência para imitá-la ou contrariá-la, sendo essa pessoa outra criança ou um membro da brincadeira. Para diversos autores a brincadeira é essencial para o processo de crescimento e desenvolvimento, pois através dela, a criança tem oportunidade de explorar o mundo físico e facilitar o seu desenvolvimento sensoriomotor. Este aspecto se acentua quando a criança está hospitalizada..Sabe-se que a hospitalização desacelera o processo de crescimento e desenvolvimento, além de ter importantes repercussões de acordo com o tempo de hospitalização, utilização de procedimentos invasivos dentre outros. Em vista desses aspectos O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente reconheceu que as crianças e os adolescentes têm o direito de de desfrutar de alguma forma de recreação e programas de educação para a saúde durante a permanência hospitalar e em 2004 o Conselho Federal de Enfermagem já havia atribuído como competência do enfermeiro que atua na área pediátrica, utilizar a Técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico na assistência à criança e família hospitalizados. Portanto, é imprescindível que os profissionais da saúde, em especial os de enfermagem estejam atentos para a promoção dos aspectos saudáveis do viver destas crianças e adolescentes, principalmente a partir do uso do brinquedo terapêutico durante a internação. Preocupados com esta problemática, este trabalho tem por **objetivo** relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem da quinta fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na aplicação de um brinquedo terapêutico instrucional para preparo da criança para a endoscopia digestiva. O trabalho foi desenvolvido durante as atividades teórico-práticas do estágio em pediatria, junto a uma unidade de internação de um hospital pediátrico do Sul do Brasil (Hospital Infantil Joana de Gusmão) no período de 13 a 23 de setembro de 2008. A aplicação do brinquedo contou com a participação de uma criança de 12 anos que iria ser submetida a uma endoscopia digestiva. A criança contava com a presença da mãe no momento da realização da atividade. O brinquedo proposto teve como objetivo explicar e facilitar a compreensão do procedimento do exame de endoscopia digestiva alta através da atividade lúdica, bem como diminuir a tensão, ansiedade, o stress e o medo do desconhecido quando a criança é submetida a um procedimento que não conhece. Descrevendo o brinquedo: o brinquedo proposto possuía três partes separadas a saber: 1. Boneco manequim, confeccionado de material sintético (E.V.A), onde estavam disponíveis para a visualização o trânsito gastrointestinal (compreende boca, esôfago, estômago e intestinos), estando cada órgão colorido de cores diferentes, para

* Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Endereço: Rua Capitão Romualdo de Barros, apto 301, Bloco C. Carvoeira – Florianópolis. Email: Vivianfermo@hotmail.com.

[†] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

[‡] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

[§] Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

facilitar a visualização, essas partes ficavam expostas para facilitar a compreensão da criança quanto ao exame de endoscopia digestiva alta. 2. O segundo componente do brinquedo consistia num tubo de silicone que seria introduzida pela cavidade oral até o estômago do manequim (sonda), este tubo tinha o objetivo de simular o endoscópio utilizado no procedimento. 3. O terceiro componente consistia em uma caixa de papelão (representando um monitor de vídeo), onde estava fixado um papel preso a uma bobina, contendo desenhos ilustrando as estruturas anatômicas do trato gastrointestinal superior, e na medida que o procedimento ia sendo realizado na boneca, um dos estudantes explicava para a criança o que estava ocorrendo, para que ela pudesse visualizar as respectivas estruturas (boca, esôfago e estômago) e atingir o entendimento do que ocorria. A escolha do instrumento desta atividade se deu em função de a criança em idade escolar estar aprendendo sobre o corpo humano e já ser capaz de reconhecer as estruturas e ter a oportunidade de reforçar este conhecimento. Aplicando o brinquedo: primeiramente a criança foi orientada acerca da necessidade de uso de punção venosa a fim de induzir o sono através de uma medicação, para facilitar o procedimento. Posteriormente o expositor do brinquedo explicou o que significava o exame de endoscopia, suas finalidades e como seria realizado o procedimento. Após a explicação do procedimento, o expositor começou a realizar o procedimento no manequim, então a mangueira de silicone foi introduzida na cavidade oral do boneco, passando pelo esôfago até alcançar o estômago, e ao mesmo tempo que se introduzia o tubo de silicone (que simula o endoscópio), outro estudante ia girando a bobina de papel desenhada que representava as respectivas estruturas anatômicas do trato gastrointestinal. A criança que participou da atividade já vinha sendo submetida a endoscopia desde os sete anos de idade, mas mesmo assim ouviu a proposta, concordou em participar e mostrou-se atenta durante todo o processo. Ao longo da brincadeira lúdica a criança atenta sorria, conversava, em alguns momentos mostrava-se tímida, porém sem perder o interesse. Ao não lembrar o nome de algum órgão, perguntava novamente o nome deste e se mostrava feliz por estar reforçando seu conhecimento sobre os órgãos de seu corpo. A mãe também participou da atividade questionando algumas dúvidas. Para o participante e familiar o brinquedo era útil e ajudaria no preparo de outras crianças que ainda não tinham sido submetidas ao exame, pois o boneco apresentado era de fácil compreensão e ajudava na compreensão dos órgãos, finalidades e como é o exame. Contudo a criança participante reforçou a necessidade de incluirmos no brinquedo o nome dos órgãos em letra grande, facilitando o reconhecimento dos mesmos. **Conclusão:** Evidenciamos a importância do uso do brinquedo terapêutico instrucional, pois ele favorece a interação entre a criança e os expositores, melhorando a comunicação entre ambos. Ao haver melhora da comunicação é facilitado a explicação e a compreensão do exame proposto. Além disso este tipo de educação em saúde não é apenas importante para a criança, mas para seus familiares pois a partir de sua aplicação os mesmos conseguem retirar dúvidas e diminuir a ansiedade acerca do procedimento a ser realizado em seu filho.

Palavras-chaves: brinquedo, endoscopia, cuidado de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**160 - As percepções de uma acadêmica no cuidado à criança e adolescente com
câncer: um relato de experiência**

Vivian Costa Fermo*
Jane Cristina Anders[†]
Ana Izabel Jatobá de Souza[‡]

Introdução: Quando estava cursando o quinto período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, entendi que para ser enfermeira tinha que ter um conhecimento científico consolidado e com constantes atualizações a fim de construir uma enfermagem respeitada, com comprometimento no trabalho em equipe e respeito ao paciente. Durante esse processo de reflexão busquei ampliar o conhecimento e realizei estágios extracurriculares não-obrigatórios. Por gostar da área de pediatria, escolhi uma unidade de Onco-hematologia de um hospital pediátrico, referência do estado de Santa Catarina. Esta unidade possui uma equipe multidisciplinar e todo suporte necessário para o tratamento oncológico. Assim, além de colaborar com o serviço de enfermagem, pude observar o trabalho de uma equipe interdisciplinar com vistas à melhora da qualidade de vida do paciente e sua família. No setor de Oncologia me deparei com uma realidade bastante emocionante, pois o paciente e sua família se defrontam com uma doença grave e o medo da morte está presente em seu cotidiano. Na população em geral, a palavra câncer está relacionada a morte, e assim o familiar e a criança se tornam alvo de penúria, e ficam tomados por sentimentos de impotência, estresse, tristezas, incertezas, ansiedade, nervosismo, raiva, revolta e outros sentimentos pejorativos. Diante deste contexto pude compartilhar sentimentos e vivências com os familiares e as crianças, ressaltando nos pais a importância da família no processo de internação e reabilitação do doente. Esse estudo tem como objetivo refletir sobre o processo de cuidar da criança com câncer e sua família no processo de hospitalização. **Resultados:** A partir das vivências durante o período de estágio, percebemos que quando uma criança é diagnóstica com câncer, a reação da família é buscar uma causa para a doença e muitas vezes se culpam pelo adoecimento do filho, pois pensam que não mantiveram os cuidados necessários com a criança ou durante a gestação. Isto ficou claro durante reuniões organizadas pela enfermeira-chefe da unidade, onde as mães verbalizavam seus questionamentos e dúvidas, e era discutido sobre o significado da palavra câncer, sua etiologia, as formas de tratamento e seus efeitos colaterais, os mitos e as verdades. Esta reunião era muito importante para ajudar as famílias, principalmente as mães frente ao sentimento de culpa tornando-as ativas no tratamento de seus filhos. Durante estas reuniões também era abordado sobre os avanços que ocorreram na oncologia infantil e que atualmente há chance de 70 a 80 % de cura (CAMARGO et al, 2007). Essa discussão mostra para as famílias que o câncer é uma doença crônica com chance de cura. Muito rapidamente, após o diagnóstico, começa o tratamento anti-neoplásico, e a criança começa a apresentar os efeitos colaterais do tratamento, sendo esses grandes estressores para o paciente e familiar, gerando sentimentos de diferentes ordens na criança, principalmente quando o tratamento terapêutico afeta sua aparência física. Outros estressores são os procedimentos invasivos como sondagem nasogástrica, sondagem vesical, punção em catéter totalmente implantável,

* Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Membro do Grupo GPECCA. Endereço: Rua Capitão Romualdo de Barros, apto 301, Bloco C. Carvoeira – Florianópolis. Email: vivianfermo@hotmail.com

[†] Enfermeira, Docente Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFSC. Vice Líder do Grupo GPECCA. Email: janecanders@nfr.ufsc.br

[‡] Enfermeira, Docente Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFSC. Líder do Grupo GAPEFAM e membro do Grupo GPECCA. Email: janecanders@nfr.ufsc.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

punções venosas, entre outras. Com isto, durante todo o tratamento os pacientes apresentam não só distúrbios físicos, mas também psicológico, relacionado ao manejo da doença, fazendo com que a criança mude de humor constantemente, passando do estado de alegria para o de tristeza ou fúria rapidamente, o medo é um sentimento que persiste na maioria do tempo. Quando a criança sofre é gerado sofrimento também ao familiar. Muitas vezes a família consegue colaborar no cuidado, mas em algumas situações torna-se insegura podendo repercutir de forma negativa na adaptação do filho. Muitas vezes passam a viver em função da doença da criança tendo que readaptar suas vidas e reorganizar a rotina familiar. Identificamos que na maioria das vezes o pai fica responsável por manter o suporte econômico, e a mãe pelo cuidado a criança no âmbito hospitalar, sendo ela a grande cuidadora. Ressaltamos que o pai é uma figura importante e também deve ser um membro ativo neste cuidado, pois a criança se sente mais amada, mais segura e adaptada à rotina hospitalar, pois diminui a saudade da figura paterna. Assim vê-se que o câncer infantil desestabiliza e desorganiza toda a família, pois atinge todos os membros envolvidos neste processo. Alguns pacientes não têm chances de cura e a estes restam oferta-lhes a melhor qualidade de vida possível. Neste momento o profissional deve mostrar comportamentos pautados na sinceridade, empatia e boa comunicação junto aos pais no momento de comunicar sobre a decisão de continuar com os cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial da Saúde estes são os cuidados prestados quando o controle da dor e sintomas, problemas sociais e espirituais se tornam a prioridade do tratamento (CAMARGO et al, 2007). Durante o difícil processo de adoecimento, o profissional presta um cuidado adequado, a fim de que os envolvidos sintam-se seguros, acolhidos e contribuindo dessa forma com o vínculo entre os profissionais, paciente e sua família. Ressalto que há família em todo esse período tem um papel fundamental em relação a adaptação da criança no âmbito hospitalar e na ajuda de enfrentamento da doença, e por isto estes também precisam se sentir seguros e equilibrados, para poderem passar tais sentimentos à criança. **Considerações finais:** Tanto a criança diagnosticada com câncer como a sua família tornam-se o paciente, pois ambos necessitam de cuidados de diferentes ordens. Frente às considerações realizadas até o momento, é importante que os profissionais da saúde, diante da responsabilidade ética com a vida, consigam apreender a potencialidade e habilidade das crianças e adolescentes em lidar com situações adversas de maneira corajosa. Deve merecer atenção não só os aspectos específicos da doença e do tratamento, mas os que vão além deles, pois a criança e o adolescente é, antes de tudo, um ser em crescimento e desenvolvimento e, como tal, necessita ser entendido e respeitado. Nesse sentido, tanto eles como suas famílias precisam contar com medidas de apoio e suporte técnico e emocional para obterem sucesso em sua trajetória de vida. É necessário ouvir, sorrir, dar amor e carinho, tanto o paciente quanto ao familiar, mostrando-se além de um profissional técnico competente, uma pessoa capaz de desenvolver a empatia, a comunicação e um trabalho baseado em uma práxis humanizada e de responsabilidade, na perspectiva de “estar com” a criança, o adolescente e sua família.

Palavras-chaves: criança, adolescente, câncer, hospitalização, enfermagem pediátrica.

Referência:

Camargo, B; Kurashina, Andréa Y. Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica: O Cuidar Além do Curar. São Paulo. Ed: Lemar;2007.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**161 - O uso do brinquedo terapêutico na adaptação da criança a traqueostomia e
aspiração traqueal**

Priscila dos Santos Netto Alves^{*}
Fabiane de Amorim Almeida[†]
Nanci Cristiano Santos[‡]

A doença e hospitalização podem representar as primeiras crises com que as crianças se deparam em suas vidas. São momentos traumáticos, estressantes e de difícil aceitação, em que elas apresentam alterações em seu comportamento variando de acordo com: idade de desenvolvimento; experiência prévia com a doença, separação ou hospitalização; habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas; gravidade da doença e o suporte disponível a ela. A criança gravemente enferma é submetida a diversas situações estressantes e pode necessitar de procedimentos invasivos dentre eles a traqueostomia, que é um procedimento em que é feita uma abertura cirúrgica na traquéia de maneira emergencial ou eletiva, com a inserção de um tubo, podendo ser temporária ou definitiva. O paciente traqueostomizado requer cuidados de enfermagem como avaliações e higiene diárias do ostoma e pele ao redor, fixação segura e adequada do dispositivo, umidificação das secreções e aspiração sempre que necessário. A criança traqueostomizada e sua família se deparam com uma situação nova e amedrontadora, pois de um momento para o outro a criança perde a comunicação através da fala, tem sua aparência física modificada, além de ser submetida a aspirações traqueais diárias. Dessa forma, cabe a equipe de saúde: compreender o período de adaptação da criança e sua família a situação, orientar o cuidador quanto à aspiração traqueal, ser honesta com relação às informações fornecidas e estar disponível para esclarecer dúvidas. Já a enfermeira que presta assistência à criança traqueostomizada e sua família têm como recurso para seu atendimento o brinquedo terapêutico que pode auxiliá-la a: compreender o que a criança está assimilando da situação, esclarecer idéias errôneas, prepará-la para aspiração, além de promover um meio de aliviar tensões. Brinquedo terapêutico é conceituado como uma técnica não dirigida, utilizada por qualquer enfermeiro, com qualquer criança, que possibilita ao profissional: compreender as necessidades e sentimentos da criança; comunicar informações; prepará-la para experiências novas e amedrontadoras, dando-lhe oportunidades de manusear os instrumentos ou suas imitações; estabelecer um relacionamento mais efetivo com a criança; obter informações sobre o que ela pensa e como se sente em relação à sua doença e hospitalização. As sessões de brinquedo terapêutico podem ser realizadas no local onde a criança preferir e duram entre 15 e 45 minutos, sendo que os materiais utilizados são: figuras representativas da família e equipe hospitalar, objetos de uso doméstico, chupeta, mamadeira, revolver, carro, telefone, objetos de uso hospitalar, bonecos para realização de procedimentos, material para desenho e pintura e blocos geométricos. Deve-se diferenciar o brinquedo terapêutico da ludoterapia que é uma técnica psiquiátrica utilizada em crianças com distúrbios emocionais, neuróticas ou psicóticas, conduzida por psicólogos, médicos ou enfermeiros psiquiatras, com objetivo de promover a compreensão por parte da criança de seus próprios comportamentos e sentimentos. As

^{*} Enfermeira da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

[†] Doutora em Psicologia. Professora da Faculdade de Enfermagem do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

[‡] Mestre em Enfermagem. Enfermeira chefe da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Rua Caetanópolis, 930 apt 97 ed. Atenas, Jaguaré, São Paulo. CEP: 05335120. E-mail: priscilanetto@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sessões ocorrem em ambientes controlados e podem levar de 30 minutos à uma hora. O brinquedo terapêutico pode ser classificado em três tipos: dramático ou catártico, instrucional e capacitador de funções fisiológicas. O brinquedo terapêutico dramático ou catártico permite à criança: expressar seus sentimentos, fantasias, desejos e experiências; exteriorizar as relações e papéis sociais internalizados por ela; comunicar-se com o adulto; fazer críticas ao meio e às relações familiares; assumir o “faz de conta” de ser mãe, pai, profissional; fortalecer o ego, assumindo um papel ativo, ao invés de passivo na situação. A sessão pode ser aplicada em crianças a partir de dois anos de idade, deve-se possibilitar a ela brincar com total liberdade, os materiais utilizados devem ser variados e permitir que ela possa dramatizar as situações domésticas e hospitalares, exteriorizar sentimentos e se expressar. Já o brinquedo terapêutico instrucional tem por objetivo explicar os procedimentos à criança permitindo a ela: saber o que esperar e como participar durante o procedimento; compreender a finalidade deste; envolver-se na situação em vez de ser tratada como objeto passivo; manipular o material antes e depois de ser utilizado; estabelecer relação de confiança no adulto e profissional. Devem ser utilizados como materiais: boneco de borracha ou de pano e materiais que serão utilizados no procedimento. O preparo da criança com este tipo de brinquedo pode variar de um minuto a dias, dependendo do tipo de procedimento e do estágio de desenvolvimento da criança, no infante o preparo deve ser imediatamente antes do procedimento, no pré-escolar 20 a 30 minutos antes e no caso de cirurgias, deve ser de 2 a 7 dias antes desta. No brinquedo terapêutico capacitador de funções fisiológicas o objetivo é potencializá-las de acordo com a condição da criança, preparando-a para aceitar as novas condições de vida. Diversos trabalhos apontam para os benefícios do brinquedo terapêutico em situações como: administração de medicação intramuscular e intratecal, punção venosa, coleta de sangue, situação de violência e de doença crônica como o diabetes, a asma e o câncer, além das experiências com a morte, luto e dor. Diante da importância e dos benefícios do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem pediátrica, optou-se por utilizá-lo na adaptação de uma criança de quatro anos e três meses a traqueostomia e no seu preparo para a aspiração traqueal. Este trabalho teve como objetivo descrever e analisar esta experiência através de um estudo de caso. O estudo foi desenvolvido na clínica pediátrica de um hospital universitário da cidade de São Paulo, localizado na zona oeste, que presta assistência de nível secundário. A amostra foi composta de uma criança do sexo masculino em idade pré-escolar traqueostomizada recentemente com necessidade de pelo menos duas aspirações traqueais ao dia. Os dados foram colhidos por meio de observação realizada durante quatro sessões de brinquedo terapêutico (instrucional e dramático). Além de brinquedos como: panelinhas, fogão, xícaras, carrinho, também se utilizou materiais hospitalares como seringas, agulhas de plástico, sonda de aspiração, gaze, luva, cânula de traqueostomia, boneca traqueostomizada e técnica de história. Após a transcrição das sessões, os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin, que possibilitou a elaboração de quatro categorias temáticas: a- Tendo dificuldades para lidar com a traqueostomia e a aspiração na brincadeira, observada quando a criança recusa-se a participar das brincadeiras com a cânula, ouvir parte da história e repetir a aspiração da traqueostomia da boneca; b- Envolvendo-se progressivamente com os brinquedos relacionados à traqueostomia, caracterizada através da repetição do procedimento de abertura de materiais estéreis detalhadamente, observação atenta da dramatização da aspiração da traqueostomia da boneca realizada pela enfermeira, auxílio para amarrar o cordone e segurar a boneca para a aspiração, manipulação da sonda de aspiração, extensão e aspirador em mais de uma sessão, aumento do interesse pela história, identificação com a boneca, visto que deu seu nome para ela; c- Expressando sentimentos durante a brincadeira, demonstrando raiva (bate na traqueostomia com a boneca de pano, atira a boneca representante do profissional da saúde pelo berço), prazer (sorri após a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

brincadeira, pede para ficar com a sonda de aspiração), medo (recusa em aspirar a boneca, afirma a enfermeira antes de ser aspirado que tem medo do procedimento após a terceira sessão); d- Estabelecendo vínculo com a enfermeira na brincadeira evidenciada após a primeira sessão quando passou a convidá-la constantemente para brincar. Observou-se que a criança demonstrou seus sentimentos e sua compreensão sobre a traqueostomia e a aspiração durante as sessões de brinquedo terapêutico, o que a levou a elaborar a situação vivenciada e se tornar mais tranqüila após ser submetida à aspiração traqueal. Vale ressaltar que ao final da quarta sessão não foi necessário segurá-la para o procedimento. O brinquedo terapêutico mostrou-se uma técnica efetiva na assistência de enfermagem pediátrica para a adaptação de uma criança de quatro anos e três meses a traqueostomia e aspiração traqueal, dando-lhe oportunidade para expressar livremente seus sentimentos e desenvolver o vínculo de confiança com a enfermeira.

Palavras-chave: brinquedo terapêutico, enfermagem pediátrica, traqueostomia.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

162. Conhecimento sobre febre e hipertermia na prática clínica de enfermeiras de uma clínica pediátrica

Priscila dos Santos Netto Alves^{*}
Nanci Cristiano Santos[†]

A febre é um sintoma que comumente assusta os pais, que muitas vezes a consideram uma doença e não um sintoma. A temperatura corporal é regulada por um centro localizado no hipotálamo anterior, que age como um termostato, equilibrando a produção e perda de calor do organismo mantendo a temperatura interna entre 37 e 37,2°C. A temperatura corporal varia de acordo com a idade do indivíduo (lactentes e crianças apresentam valor maior do que os adultos), sexo (nas mulheres ela é mais elevada e se altera com o ciclo menstrual), ciclo circadiano (é mais baixa pela madrugada e manhã e máxima no final da tarde e início da noite), atividade física, temperatura ambiental, local de verificação e alterações climáticas. O instrumento utilizado para verificar a temperatura corporal é o termômetro e os locais possíveis para aferir-la são as regiões: oral, axilar, retal, e timpânica. O local mais próximo da temperatura interna é a região anal, pois é pouco afetada por fatores externos; a oral pode ser influenciada pela temperatura dos alimentos ingeridos; a timpânica é cômoda e rápida, porém necessita de termômetro próprio; o local mais utilizado e aceito é o axilar devido à facilidade, menor incomodo, além de ser menos invasivo, é mais baixa do que a oral e a retal. A febre é uma elevação da temperatura corporal mediada pelo sistema nervoso central (SNC), onde o centro regulador aumenta o ponto de termorregulação da temperatura. Agentes infecciosos como: bactérias, fungos, vírus ou não infecciosos, como drogas e antígenos funcionam como pirógenos exógenos, induzindo as células fagocíticas a produzirem substâncias protéicas que estimulam a produção de prostaglandinas, estas atuam no centro de termorregulação provocando a elevação da temperatura. A febre pode ser causada por: doenças infecciosas, administração de vacinas ou soros, desidratação, lesões teciduais, neoplasias, uso de fármacos, doenças inflamatórias e hematológicas, doenças do sistema nervoso central, imunodeficiência e desordens metabólicas. Hipertermia e febre podem ser comumente confundidas por pais e profissionais da saúde. Na primeira há presença de calor excessivo em situações como: excesso de roupas, ambiente aquecido, desidratação, hipernatremia, hipertireoidismo, intoxicação medicamentosa e exercícios físicos intensos, não há influencia do centro termorregulador e a temperatura interna permanece em torno de 37 °C. Apresenta como sinais e sintomas como vasodilatação cutânea, sudorese abundante e sensação de calor, neste caso o organismo desencadeia mecanismos responsáveis pela perda de calor, não é necessário uso de antitérmicos e os métodos físicos podem ser utilizados se a criança não apresentar desconforto. Na febre observa-se vasoconstrição periférica, diminuição da sudorese, sensação de frio, calafrios e tremores, o centro termorregulador está regulado para um patamar acima de 37°C, o corpo utiliza mecanismos para reduzir a perda de calor. Diferentemente da hipertermia, no caso de febre podem ser utilizados medicamentos como: paracetamol, dipirona ou ibuprofeno, neste caso métodos físicos devem ser utilizados aproximadamente após uma hora da administração do medicamento, desde que não provoque desconforto à criança. Este trabalho teve como objetivo identificar o conhecimento das enfermeiras da clínica pediátrica sobre febre e hipertermia. Trata-se de um estudo

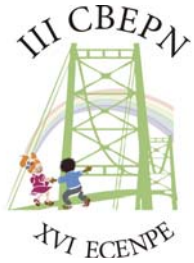
^{*} Enfermeira da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

[†] Mestre em enfermagem. Enfermeira chefe da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Rua Caetanópolis, 930 ap 97 Ed. Atenas, Jaguaré, São Paulo, CEP 05135120. E-mail: priscilannetto@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

descritivo, exploratório, realizado na clínica pediátrica de um hospital universitário na cidade de São Paulo. A população foi composta de quatorze enfermeiras, sendo excluídas duas enfermeiras que elaboraram o instrumento e uma em licença maternidade, portanto a amostra foi composta por onze enfermeiras. Os dados foram coletados através da aplicação de questionários com questões fechadas e semi abertas respondidos no mês de junho de 2009. Observou-se que mais da metade das enfermeiras (54,55%) não consideram a febre diferente da hipertermia, o que na prática clínica pode levá-las a medicar as crianças desnecessariamente. Dez enfermeiras (90,91%) assinalaram corretamente como características da febre: vasoconstrição periférica, diminuição da sudorese, calafrios, tremores e sensação de frio, porém quando se questionou sobre a hipertermia quatro profissionais (36,36%) assinalaram como seus sinais e sintomas os referentes à febre. A avaliação e distinção incorreta entre febre e hipertermia pode levar a condutas como uso desnecessário de medicamentos ou a não administração quando preciso, além da troca antibióticos ou a realização de procedimentos invasivos como coleta de liquor. Todas as enfermeiras assinalaram como valor de febre a temperatura acima de 37,8°C, sendo este considerado de referência pela equipe. Porém para ser considerada com febre não basta que a criança apresente somente um valor de temperatura acima do considerado normal, ela deve ser avaliada quanto os seus sinais e sintomas, diferenciando-a da hipertermia. Com relação as condutas das enfermeiras quando o técnico de enfermagem as comunicam sobre um valor de temperatura maior ou igual a 37,8°C observou-se que 54,55% delas desagasalham a criança antes de realizar uma avaliação clínica, esta conduta deve ser tomada se a criança apresentar hipertermia com o intuito de auxiliá-la a dissipar o calor excessivo, porém se houver febre e isto ocorrer antes do uso do medicamento poderá provocar tremores, com isso aumentando os requisitos metabólicos, além de provocar desconforto. Quatro profissionais (27,27%) responderam que avaliam a criança antes de medicá-la, conduta esperada do enfermeiro. Um profissional (9,09%) referiu medicar a criança antes da avaliação e um (9,09%) respondeu que toma condutas individualizadas para cada criança. Ao serem questionadas se avaliam ou não os sinais e sintomas da criança antes do uso de antitérmico, quatro afirmaram que sim (36,36%) e sete (63,64%) que não. Este dado entra em divergência com a questão anterior em que apenas 27,27% afirmaram realizar a avaliação e 54,55% desagasalham a criança, isto demonstra que boa parte das enfermeiras realmente não realiza a avaliação antes do uso de medicamento. A febre foi considerada benéfica ou maléfica dependendo da situação por 81,82% das enfermeiras. A febre pode ser considerada um sinal de alerta para pais e profissionais, porém em crianças debilitadas, com cardiopatias ou pneumonias graves aumenta o consumo de oxigênio e prejudica o rendimento cardíaco. Para cinco enfermeiras (45,45%) os métodos físicos devem ser utilizados antes do antitérmico e para quatro (36,36%) eles devem ser aplicados concomitantemente a administração do medicamento. Se a criança apresentar hipertermia não será necessário o uso de antitérmico, pois esta elevação de temperatura não foi mediada pelo SNC, neste caso a temperatura interna está normal e os métodos físicos devem ser utilizados de maneira que não cause desconforto à criança. Apenas uma enfermeira (9,09%) afirmou que os métodos físicos devem ser utilizados após uma hora da administração do antitérmico. Se a criança apresentar febre esta é uma conduta desejável, pois, primeiramente é administrado um medicamento que irá agir no centro termorregulador, diminuindo assim a temperatura de ajuste do SNC, o método físico aplicado após uma hora irá auxiliar o corpo a dissipar o calor produzido, desde que sua aplicação não provoque desconforto à criança. Uma enfermeira (9,09%) não respondeu a questão referente à utilização de métodos físicos. Observou-se que as enfermeiras possuem dificuldades para distinguir os sinais e sintomas de febre e hipertermia na prática clínica, além de não fazer parte de sua rotina avaliar a criança antes do técnico de enfermagem medicá-la. Este fato pode trazer como conseqüências: uso de antitérmicos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

desnecessariamente, troca de antibióticos, realização de procedimentos invasivos para investigação clínica, além de práticas que podem levar ao desconforto da criança que apresenta febre como: banhos, compressa morna ou fria e retirada de roupas antes de medicá-la. Conclui-se com os resultados desta pesquisa que há necessidade de aprimoramento do conhecimento das enfermeiras sobre o tema a fim de capacitá-las para o reconhecimento dos sinais e sintomas de febre e hipertermia, com a finalidade de melhorar a qualidade assistencial de enfermagem prestada ao paciente pediátrico.

Palavras-chave: febre, hipertermia, enfermagem



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

163 - Associação entre as condições neonatais e as vias de parto em adolescentes primíparas*

Ana Karina Marques Salge[†]

Karina Machado Siqueira[‡]

Janaína Valadares Guimarães[§]

Sara Fernandes Correia da Costa^{**}

Introdução: A gestação é um período de amadurecimento que pode ser extremamente enriquecedor para a mulher. Vários fatores podem influenciar a evolução normal de uma gestação, a idade materna constitui-se uma variável importante quando associada às possíveis alterações materno-fetais. A gravidez na adolescência tem sido associada a uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos, como baixo peso ao nascer, parto prematuro, morte materna e perinatal, pré-eclâmpsia, parto cirúrgico, infecção do trato urinário e anemia. Em adolescentes com idade inferior a 16 anos, as principais indicações de cesárea, em ordem decrescente, são: pré-eclâmpsia, distócia funcional, desproporção céfalopélvica e sofrimento fetal. O percentual de gravidez na adolescência tem aumentado de forma significativa nos últimos anos e a sua associação com as alterações perinatais configuram conjuntamente como uma das principais causas de morbidade no período neonatal. Além disso, a literatura demonstra um aumento na incidência de alterações patológicas e psicológicas em adolescentes grávidas. Nas adolescentes relacionam principalmente, com a ocorrência de anemias, doenças hipertensivas (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), infecção urinária, baixo ganho de peso materno, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e alterações placentárias. Essas alterações repercutem diretamente nas condições do recém-nascido e da adolescente no puerpério, aumentando assim o risco reprodutivo das adolescentes e os índices de morte materna, fetal e neonatal. Neste contexto, comparar as vias de parto de adolescentes primíparas e relacioná-las com as intercorrências neonatais é de fundamental importância para planejar ações de prevenção e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada às gestantes no pré-natal, pré-parto, parto e puerpério, bem como ao recém-nascido durante todo o período neonatal. O objetivo deste estudo foi realizar um levantamento retrospectivo, quantitativo, das vias de parto em adolescentes primíparas atendidas em uma maternidade referência em gestação de alto risco em Goiânia, Goiás, no período de março à dezembro de 2008. Metodologia: Foram analisados retrospectivamente e consecutivamente 57 prontuários de parturientes primíparas entre 10 e 19 anos. Dos prontuários foram coletadas as doenças de base maternas, fetais e neonatais, a idade materna, a idade gestacional, o número de gestações e abortos maternos, o gênero fetal, as causas de óbito fetais e neonatais, o valor do índice de Apgar no 1º e no 5º minutos e as medidas antropométricas neonatais (peso e comprimento). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG (número de protocolo 140/06),

* Trabalho vinculado ao Grupo de Estudos em Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança (GESMAC) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

† Relatora do trabalho. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. anakarina@fen.ufg.br Endereço residencial: 11ª avenida 1075/803 quadra 95 lote 16/18 Setor Leste Universitário, Goiânia, GO CEP: 74605060

‡ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. karinams@fen.ufg.br

§ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. guimaraesjv@hotmail.com

** Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatológica e pediátrica. coreeiasara@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

atendendo a Resolução 196/96. Resultados e Discussão: As adolescentes apresentaram média de idade de $16,5 \pm 1,4$ anos. Em pesquisa realizada no ano de 2004, as adolescentes estudadas residiam em Goiânia e tinham de 12 a 18 anos, sendo a idade média de 16,5 anos, sendo esses resultados compatíveis com nosso estudo. O número de gestações foi de $1,2 \pm 0,4$. A média da idade gestacional foi de $32,2 \pm 10,6$ semanas de gestação. Em um estudo correlato, realizado no ano de 2004, 527 (73,8%) adolescentes analisadas tiveram uma única parturição, 149 (20,9%) duas parturições, 35 (4,9%) três partos e 3 (0,4%) referiram quatro partos. Em nosso estudo, a opção pela investigação nos prontuários de adolescentes primíparas se deu devido ao fato do organismo materno não ter sido submetido às diversas alterações fisiológicas e emocionais de um possível parto anterior. Na amostra não houve nenhum caso de óbito intra-uterino. Os recém-nascidos apresentaram uma média de peso de $2660 \pm 810,3$ gramas e comprimento de $48,3 \pm 5,1$ centímetros. Os riscos para os recém nascidos de mães adolescentes são de maior incidência de baixo peso, de prematuridade e de mortalidade perinatal. A observação de uma incidência elevada de baixo peso ao nascer (15,3%), quando comparada com os percentuais verificados no país, estado e região, respectivamente, 8,1%, 7,6% e 8,0%, pode ser decorrente de fatores sócio-econômicos e até orgânicos inerentes à população estudada, podendo também ter relação, conforme acima discutido, com a qualidade técnica da assistência pré-natal disponível no município. A média do Índice de *Apgar* no primeiro minuto foi de $7 \pm 2,3$, enquanto que no quinto minuto foi de $8,7 \pm 1,3$. Em um estudo realizado na cidade de Niterói, encontrou-se que as adolescentes, quando comparadas às mulheres adultas, têm chances estatisticamente significativas de piores condições de nascimento expressas por maior chance de prematuridade, baixo peso e mais deprimidos no 1º e 5º minuto de vida. Detectou-se maior proporção (14,9%) de recém-natos “comprometidos” entre as mães adolescentes. Os grupos de doenças de base fetais e neonatais diagnosticadas foram: 25 casos (34,2%) de fatores relacionados às alterações maternas, hipóxia neonatal em 21 casos (15,8%), prematuridade em 5 casos (12,9%), malformações em 4 casos (12,6%) e 2 casos com icterícia (11,8%). Os recém-nascidos prematuros apresentaram IG de $31,6 \pm 7,8$ semanas. O grupo com malformação apresentou a maior idade gestacional ($39,8 \pm 1,6$ semanas) de nossa amostra, enquanto que o grupo relacionado aos fatores maternos apresentou a menor idade gestacional ($27,6 \pm 13,6$) semanas. Houve diferença estatisticamente significativa entre as alterações fetais/neonatais e a idade gestacional ($p=0,0479$). Vários prejuízos advindos de uma gravidez precoce vêm sendo discutidos na literatura tais como, maior risco de recém-nascidos prematuros, baixo peso ao nascer e óbitos perinatais. Em nosso estudo, não houve associação entre a baixa idade materna e baixo peso ao nascer e prematuridade. Porém, agravos podem ocorrer à longo prazo, como já evidenciado em trabalhos internacionais anteriores. De acordo com a literatura, existe um maior risco de filhos de mães adolescentes de se tornarem pais na adolescência, de possuírem atraso no desenvolvimento psicomotor e dificuldades acadêmicas, perturbações comportamentais e tóxico-dependência. O significativo percentual de alterações patológicas observadas durante a gestação pode estar relacionado à assistência pré-natal, podendo-se interrogar sua resolutividade no aspecto qualitativo, visto que muitas dessas adolescentes eram passíveis de intervenção e até de prevenção durante a gravidez. Tal hipótese é corroborada pela elevada adesão aos serviços de pré-natal constatados, havendo captação precoce das gestantes adolescentes (antes da 20ª semana de gravidez) e um número mínimo de consultas pré-natais realizadas, na maioria dos casos adequado, segundo o preconizado pelo Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher. Em relação às vias de parto, quando comparadas, observamos que a cesariana foi o tipo de parto mais frequentemente encontrado em nosso estudo, correspondendo a 31 casos (66%). Esses dados refletem a realidade brasileira, onde o número de partos cirúrgicos ultrapassam a média preconizada pelo Ministério da Saúde. Observamos que houve um maior índice de parto



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

cesariana nas parturientes com alterações neonatais como: hipóxia neonatal, icterícia, malformações e prematuridade, tal índice pode ser explicado pelo maior risco de complicações na perinatologia, já que essas alterações neonatais podem ser intensificadas se o feto for exposto a um trabalho de parto normal com período expulsivo prolongado. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as vias de parto e as alterações fetais/neonatais. Constata-se também a predominância da cesárea com relação às resoluções obstétricas das adolescentes. Os dados apresentaram um percentual de 55,39% para cesárea, 44,33% para parto normal e 0,28% para fórceps. Observou-se que, embora haja diferenças nas faixas etárias das duas populações, as resoluções obstétricas são semelhantes. Incidências diferentes foram encontradas em um estudo realizado na cidade de Florianópolis-SC, com 130 parturientes em que constataram para o grupo de adolescentes, freqüência de 81,54 % para parto normal e 18,46% para cesárea e, também em um estudo realizado na cidade de Caxias do Sul-RS, com 46 adolescentes, constataram uma freqüência de 71,74% para parto normal, 23,91% para cesárea e 4,35% para fórceps. Em outro estudo encontrou-se predominância da via transvaginal, com ou sem uso de fórcepe. Dentre as primíparas e secundíparas houve 31 (5,9%) e 4 (2,7%) partos por fórcepe, respectivamente. Dentre as 273 gestantes submetidas a parto cesáreo, 207 (75,8%) eram primíparas, 65 (23,8%) paucíparas e 1 (0,4%) múltipara. O baixo peso ao nascer, conseqüência de um crescimento intra-uterino inadequado, de um menor período gestacional, ou a combinação de ambos, constitui o mais importante determinante da mortalidade neonatal, perinatal e infantil. Considerações Finais: A adolescência é um período do ciclo vital de inúmeras transformações, crises e inseguranças, onde a gestação, muitas vezes inesperada, potencializa os conflitos existentes além de proporcionar novos problemas familiares e sociais. Além desta dupla crise, ser mãe na adolescência pode acarretar vários problemas ao neonato, tais como, hipóxia neonatal, prematuridade, malformações e icterícia, que podem ter um melhor prognóstico de acordo com o tipo de assistência prestado a mulher durante a gestação. Os conhecimentos científicos acumulados ao longo de vários anos mostram que a cesariana aumenta a morbi-mortalidade materna e do recém-nascido, bem como os custos de saúde quando comparada ao parto normal. Por outro lado, o parto operatório, em gestações de alto risco, é procedimento importante que, em determinadas e precisas indicações, diminui consideravelmente a mortalidade materno-infantil. Portanto o pré-natal eficiente facilita a identificação precoce das intercorrências fetais em gestantes adolescentes, e viabiliza o planejamento das ações de prevenção e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada às gestantes adolescentes no pré-parto, parto e puerpério, bem como ao recém-nascido durante todo o período neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**164 - Associação entre as intercorrências fetais/neonatais e alterações
macroscópicas placentárias nas doenças hipertensivas específicas da gestação***

Ana Karina Marques Salge[†]
Amanda Santos Fernandes Coelho[‡]
Raphaela Maioni Xavier[§]
Karina Machado Siqueira^{**}

Introdução: A importância do exame anatomopatológico dos anexos fetais (placenta, cordão umbilical e membranas fetais) vem sendo reconhecida de forma crescente em todo o mundo há vários anos. Como órgão fetal, a placenta está exposta às mesmas influências do ambiente intra-uterino e a inúmeras agressões, de natureza diversa, que atingem o feto. O bom funcionamento placentário é fundamental para o desenvolvimento do conceito, e o padrão de alteração morfológica encontrada pode indicar alterações clínicas maternas e fetais relacionadas ao desenvolvimento intra-uterino. O exame macroscópico da placenta é essencial para a definição de um bom prognóstico neonatal. O exame de rotina da placenta, após a expulsão do conceito, inicia-se na sala de parto. São anotados peso, distância entre as bordas e quaisquer anormalidades macroscópicas. Algumas lesões são muito inespecíficas e exigem uma maior avaliação, como em casos de diabetes, infecções do último trimestre e as Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG). Na DHEG, é comum a presença de infartos placentários que manifestam-se como áreas esbranquiçadas ou amareladas, de textura firme, comumente visíveis na superfície materna. Tem forma de cone, com base na decídua, medindo aproximadamente 0,5 a 1 centímetro. Podem ser superficiais ou envolver toda a espessura da placenta. No Brasil, as DHEG são consideradas as primeiras causas de morte materna, principalmente quando se instalam nas suas formas graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP. Algumas condições potencialmente graves associam-se frequentemente às DHEG, como o descolamento prematuro de placenta, coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência hepática e insuficiência renal aguda. As complicações perinatais incluem o aumento da frequência de prematuridade, de restrição de crescimento intra-uterino, sofrimento fetal, morte perinatal devido à hipóxia intra-uterina, aumentado cinco vezes a mortalidade neonatal. As alterações maternas envolvem uma desordem endotelial difusa responsável pelo desenvolvimento de distúrbios circulatórios, enquanto as alterações fetais estão relacionadas à privação nutricional e respiratória. O objetivo deste estudo é associar as intercorrências fetais/neonatais com as alterações macroscópicas placentárias nas doenças hipertensivas específicas da gestação. Metodologia: Trata-se de um estudo prospectivo, realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG). A população constituiu-se de gestantes com diagnóstico clínico de DHEG, submetidas ao parto normal ou cesariana na

* Trabalho vinculado ao Grupo de Estudos em Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança (GESMAC) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

[†] Relatora do trabalho. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. anakarina@fen.ufg.br Endereço residencial: 11ª avenida 1075/803 quadra 95 lote 16/18 Setor Leste Universitário, Goiânia, GO CEP: 74605060.

[‡] Bolsista do Programa de Iniciação Científica. Acadêmica do 8º período da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. amandasantosp@yahoo.com.br

[§] Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. raphinha_x@hotmail.com

^{**} Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. karinams@fen.ufg.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Maternidade do HC-UFG, em Goiânia, Goiás, de fevereiro de 2009 a julho de 2009. Foram incluídas no estudo as placentas de gestantes que possuíam diagnóstico clínico de DHEG de acordo com critérios clínicos e laboratoriais e que tenham sido submetidas ao parto normal ou cesariana, dando a luz a feto vivo, feto morto ou natimorto no período estudado. A hipertensão arterial foi considerada como um aumento da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg ou a pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em duas aferições isoladas com intervalo de no máximo uma semana. Essa classificação seguiu os critérios estabelecidos pelo *Report of the National High Blood Pressure Education Program in High Blood Pressure in Pregnancy*. A pré-eclâmpsia ocorre após a vigésima semana de gestação e além da elevação da pressão arterial, é acompanhada de proteinúria (proteína $\geq 0,3$ gl na urina de 24 horas). Na ausência de proteinúria, suspeita-se de pré-eclâmpsia quando a elevação da pressão arterial é acompanhada dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia, visão turva, epigastralgia, resultados anormais de testes laboratoriais, especificamente plaquetopenia (plaquetas $\leq 100.000\text{mm}^3$) e valores anormais de enzimas hepáticas (aumento de alanina aminotransferase ou de aspartato aminotransferase). Foram excluídas do estudo as gestantes que apresentaram doença auto-imune ou outras doenças que levam a alterações imunológicas. As gestantes que receberam tratamento medicamentoso à base de corticóides durante o trabalho de parto. O grupo controle foi caracterizado por gestantes sem intercorrências maternas durante a gestação, exames laboratoriais normais e com recém-nascido clinicamente normal. Foram estudadas 77 placentas, obtidas de partos realizados na Maternidade do HC-UFG, em Goiânia, Goiás, entre fevereiro de 2009 a julho de 2009. Foram avaliadas todas as alterações macroscópicas encontradas na face fetal e materna da placenta. Todas as lesões foram avaliadas, anotadas e fotografadas. A fonte de informação para esse estudo foi composta pelo prontuário médico de cada paciente, de onde foram coletados e transcritos em formulário próprio, dados sócio-demográficos (idade, naturalidade, escolaridade, profissão, renda familiar); as doenças de base (DHEG), a idade gestacional (será determinada através da data da última menstruação, do exame da ultrasonografia de primeiro trimestre e pelo Método de Capurro) e paridade. Na discordância entre os métodos utilizados, prevaleceu a idade gestacional determinada pelo Método de Capurro), a história obstétrica, as possíveis intercorrências obstétricas maternas e fetais/neonatais, as medidas antropométricas neonatais, Índice de Apgar no 1º e 5º minutos e exames complementares para avaliação da DHEG. As doenças de base fetais e neonatais foram agrupadas conforme critérios estabelecidos por Carlidge; Stewart, 1995. Para a análise estatística foi elaborada uma planilha eletrônica. As informações foram analisadas através do programa eletrônico Sigma Stat®, versão 2.0. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente através de distribuição de freqüências, médias e desvio padrão. Testes paramétricos e não-paramétricos foram utilizados de acordo com o tipo de associação que será realizada na fase de análise estatística dos dados. Resultados: Foram avaliadas 77 placentas de parturientes com diagnóstico clínico de DHEG, obtidas de partos realizados na Maternidade do HC-UFG, em Goiânia, Goiás, entre fevereiro de 2009 a julho de 2009. A média de idade materna foi de 25,38 ($\pm 9,75$) anos. A média da Idade Gestacional dos casos estudados foi de 38,2 semanas. Entre as doenças de base fetais, as alterações respiratórias compõem o grupo com maior freqüência, com 48 casos (62,3%). Destes, 32% são prematuros. Os dados encontrados em nosso estudo são compatíveis com os dados da literatura, onde o grupo de alterações respiratórias é o mais freqüente nos recém-nascidos prematuros, principalmente pela produção diminuída de surfactante endógeno. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre as alterações neonatais e a ocorrência de alterações placentárias ($p=0,0032$). Esse fato pode ser explicado porque as alterações placentárias, principalmente aquelas relacionadas ao baixo fluxo (infarto placentário) influenciam na dinâmica da circulação útero-placentária, podendo predispor a um quadro de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

prematuridade e conseqüentemente á um quadro de insuficiência respiratória. Entre as alterações macroscópicas placentárias, o grupo com maior freqüência foi o de infarto placentário, com 37 casos (48%), seguido por calcifilaxia (calcificação patológica), com 8 casos (10,3%). Esses dados são semelhantes aos dados encontrados na literatura, que trazem que a alteração placentária mais freqüentemente encontrada é o infarto placentário. Os casos de calcifilaxia podem estar associados à senescência placentária, ou seja, ao envelhecimento placentário, presente principalmente nos casos de pós-datismo e de descolamento prematuro de placenta. Houve relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de DHEG com as alterações placentárias ($p=0,0041$). Acredita-se que as modificações nos vasos sanguíneos causadas pela ocorrência de DHEG (como a vasoconstrição), possam ser responsáveis pelas alterações macroscópicas presentes nas placentas de nosso estudo. O infarto placentário possui uma relação direta com o fenômeno de vasoconstrição e pode predispor a um quadro de sofrimento fetal intra-uterino, com conseqüências graves para o desenvolvimento psico-motor do recém-nascido. Considerações finais: Com esse estudo, pretendemos identificar as alterações macroscópicas placentárias e relacioná-las aos dados clínicos fetais/neonatais e maternos na DHEG. Deste modo, acreditamos que será possível reunir informações valiosas sobre a etiopatogênese da DHEG, o que poderá subsidiar novas intervenções e estudos relacionados, além de contribuir para a melhoria da qualidade do ensino e da assistência na área de saúde.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

165 - O processo de trabalho de parto e parto de mães adolescentes em um hospital universitário*

Marina Piazza[†]
Silvana Kempfer[‡]
Telma Elisa Carraro[§]
Sônia Meincke^{**}

A adolescente vivencia uma fase de transição e transformações, que é intensificada no momento da descoberta da gravidez e com ela advêm preocupações e ansiedades. Durante toda a gestação a adolescente experencia novos enfrentamentos, tendo em vista que o acontecimento da gravidez precoce promove profundas mudanças no seu modo de viver, que com a chegada de um novo ser, passa a assumir novas responsabilidades e funções como mãe, cuidadora e educadora, pois com o anúncio da gravidez, a mesma é vista como sendo a principal responsável pela formação de valores de seu filho, tendo que observar com cuidado sua postura perante a sociedade, pois agora ela é o espelho, um exemplo para este novo ser que chegará a sua vida. As adolescentes em muitas situações levam consigo o estigma do preconceito, diante de uma sociedade que lhe impõe condutas, e ao mesmo tempo impede que assumam integralmente a maternidade e que se sintam responsáveis pelo seu filho¹. Diante de tantas repercussões sociais e culturais que a gestação precoce promove, o parto, do ponto de vista psicológico é esperado com muita ansiedade e expectativas². Além disso, a adolescente adentra em um ambiente desconhecido que contribui para manifestação do medo e assim, cabe à enfermagem como principal responsável pelo cuidado, estabelecer uma relação de envolvimento e empatia com para que a gestante possa sentir-se segura e impulsionada a encarar o parto de maneira mais tranqüila. Configurando-se esta em uma relação de comprometimento e afeto, a mãe adolescente ficará satisfeita trazendo benefícios ao binômio mãe-filho. Considera-se que durante esse período o apoio oferecido às adolescentes é importante, para que possam adaptar-se às mudanças e não se sintam fragilizadas³. O acompanhamento dos profissionais de saúde durante toda gestação podem contribuir positivamente frente às expectativas e medos do parto, proporcionando que a adolescente venha se sentir preparada para assumir suas responsabilidades de mãe. A enfermagem tem como papel fundamental prestar uma assistência ao pré-natal individualizada às adolescentes, que possam atender as suas reais necessidades e identificação de problemas, a fim de proporcionar um parto humanizado. Diante das

* Pesquisa Redes Sociais de Apoio à Paternidade na Adolescência-RAPAD financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde nº 022/2007. Email: rapad@ufpel.edu.br

[†] Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, coletadora de dados do RAPAD, bolsista voluntária de iniciação científica (CNPq), integrante do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Rua Lauro Linhares, 1785, Trindade, Florianópolis-SC, CEP:8836-003. Email: maripiazza18@hotmail.com

[‡] Enfermeira, professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC, bolsista de apoio técnico do CNPQ, membro do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: silvanakempfer@yahoo.com.br

[§] Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) no PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: telua@hotmail.com

^{**} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia (FEO) da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Rua: Quinze de novembro, 209, Centro, Pelotas-RS, CEP: 96060-100-Fone/Fax: (53)3278-6475. E-mail: meincke@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

colocações supracitadas, suscita a seguinte questão norteadora desta pesquisa: Como as puérperas adolescentes observam o cuidado experienciado no trabalho de parto e parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil? Esse estudo é um recorte de uma pesquisa multicêntrica intitulada redes de apoio a paternidade na adolescência que pretende conhecer as redes de apoio ao pai adolescente realizada em três hospitais universitários vinculados as universidades públicas de três estados brasileiros, aprovada pelo comitê de ética sob o protocolo nº 007/2008, a qual está em andamento. O presente recorte do estudo tem como objetivo observar a percepção das mães adolescentes referente ao trabalho de parto e parto e identificar o grau de satisfação em relação ao cuidado realizado pelos profissionais de saúde. Os dados foram coletados por meio de um questionário quali-quantitativo durante a entrevista realizada às mães adolescentes internadas em um dos hospitais integrantes da pesquisa após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e demais determinações éticas propostas pela Portaria 196/96. Utilizou-se como recorte, 58 questionários estruturados com 108 questões, destas foram tabuladas oito relacionadas ao trabalho de parto e parto aplicados em um dos Hospitais Universitários participantes da pesquisa. Os resultados evidenciaram que (70,68%) das adolescentes tiveram partos vaginais e (25,86%) parto cesáreo. O parto normal é considerado mais seguro para a mulher e para a criança, evidencia-se hoje, no entanto, que muitas mulheres desejam optar pelo tipo de parto antecipadamente, porém, esta não é uma simples questão de preferência, tendo em vista que o tipo de parto apresenta uma série de implicações em termos de necessidade e indicação, riscos e benefícios, dependendo de cada situação, tempo de realização, poderá trazer transtornos e conseqüências futuras⁴. Quando indagadas a respeito das informações que receberam dos profissionais sobre os procedimentos no trabalho de parto e parto, (87,93%) responderam que receberam informações e (12,06%) disseram que não. E sobre como elas se sentiram com relação às informações recebidas da equipe de assistência durante o trabalho de parto e parto (51,72%) responderam que se sentiram bem e (43,10%) referem que se sentiram muito bem. Os profissionais ao fornecer informações e orientações, contribuem para a aproximação e vínculo com a adolescente, tornando-se uma relação acolhedora, que transmite à adolescente conforto e segurança. As adolescentes referiram ainda que durante o trabalho de parto e parto os profissionais de saúde proporcionaram espaço para que pudessem expressar suas dúvidas em (82,75%) das vezes, o que demonstra que a equipe multiprofissional está em sintonia com a adolescente e de forma sensível interpreta suas necessidades em cada momento. Quanto à forma como foram cuidadas, a maioria das adolescentes referiu ter sido bem cuidadas (41,37%) e (51,72%) dizem ter sido muito bem cuidadas durante o trabalho de parto e parto, o que revela que elas se sentem componentes significativas nesse processo, com seus valores e direitos respeitados sentindo-se protagonista dessa experiência⁴. O Ministério da saúde busca através das campanhas como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal com objetivo de oferecer assistência de qualidade durante o pré natal, parto e puerpério⁴. Presume-se desta forma que as gestantes ao receberem um acompanhamento integral no pré-natal poderão estar preparadas para melhor enfrentar o trabalho de parto e parto, bem como facilitar a evolução do puerpério. O relacionamento da equipe de saúde durante toda a sua movimentação no cuidado à adolescente evidencia comprometimento com as práticas do cuidado integral e humanizado, como observado na perspectiva das entrevistadas ao serem indagadas a respeito de como se sentiram com relação à forma com que a equipe se relacionava entre si durante seu trabalho de parto e parto, sendo que (10,34%) refere ter se sentido mais ou menos, (43,10%) se sentiu bem e (44,82%) diz ter se sentido muito bem, considerando a equipe multiprofissional como componente deste ambiente de cuidado, bem como sua percepção referente ao ambiente hospitalar durante seu trabalho de parto e parto 56,55% diz sentir-se bem e 48,27% sente-se



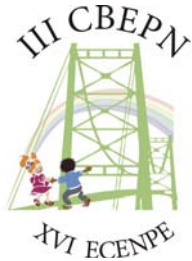
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

muito bem. A última questão avaliada refere-se a quem foi o responsável pelo parto da adolescente, ela referiu que (65,51%) foi o médico, (3,44%) o residente, (6,89%), o estagiário de medicina, (6,89%) a enfermagem, (1,72%) o acadêmico de enfermagem e (13,79%) refere não saber quem foi o responsável pelo parto. O que chamou a atenção quanto a quem a adolescente reconhece como responsável pelo seu parto, elas ficam confusas, tendo em vista que na sala de parto há diversos profissionais de saúde e todos os integrantes da equipe usam uma roupa parecida, ou seja, vestem o avental do hospital e, em algumas situações, usam máscaras e gorros, tornando difícil a distinção entre os profissionais. Desta forma, os dados encontrados revelam que o processo de trabalho de parto e parto, algo temido pelas gestantes, acaba sendo vivenciado de forma positiva, demonstrando que os profissionais priorizam sua individualidade, ao oferecer atenção, apoio e acolhimento, o que reflete a qualidade do atendimento prestado bem como caracteriza uma assistência humanizada, contribuindo para que o nascimento se torne um fato felizmente marcante em suas vidas e que certamente repercutirá em boa adaptação da adolescente na condição de mãe. Vale ressaltar que a satisfação materna deve ser considerada como ferramenta importante na avaliação da qualidade e no planejamento de um Serviço de assistência materno-infantil⁵.

Palavras-chave: enfermagem, gravidez na adolescência, trabalho de parto e parto.

Referências:

1. MACHADO, Flávia Nunes; MEIRA, Débora Carla Soares de; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. **Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho.** Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 37, n. 1, Mar. 2003.
2. LOPES, Rita de Cássia Sobreira; DONELLI, Tagma Schneider; LIMA, Carolina Mousquer; PICCININI, Cesar A. **O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto.** Psicol. Reflex. Crit. . 2005, vol.18, n.2, pp. 247-254.
3. GODINHO, Roseli Aparecida; SCHELP, Joselaine Rosália Batista; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; BERTONCELLO, Neide Marina Feijó. **Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?** Rev. Latino-Am. Enfermagem . 2000, vol.8, n.2, pp. 25-32.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
5. MACHADO, Flávia Nunes; MEIRA, Débora Carla Soares de; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. **Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho.** Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo, v. 37, n. 1, Mar. 2003.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

166 - Intervenções de enfermagem a crianças com epidermólise bolhosa

EVC Matiolo

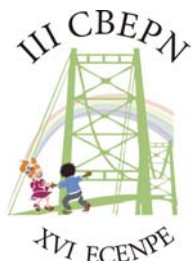
A. Melo

MA dos Santos

MJ de Lima

RO Lacerda

Introdução: Ao abrir a caixa de e-mails em determinada manhã do mês de abril de 2008, lá estava uma mensagem: cuidado ao abrir, fotos chocantes. Intrigados com o título do e-mail, não tinha como não ler. Ao abrir, deparamos com fotos, de uma menina com diversas bolhas pelo corpo, sangrando, emagrecida e sofrendo pelo seu estado. Na mensagem havia o pedido de ajuda, qualquer que fosse a maneira, com dinheiro, alimentação, remédios, curativos, ou até mesmo com conhecimento sobre como cuidar de uma criança assim. E foi assim, com uma mensagem de e-mail de corrente pela internet, onde começou todo interesse pela doença hereditária chamada epidermólise bolhosa, com o intuito de contribuir com informações acerca de cuidados para crianças portadoras da doença. A epidermólise bolhosa (EB) é um grupo de desordens hereditárias onde as bolhas surgem espontaneamente ou são desencadeadas por traumas¹. Na epidermólise, as fibras de colágeno não funcionam eficazmente, com isso as várias camadas de pele se separam facilmente. O espaço que se forma entre as camadas é preenchido por soro ou por fluido rico em proteínas, surgindo, assim, uma bolha². O melhor profissional para o curativo é o enfermeiro, pois se sabe que o profissional de enfermagem possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado holístico do paciente, como também desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o mesmo, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como detém maior domínio desta técnica, em virtude de ter na sua formação componentes curricular voltados para esta prática e da equipe de enfermagem desenvolvê-la como uma de suas atribuições³. No momento, os pacientes com formas graves da EB dificilmente alcançam a idade adulta, porém, a sobrevida está relacionada aos cuidados, que devem ter início desde o nascimento⁴. A doença afeta tecidos e mucosa e, indiretamente afeta o indivíduo como um todo diante da sociedade, família, sua auto-estima e do desejo de viver. Desejamos alcançar a família de pacientes portadores de EB, para que saibam como lidar com a doença, o que esperar da evolução e como aderir ao tratamento⁵. **Objetivos:** Elaborar protocolo da assistência de enfermagem à criança com EB; Divulgar a fisiopatologia à equipe de enfermagem e familiares. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de uma criança do sexo masculino, com um ano e oito meses de idade, portadora de epidermólise bolhosa distrófica recessiva. O estudo foi realizado em um hospital Estadual do Município de São Paulo. Após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, pela mãe afirmando concordar com o acompanhamento e registro de fotos durante as consultas de enfermagem no ambulatório do hospital. Os dados foram coletados e transcritos em formulário próprio por seis meses. **Resultados:** O planejamento dos cuidados de enfermagem deve ser realizado de forma adequada, pois, as intervenções de enfermagem devem promover durante o processo de crescimento e desenvolvimento o bem estar biopsicossocial da criança com EB distrófica. Este planejamento está baseado no diagnóstico de enfermagem conforme a “North American Nursing Diagnostic Association (NANDA)”⁷. Durante o período de internação e de tratamento ambulatorial, foram realizados curativos com diversos produtos, pois a escolha do curativo a ser utilizado pela enfermeira depende do tipo de lesão apresentada no paciente.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

A seguir estão descritos os diagnósticos de enfermagem identificados na assistência de enfermagem.

TABELA 1. INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA, caracterizado por destruição de camadas da pele (derme). Relacionado a doença crônica.	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
Romper as bolhas presentes na pele com agulha ou lanceta estéril, e drenar o conteúdo da mesma com uma gase estéril	A bolha se não for rompida com agulha, facilmente irá romper-se espontaneamente, liberando seu conteúdo, macerando os tecidos ao redor, e ocorrerá também a formação de crostas.
Realizar limpeza de lesões na pele a cada troca de curativo com SF 0,9% em temperatura ambiente	Diminuir número de patógenos através da limpeza da lesão, e utilização de SF 0,9% em temperatura ambiente, pois se for aquecido irá causar vasodilatação, aumento do sangramento e consequente formação de novas bolhas no local.
Nas bolhas hemáticas, após o rompimento da mesma e limpeza, aplicar uma camada fina de hidrogel amorfo, transparente, composto por carboximetil-celulose, propilenoglicol e água	O hidrogel amorfo agiliza o desbridamento autolítico do tecido necrótico e esfacelo e absorve o excesso de exsudato, além de propiciar um meio úmido durante a fase de granulação
Em bolhas hemáticas, após aplicação do hidrogel amorfo, a cobertura primária indicada é a prata nanocristalina	Atua como barreira antimicrobiana, a mesma destrói as bactérias presentes no curativo e na ferida
Para bolhas hemáticas, a cobertura secundária indicada é um curativo hidrocelular composto por três camadas diferenciadas de poliuretano	O poliuretano não adere a lesão, reduzindo o trauma quando o curativo é removido. Este curativo também é altamente absorvente, controla progressivamente o excesso de exsudato e possui um filme impermeável resistente a água e bactérias
Nas de bolhas de conteúdo seroso, após o processo de rompimento das bolhas e limpeza da lesão aplicar como cobertura primária um tecido em malha de acetato de celulose impregnado com uma emulsão de petrolatum	Esta cobertura protege a lesão e evita aderência, sendo indicada tanto para lesões secas como também para lesões com exsudato intenso, onde é necessário evitar a aderência do curativo ao leito da ferida
Para bolhas de conteúdo seroso o curativo secundário indicado é uma compressa não aderente de acrílico e rayon de viscose	Compressa altamente absorvente, garante a absorção e impede a aderência a ferida.
Nas lesões em fase de epitelização, a cobertura indicada é a bandagem pronta para bota de Unna, inelástica, impregnada com óxido de zinco	Esta cobertura possui ação cicatrizante para feridas crônicas e ação hidratante para a proteção da pele ao redor das mesmas.
Na presença de bolhas em polidactilos, após o processo de rompimento das bolhas e limpeza da lesão, aplicar entre as articulações um tecido em malha de	Além de proteger a lesão, evita aderência de polidactilos.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

acetato de celulose impregnado com uma emulsão de petrolatum	
Mesmo sem a presença de bolhas ou lesões entre polidactilos, cortar em faixas finas a bandagem pronta para bota de Unna, envolvendo os mesmos	Para evitar a sindactilia, fusões digitais que ocorrem frequentemente em crianças com epidermólise bolhosa
Instruir os pais e cuidadores a forma correta de aplicação e tempo de permanência de cada curativo a ser utilizado	O aprendizado dos pais é fundamental, pois esta é uma doença crônica, e os pais serão na realidade os cuidadores principais desta criança
Evitar o manuseio constante da criança e utilizar sempre roupas macias e confortáveis, retirando as etiquetas da mesma	Para evitar lesões na pele frágil desta criança

Conclusões: Constatamos a necessidade de o enfermeiro buscar fundamentação científica atualizada sobre a indicação de coberturas adequada, pois atualmente há uma infinidade de recursos terapêuticos e, o desconhecimento das indicações e avaliação peculiar para cada criança pode interferir no processo de cicatrização. O enfermeiro deve acompanhar a evolução das lesões, descrevendo os cuidados de enfermagem à criança com epidermólise bolhosa, e integração com equipes multidisciplinares como a dermatologia, genética, e apoio familiar, pois os pais se sentem desamparados pelo desconhecimento da doença. A orientação para tornar a mãe cuidadora após a alta. Acreditamos que, além disso, o protocolo irá colaborar com a melhoria da assistência de enfermagem junto à criança e seus familiares.

Referências:

1. Simandi G. Controle da função tegumentar. In: Porth CM. Fisiopatologia. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 1356-62.
2. Caprara A, Veras MSC. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2004; 9 (16): 131-46.
3. Barbosa GCT, Junior JÁ, Oliveira ZNP, Machado MCR, Assumpção IGR. Epidermólise bolhosa distrófica e juncional: aspectos gastrointestinais. J. pediatr. 2005; 27 (2): 87-94.
4. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto & contexto enferm. 2008; 17 (1): 98-105.
5. Gannon BA. Epidermolysis bullosa: pathophysiology and nursing care. Neonatal netw. 2004; 23 (6): 25-32.
6. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto & contexto enferm. 2008; 17 (1): 98-105.
7. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: 2005-2006. Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed; 2006.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

167 - Redes sociais de mães adolescentes no puerpério imediato em um hospital escola*

Marina Piazza[†]
Silvana Kempfer[‡]
Telma Carraro[§]
Sonia Meincke^{**}

As contínuas experiências dos profissionais de enfermagem ampliam o universo de conhecimentos acerca da temática da maternidade na adolescência, proporcionando meios de compreensão sobre as mudanças ocorridas neste período. Em uma perspectiva holística, esta fase traduz-se em inúmeras transformações que envolvem a vida do casal adolescente, da sua família e de sua rede social, exigindo assim, adaptações de comportamento, de rotinas, de hábitos cotidianos, antes talvez ignorados pelos mesmos. Em inúmeras situações os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, os quais estão em contato contínuo com os adolescentes, questionam o fato da ocorrência ainda constante de gestações nesta fase. Pois, as ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde por meio dos programas de atenção sugeridos pelo governo, trazem informações, vivências, dados epidemiológicos, e um aporte razoável de ações, tais como exames, medicamentos, materiais didáticos, dentre outros, que poderiam ser considerados esclarecedores o suficiente para que a gestação na adolescência fosse uma escolha de ambos os pais. Diante desta assertiva, poderíamos dizer então que as informações não estão sendo acolhidas pelos adolescentes, ou que a gestação é simplesmente uma escolha pessoal consciente. Neste caso, os profissionais de saúde devem oferecer suporte técnico para que este período ocorra de forma amena e tranquila. Adolescência é um período de transformações e buscas interiores, onde os jovens descobrem um novo mundo e percebem-se enquanto sujeitos de suas escolhas. A vivência da mãe adolescente pode representar um momento de desconhecimento e ansiedade, visto que o que esperou durante a gestação pode não ter se concretizado na mesma proporção de sua expectativa, não somente com o filho, mas com relação ao companheiro, a família, ou os amigos, sentindo-se insegura diante da nova realidade vivenciada. O desenvolvimento de pesquisas, que possibilitem a visualização da gestação e puerpério traz contribuições importantes para a enfermagem, visto que para realizar um cuidado individualizado e adequado a cada pessoa, é necessário conhecer subjetivamente o que elas pensam e como gostariam de ser cuidadas. A preocupação com o bem-estar da puérpera adolescente trás a seguinte questão norteadora: Como a puérpera adolescente sente-se acolhida e cuidada no puerpério imediato, e quem são os integrantes desta rede de cuidado? O estudo é estruturado

* Pesquisa Redes Sociais de Apoio à Paternidade na Adolescência-RAPAD financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde nº 022/2007. Email: rapad@ufpel.edu.br

[†] Graduada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, coletadora de dados do RAPAD, bolsista voluntária de iniciação científica, integrante do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando. Rua Lauro Linhares, 1785, Trindade, Florianópolis-SC, CEP:8836-003. Email: maripiazza18@hotmail.com

[‡] Enfermeira, professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC, bolsista de apoio técnico do CNPQ, membro do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) no PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: silvanakempfer@yahoo.com.br

[§] Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) no PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: telua@hotmail.com

^{**} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia (FEO) da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Rua: Quinze de novembro, 209, Centro, Pelotas-RS, CEP: 96060-100-Fone/Fax: (53)3278-6475. E-mail: meincke@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sob os preceitos da pesquisa qualitativa e constituem-se em um fragmento da pesquisa Redes Sociais de Apoio à Paternidade na Adolescência que encontra-se em andamento, a qual utiliza como instrumento de coleta de dados o registro nos diários de campo dos entrevistadores, sendo que o objeto de análise neste momento, parte da observação do comportamento da puérpera adolescente no puerpério imediato, levando em consideração sua percepção e observação contida no diário de campo, sendo subdivididas em duas perspectivas: a descritiva que corresponde à percepção acerca do comportamento concreto das puérperas, ou seja, o que a entrevistadora percebe no momento em que realiza a entrevista; e a subjetiva, a qual refere-se às observações e registros acerca do que não é expresso em palavras, mas o que pode ser percebido sutilmente acerca do comportamento e do ambiente no qual a puérpera está inserida no momento. Partindo das anotações dos diários de quatro entrevistadores no período de dezembro de 2008 a março de 2009, têm-se como critério as etapas da metodologia expressa por Bardin¹, pela análise de conteúdo. Em face disto emergiram categorias de análise que são: sentimentos percebidos com relação à puérpera, reação da puérpera diante da maternidade, o contato com o bebê e a interação da puérpera com o companheiro. Os dados coletados foram analisados à luz do referencial bibliográfico que deu suporte ao estudo. Os critérios éticos trazidos pela Portaria 196/96 foram respeitados, sendo que a puérpera assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, ficando com uma cópia do mesmo, após liberação do Comitê de Ética sob protocolo nº 007/2008. A gravidez na adolescência é considerada atualmente como um problema de saúde pública. Neste cenário, a gravidez estaria relacionada a situações de manutenção da condição de pobreza e marginalidade, consideradas como desvantagem social às adolescentes². Observa-se nas percepções do pesquisador acerca da adolescência que as mudanças causadas pela maternidade suscitam diferentes reações na puérpera, tais como descrevem: “... parecia tão contente com a nova conjuntura”, “... sente orgulho de ser casada,... seus olhos brilharam”, “A puérpera demonstrou extrema satisfação com a nova situação em que se encontra.”. Tais observações trazem um contexto de satisfação com a mudança. São observados também alguns sentimentos que demonstram sensações de desconforto, representados por: apreensão, retração, cansaço, dispersão, inibição, vergonha, desatenção, desinteresse, dor, medo, timidez, como descrevem: “...apresentaram-se apreensivas...”, “... durante toda a entrevista a mãe adolescente encontrava-se retraída...” Quanto às reações da puérpera diante da maternidade percebem-se comportamentos de responsabilidade, atenção, delicadeza, maturidade, como se percebe nos registros: “...achei a adolescente responsável e madura pelo tempo da entrevista...”, “...pareceu muito atenciosa, mostrava delicadeza ao trocar o bebê e oferecer conforto, elogiou seu marido...”, “...demonstram estar prontas para assumir o papel de mãe, mulher, dona de casa...” As mães apresentam diversos sentimentos, dentre eles vários sentimentos negativos, porém, elas também referem sentir de forma intensa amor, felicidade e responsabilidade durante a gestação³ Outra categoria que emergiu dos dados coletados refere-se ao contato com o bebê, sendo que este momento caracteriza-se pelo primeiro contato e aproximação do binômio mãe e filho. Percebe-se neste momento que há uma intimidade sutil entre os dois e mesmo diante de uma nova dinâmica de vida, a adolescente busca proteger seu filho, estando quase que todo o tempo próxima dele, como se percebe: “...a puérpera estava com seu bebê no colo...”, “...ela sentou no leito e colocou o bebê no seu lado...”, “...a puérpera estava deitada com o bebê dormindo em seus braços...” A quarta categoria refere-se a interação da puérpera com o companheiro tendo em vista que em muitas situações o bebê não foi planejado e o relacionamento pode ser influenciado de forma positiva ou negativa, observa-se nos registros que quando ela não vive com o pai de seu filho demonstra insatisfação em tecer comentários a seu respeito como observa-se “...ela não soube informar dados do pai do bebê por conhecê-lo a pouco tempo...”, “... ela disse que não sabia e não queria saber quem é o pai de seu



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

filho...” Por outro lado, quando vivem juntos, demonstram intimidade, carinho e companheirismo, percebidos nos registros: “...*ela disse que o companheiro deu bastante apoio no pré-parto...*”, “...*ela disse que a participação do companheiro no trabalho de parto e parto foi muito bom, e que ele chorou mais que ela...*”. A paternidade na adolescência está relacionada à cultura e geralmente fundamenta-se nos valores e sentimentos das famílias, construídos ao longo das gerações, percebe-se que tais valores vinculam-se a sentimentos de acolhimento, carinho, cuidado e efetivam-se na presença⁴. A presença ainda constitui-se no eixo da aproximação, tendo em vista, nesta condição, que o casal adolescente encontra-se muitas vezes em fase de conhecer-se, descobrir-se, e estar junto é fator decisivo para estabelecimento destes vínculos. Esta pesquisa revela que a maternidade na adolescência é um momento de descobertas e adaptações a nova fase na vida do casal adolescente, pois mudanças ocorrem em âmbito pessoal, familiar e social. A mãe adolescente vivencia sentimentos de insegurança, medo, angústia, mas também de amor, carinho, amizade e afeto para com seu filho e seu companheiro. Considera-se, portanto, que apesar da gestação ter ocorrido em muitos casos sem o planejamento, o adolescente enfrenta os desafios e vive este momento com ternura.

Palavras-chave: enfermagem, gravidez na adolescência, emoções.

Referências:

1. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
2. SILVA, Luciana Amorim; NAKANO, Ana Márcia Spanó; GOMES, Flávia Azevedo; STEFANELLO, Juliana. **Significados Atribuídos por Puérperas Adolescentes à Maternidade: Autocuidado e Cuidado com o Bebê.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 48-56.
3. RUGOLO Ligia Maria Suppo de Souza, et al. **Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (4): 423-433, out. / dez., 2004.
4. MEINCKE, Sônia; CARRARO, Telma Elisa. **Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 83-91.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

168 - Uma contribuição da teoria do agir comunicativo na assistência de enfermagem à criança hospitalizada

Dayanna Santos de Paula Ferreira*
Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva[†]

Trata-se de um estudo bibliográfico baseado na Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas, que teve como objeto a comunicação entre a enfermagem e crianças e suas implicações na assistência de enfermagem. A relevância para esta pesquisa vem do fato da contribuição para o conhecimento do agir estratégias (programático) utilizadas pela enfermagem na comunicação com a criança, para discussão sobre como transformá-la em agir comunicativo no cotidiano entre esses sujeitos, e pela própria maneira de ser da criança, em torno de suas limitações próprias da doença, tendo o direito de expressar-se de diferentes formas e de ver suas necessidades e direitos reconhecidos e atendidos. O estudo poderá contribuir também com a diminuição do estresse dos familiares gerado pela falta de interação da criança e equipe de enfermagem. Para a enfermagem, oferece subsídios no cuidado de enfermagem na área pediátrica, tanto para os profissionais de saúde em estabelecer uma comunicação efetiva não só com a criança, mas com seus familiares. Além disso, proporcionar fundamentos para o exercício profissional da enfermeira no treinamento e orientação dos familiares sobre a importância do agir comunicativo para uma comunicação efetiva. O estudo também traz contribuições para o ensino de enfermagem, no que tange à necessidade de construção de conteúdo específico sobre o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada e sua interação com a enfermagem, envolvendo seus familiares, que fundamenta a formação do enfermeiro pautada em investigações da área, especialmente por se tratar de uma realidade concreta de viver e conviver com crianças nos hospitais. Os resultados da pesquisa poderão contribuir como referencial para ensino de enfermagem pediátrica e filosofia na saúde, uma vez que a área percorre o currículo dos conteúdos e das práticas específicas em pediatria atendendo as demandas socioculturais. Assim, objetivamos descrever o agir comunicativo entre a enfermagem e a criança, segundo a perspectiva de Habermas. O trabalho em questão é de natureza qualitativa. O local de coleta de dados foi em biblioteca particular dos pesquisadores, biblioteca virtual em saúde (BVS), biblioteca institucional na Universidade Federal Fluminense. Como estratégia de coleta de dados adotamos a leitura de reconhecimento; a leitura seletiva; a leitura crítico-reflexiva e finalmente a interpretativa. O método eleito para a análise e discussão dos achados é o filosófico. Como resultados obtivemos que para ¹Habermas os integrantes da comunicação baseiam-se seus esforços de compreensão mútuos num sistema de baseado em três mundos. O **mundo objetivo** das coisas (o mundo cultura), o **mundo social** das normas e instituições (o mundo da sociedade que vive) e o **mundo subjetivo** (a personalidade da criança ou indivíduo) das vivências e dos sentimentos, este formam a conjuntura que chamamos de **mundo vida**. As relações com esses três mundos estão presentes, ainda que não na mesma medida, em todas as interações sociais. Dessa maneira torna-se necessária

* Acadêmica de Enfermagem do 9º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Monitora de Enfermagem na Saúde da Criança e Adolescente II. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Subjetividade e Cuidados com o Corpo (NEPESS). Endereço: Travessa das Flores, 385, Patronato – São Gonçalo – Rio de Janeiro. E-mail: daydowuff@yahoo.com.br

[†]Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Associado da Universidade Federal Fluminense/Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Departamento Médico-cirúrgico. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Subjetividade e Cuidados com o Corpo (NEPESS).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

uma razão que não seja instrumento estratégia, mas de interação entre a enfermagem e as crianças: o agir comunicativo. A razão comunicativa, além de compreender a esfera instrumental de conhecimentos objetivos, alcança a esfera da interação entre as crianças, marcada por simbolismos culturais e subjetivismo, experiências pessoais. A enfermagem deve conhecer as diversas formas de linguagem. A linguagem verbal é apenas uma, e por ser a mais usada e valorizada pelos adultos de nossa cultura ocidental é muitas vezes a única observada e compreendida. As crianças utilizam-se de uma gama mais ampla de recursos para comunicarem suas necessidades físicas e emocionais – seus próprios corpos, seus atos e comportamentos, constantemente comunicam algo aos adultos que o cercam. ²O agir estratégico, baseado pela enfermagem no controle dos agravos à saúde, apresenta-se orientado para o quantitativo (dados estatísticos favoráveis), com a utilização de sedução como propaganda e coordenação da ação por meio de ganhos, situações que afastam, em vários momentos a assistência prestada do agir comunicativo, que enfatiza o entendimento, a harmonização dos planos de ação e a perseguição de metas sob a condição obrigatória de um acordo entre os atores sociais. Se a equipe de enfermagem orienta as ações vinculadas somente no agir estratégico, voltadas imediatamente para um quantitativo e galgando à execução de planos de ação já previstos, acaba-se deparando com a falta de entendimento. Utilizando a teoria do agir comunicativo na assistência de enfermagem pode colher inúmeras questões que podem ser utilizadas na avaliação da forma de comunicação utilizada durante a consulta de enfermagem. Com relação à criança, observa-se que, geralmente, ocorrem mecanismos de regressão à fase anterior do seu desenvolvimento. Ao enfrentar os problemas centrais da internação: a separação dos pais e do ambiente familiar, a dor e o desconforto, a perda do controle do seu próprio corpo, depois de um primeiro momento de rebeldia, a criança passa a adotar comportamentos anteriores à sua etapa real de desenvolvimento, com os quais se sente segura. Poderíamos considerar este estado como um equilíbrio instável, no qual ela tenta reorganizar-se ao mesmo tempo em que se adapta às novas condições. Neste momento, ela se apresenta excessivamente vulnerável e acessível a qualquer tipo de ajuda, e depende disto para enfrentar os problemas de maneira saudável. Faz-se necessário entender que a experiência da hospitalização é percebida, pelo paciente e família, de uma forma singular, enquanto, para a equipe de saúde, constitui-se como uma rotina de trabalho. ³A vivência da hospitalização na infância parece gerar um antagonismo com a condição de ser criança. Antes de tudo, a infância é um período de crescimento e desenvolvimento, ao contrário da experiência de adoecimento. Na situação de crise vemos a ajuda como o oferecimento de oportunidade à criança para que expresse os seus sentimentos a respeito das experiências traumáticas assim como a ansiedade, a raiva, a hostilidade. Ao fazê-lo poderão reelaborar a forma de viver essas situações, voltando ao seu nível anterior do desenvolvimento psicossocial e intelectual. Esta ajuda poderá ser proporcionada dentro de um relacionamento seguro e construtivo, dadas as características de dependência que a criança apresenta com relação ao outro. Durante a hospitalização, “o outro” são os profissionais que a rodeiam e, neste trabalho, nos referimos especificamente à enfermeira, que poderá ajudá-la a reconquistar as capacidades próprias da sua fase de desenvolvimento e a vivenciar experiências que estimulem o seu crescimento. Consideramos que o apoio a ser oferecido terá condições de desenvolver-se apenas dentro de uma relação construtiva, através da comunicação terapêutica conceituada por como a habilidade do profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem os seus problemas, a adaptarem-se ao que não pode ser mudado e a relacionarem-se com as pessoas que as cercam. ⁴O agir do enfermeiro e da equipe de enfermagem com a criança tem como finalidade a promoção da saúde e do seu bem-estar, devendo ser encarado como um momento interativo, num rico contexto de relacionamento interpessoal. Para isso, é necessário um procedimento simples que é ouvir. O ato de “ouvir bem” exige atenção durante a interlocução, pois, muitas vezes, o interlocutor enfermeiro não



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

é claro no seu discurso, sendo necessária a introdução de habilidades pedagógicas e de comunicação que facilitem a expressão dos seus pensamentos e necessidades. Ter atitude comunicativa certamente deve ser uma preocupação por parte dos profissionais que lidam diretamente no seu cotidiano, na prestação do cuidado. Toda ação comunicativa com responsabilidade ética já é uma forma de cuidado. Para exercer devidamente seu agir comunicativo, o profissional de enfermagem deve saber lidar com as diferentes fases da criança, conhecer as nuances do seu desenvolvimento, para amenizar os efeitos da hospitalização na criança. Assim a partir da teoria de ação comunicativa de Habermas, pode-se desenvolver uma abordagem crítica sobre a assistência de enfermagem, principalmente em alguns de seus aspectos que são de suma importância para a prática profissional do enfermeiro. Concluímos que esta investigação contribui também para aplicação da Teoria da comunicação nas questões de interesse da enfermagem fundamental, como cuidados para com as crianças. O trabalho de enfermagem exige, além de conhecimentos e habilidades técnicas, competências humanas para conduzir uma consulta interativa entre o enfermeiro e a criança sem a adoção de práticas coercitivas, punitivas e de verticalização das condutas adotadas. Apesar da pouca habilidade do enfermeiro na condução da assistência, na qual é freqüente o esquecimento do nome do interlocutor durante o atendimento. Para efetivo agir comunicativo a enfermagem deve conciliar seu plano de cuidados baseados no mundo vida que a criança está situada no momento seja na atenção básica ou nos cuidados hospitalares.

Palavras-chave: comunicação, criança, enfermagem pediátrica.

Referenciais:

- ¹ Habermas, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. 2 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003: 166-172.
- ² Larocca, LM; Mazza, VA. Habermas e Paulo Freire: referenciais teóricos para o estudo da comunicação em enfermagem. Separata de: *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2003; 24 (2): 171.
- ³ Sadala, MLA; Antônio, ALO. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. Separata de: *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto: Associação Brasileira de Enfermagem. 1995; 2(3): 93-106.
- ⁴ Moreira, RVO; Barreto, JAE. *A outra margem: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano*. Fortaleza: Casa de José de Alencar Programa Editorial. 2001; (1): 203-225.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**169 - O processo de enfermagem aplicado a uma criança portadora de
pneumonia comunitária**

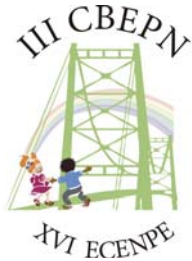
Deisy Adania Zanoni*
Everton Falcão de Oliveira†
Marisa Rufino Ferreira Luizari‡

Introdução. As infecções respiratórias agudas são afecções que atingem tanto o trato respiratório superior como o inferior, podendo ter etiologia viral ou bacteriana (LAURENTI, 1989). A pneumonia é definida como um processo inflamatório das paredes do trato respiratório, acarretando num aumento das secreções mucosas, possibilitando a multiplicação de antígenos na via área inferior, além de possuir uma alta morbimortalidade (REZENDE, 1996). É importante ressaltar que um grande número de crianças morre no domicílio com pneumonia nas primeiras 24 a 48 horas de evolução (BRASIL, 1993). A criança em estudo tem cinco meses e 24 dias, cor parda, natural de Campo Grande (MS). Reside com os pais em casa alugada de alvenaria dotada de quatro cômodos, com rede de esgoto, sistema de água tratada, luz elétrica e coleta de lixo três vezes na semana. A renda familiar mensal é estimada em um salário mínimo, reside. Apresentou quadro de dificuldade respiratória e tosse, o que levou a mãe, a procurar uma Unidade Básica de Saúde, na qual foi orientada a retornar para domicílio e realizar nebulização, além de observar a evolução do quadro. Como não houve sinais de melhora, procurou novamente atendimento médico, desta vez no ambulatório do Núcleo do Hospital Universitário. Após a avaliação clínica foi estabelecido o diagnóstico de pneumonia bacteriana, com base nos sinais e sintomas apresentados (taquipnéia, hipertermia, esforço respiratório, eliminação em grande quantidade de secreção traqueobrônquica), com indicação para a hospitalização. A criança foi admitida na Clínica Pediátrica, do referido hospital, no dia 26 de maio para iniciar a terapêutica antibiótica e para o acompanhamento do quadro clínico. No dia 10 de junho ela recebeu alta hospitalar. Deste modo, os acadêmicos puderam acompanhar parte da internação, intervindo com assistência técnica e educativa (orientações). De acordo com Souza, Ribeiro e Ferreira (2007), são vários os fatores de risco para as infecções respiratórias agudas, de modo geral, e em particular para a ocorrência das pneumonias adquiridas na comunidade. Destacam-se a desnutrição, a baixa idade ao nascer, as co-morbidades, baixo peso ao nascer, permanência em creches, ausência de aleitamento materno, episódios prévios de sibilos e pneumonia, vacinação incompleta, condições socioeconômicas e variáveis ambientais. Analisando ainda os fatores de risco, Goya e Ferrari (2005) relataram que a renda familiar inferior a um salário mínimo está associada ao dobro de internação por todas as causas em crianças e aumenta em três vezes o risco de internação por pneumonia. O número de moradores por cômodo apresentou associação significativa com a letalidade. Como indicador de condição socioeconômica, pode ter-se mostrado mais sensível que os demais indicadores, como indicador de aglomeração, por si sugere ser um fator de risco de infecção por determinados agentes (POST *et al*, 1992). Foi observado risco 1,44 vezes maior

* Enfermeira Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Especializanda em Saúde Pública e Saúde da Família pela UNIDERP/ANHANGUERA.

† Enfermeiro Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

‡ Enfermeira Pediátrica. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

para infecções respiratórias baixas quando há a presença de duas ou mais pessoas por cômodo (GOYA, FERRARI, 2005). O sintoma mais importante na pneumonia comunitária é a taquipnéia com ou sem dispnéia. A pneumonia afebril não mostra prevalência significativa, porém pode ser encontrada em crianças até os três meses de idade. Os quadros virais podem apresentar febre superior a 39 °C, mas após tratamento com antipiréticos ou banhos mornos, a criança apresenta uma melhora do estado geral, já em infecções bacterianas o mal estar se mantém (Id, 2007). De acordo com Alfaro-LeFevre (1996), “o processo de enfermagem é definido como um método científico/ sistemático de prestação de cuidados humanizados, enfocando a obtenção de resultados desejados a baixo custo. Sua realização exige domínio de diversas formas de conhecimento”. Com base nas informações colhidas do prontuário, da acompanhante e as observações dos acadêmicos, foi instaurado o processo de enfermagem seguindo a sistematização da assistência de enfermagem. **Objetivos.** Este trabalho tem por finalidade apresentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem a uma criança com diagnóstico de pneumonia comunitária. **Metodologia.** Este trabalho foi realizado durante atividades desenvolvidas na disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem Pediátrica, na Clínica de Pediatria do Núcleo do Hospital Universitário de Campo Grande/MS, no período entre 28 de maio a 10 de junho de 2008. Os dados secundários registrados no prontuário foram coletados após a obtenção da assinatura da mãe da criança no termo de consentimento livre e esclarecido. Realizou-se uma entrevista com a mãe para levantar os dados socioeconômicos, além da realização do ecomapa e genograma familiar. Ao longo da internação a criança foi acompanhada pelos acadêmicos e após a alta hospitalar foi realizada uma visita domiciliar para reavaliação da criança. **Resultados.** Os diagnósticos de Enfermagem listados a seguir para a criança J.A. são baseados na classificação de NANDA (2006) e CARPENITO (2005). 1. Ansiedade relacionada à mudança no ambiente relacionada à hospitalização e às pessoas desconhecidas; 2. Amamentação eficaz relacionada ao peso da criança adequado à idade, entre os percentis 97 e 10, criança satisfeita após alimentação; 3. Medo relacionado hospitalização, procedimentos invasivos, ambiente novo, pessoas desconhecidas e dor; 4. Riscos para infecção relacionados à permanência prolongada no hospital e procedimentos invasivos; 5. Integridade tissular prejudicada relacionado aos procedimentos invasivos e a dermatite de contato; 6. Risco para função respiratória ineficaz relacionada a secreções excessivas, baixa umidade relativa do ar, ao quadro de pneumonia e exposição ao frio. **Conclusão.** As intervenções de Enfermagem aplicadas à esta criança foram: 1. Explicar os eventos utilizando termos simples, apropriados à idade: ilustrações, brinquedos terapêuticos; 2. Estabelecer uma relação de confiança; 3. Incentivar a expressão de sentimentos; 4. Envolver a criança nas brincadeiras; 5. Promover medidas de conforto; 6. Incentivar o envolvimento dos pais nos cuidados, elogiando-os sempre que possível; 7. Permitir privacidade durante a mamada; 8. Proporcionar à criança oportunidades para expressar seus medos e aprender formas saudáveis de liberação de raiva ou da tristeza, por exemplo: terapia recreacional; 9. Monitorar a temperatura com termômetro de mercúrio, na região axilar de 8/8 horas; 10. Avaliar calendário vacinal, explicando a importância de manter a vacinação em dia; 11. Manter a cabeceira da cama elevada 30°, para melhorar o suporte respiratório; 12. Substituir o uso do talco pela maisena, aplicando nas regiões das dobras cutâneas; 13. Manter as grades do leito levantadas; 14. Colocar uma mão sobre a criança ao pesar e ao trocar as fraldas para mantê-la segura; 15. Verificar a água do banho para garantir que a temperatura esteja adequada e nunca deixar o bebê sozinho; 16. Trocar a fralda todas as vezes que o bebê evacuar, deixando o local seco e aplicar a maisena; 17. Administrar soro fisiológico 0,9% 1ml em cada narina, a cada 2 horas ou quando necessário; 18. Fechar as janelas e portas quando estiver realizando o exame físico, impedindo assim a corrente de ar; 19. Administrar oxigênio terapia conforme prescrição médica; 20. Realizar sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

cada mudança de plantão; 21. Realizar exame físico, atentando para a ausculta pulmonar; 22. Realizar orientações sobre: autocuidado, higiene pessoal, uso de maisena (na forma de pasta dissolvida em água para ser aplicada em regiões hiperemiadas e para o enxágue do corpo após os banhos); uso de água fervida com sal (solução salina) ou soro fisiológico 0,9%, para fluidificar secreções nasais e traqueobrônquicas; uso de óleo de cozinha, amêndoas ou cremes para emulsificação da pele; importância de todas as medicações utilizadas, e sobre a importância do retorno a UBS mais próxima da casa da cliente caso apareça quadro de febre e com produção excessiva de secreções traqueobrônquicas. Com o término do presente estudo, foi possível compreender a dinâmica da assistência de enfermagem destinadas às crianças, o que possibilitou um aprendizado muito grande em relação a esta disciplina, abrindo novos horizontes para uma abordagem mais efetiva à criança e sua família e oferecendo ferramentas valiosas para construir de forma mais adequada e eficaz a assistência. A passagem pela Clínica Pediátrica do NHU/UFMS mudou a visão acadêmica quanto ao papel do enfermeiro frente à assistência de enfermagem à criança, fornecendo um caminho para aplicar o conhecimento adquirido através do estudo da fisiopatologia de uma determinada doença, relacionando aos cuidados, bem como a aplicação do processo de enfermagem, levando em conta as peculiaridades do relacionamento com a criança, enfocando a assistência centrada na família e não apenas na patologia ou centrada na criança. Dessa forma foi possível construir um relacionamento terapêutico com a criança e com a acompanhante, promovendo uma assistência holística e individualizada.

Palavras-chave: processo de enfermagem, sistematização da assistência, pneumonia.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

170 - Percepção do estudante do curso de enfermagem quanto a utilização do brinquedo em unidade de internação pediátrica

Aline Torres Coutinho*
Fabíola Christina de Souza Rosa*
Fernanda Paula Cerântola Siqueira†
Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto‡

Introdução: Observando as vivências na Unidade de Pediatria percebemos a apreensão das crianças internadas em relação aos profissionais de saúde devido à insegurança causada pela hospitalização e o medo da realização dos procedimentos. Nota-se também, a falta de alegria e motivação nas crianças, o que dificultava nossa aproximação. Com a hospitalização a criança se afasta da família, dos amigos, da escola, de seu cotidiano e se depara com novas situações a dor, a passividade, a limitação física, sentimentos de punição e medo da morte. Neste sentido, as atividades lúdicas tornam-se um meio que pode ser expresso por desejos, sentimentos, anseios e hábitos, proporcionando uma ligação entre o ambiente familiar e o novo, até então desconhecido. O brincar ameniza o sofrimento decorrente da internação e contribui para o seu desenvolvimento neuro-psico-motor, explorando o mundo físico através da estimulação tátil, auditiva, visual, cinestésica, muscular, liberando a energia excedente. Para tanto, propõem-se: o desenvolvimento intelectual com atividades de leitura, jogos de quebra-cabeças, filmes, entre outras, para ajudar na formação do raciocínio e distinção entre fantasia e realidade; a socialização para estabelecer relacionamentos interpessoais e auxiliar na solução de problemas provenientes dessas relações, construindo valores morais e éticos, além de aprender os padrões da sociedade e a responsabilidade de suas ações; desenvolver a criatividade por meio do experimentar e tentar nas brincadeiras através de seus pensamentos e fantasias; contribuir à autoconsciência, na qual aprendem a controlar seu comportamento e capacidades, comparando com os outros; o valor terapêutico, liberando a tensão e o estresse, uma vez que expressa emoções e impulsos não aceitáveis de modo socialmente aceitável e criar valores morais, onde aprendem que para serem aceitas num grupo necessitam enquadrar-se em seus padrões. Através do brinquedo terapêutico, que é uma atividade estruturada e realizada por profissionais que conhecem sua técnica, há a promoção do bem-estar biopsíquico da criança, onde esta pode aliviar suas ansiedades com as recreações desenvolvidas. A principal função deste brinquedo é compreender as necessidades das crianças, favorecendo a visão do profissional. Também vem como uma possibilidade de comunicação, onde a inserção do mesmo no convívio enfermagem – criança possibilita trocas de informações. A introdução do lúdico no cuidado de enfermagem no Brasil teve início na década de 1960, com a Profa. Dra. Esther Moraes. Esta afirma que verificou através de experiências com brinquedos, que o sofrimento do distanciamento dos pais era amenizado e havia maior aproximação entre o profissional e a criança. Assim, esta sugere que o aluno seja apresentado, fundamentado e preparado para utilização do brinquedo terapêutico em suas condutas, criando um ambiente onde o paciente possa vivenciar uma boa experiência, assim como estes estudantes entregarem-se ao novo. O Conselho Federal de Enfermagem, a partir de sua resolução nº295/2004, em seu artigo 1º diz que Compete ao Enfermeiro que atua na

* Estudante da 4ª Série do Curso de Enfermagem – Famema.

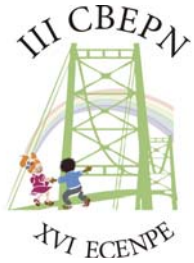
† Enfermeira, doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem-EE/EERP-USP, docente do Curso de Enfermagem da Famema e UNIMAR. Endereço: R. Jorge Bernardone, 404, Jd Itaipu, Marília/SP, CEP: 17519580, E-mail: fercerantola@famema.br.

‡ Enfermeira, Mestre pela UNIFESP, docente do Curso de Enfermagem da Famema.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

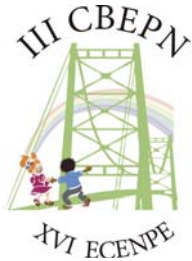
área pediátrica, enquanto integrante da equipe multiprofissional de saúde, a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizadas, assegurando esta prática na assistência à criança e a família. Assim, a enfermagem busca o exercício das potencialidades da criança, proporciona o restabelecimento físico-emocional e torna a hospitalização menos frustrante e mais alegre. Entretanto, apesar desta prática contribuir de forma terapêutica com a criança durante a internação, encontra-se como dificuldades para o desenvolvimento da mesma a falta de infraestrutura e recursos, valorização e despreparo dos profissionais em relação à aplicação do brinquedo terapêutico e não adesão desse recurso pela equipe profissional, dificuldade na implantação sistemática dessa intervenção, como falta de tempo e não compreensão dos estudantes quanto à importância do brinquedo. A forma como os estudantes tem vivido a utilização do brinquedo junto às crianças tem nos inquietado, levando-nos a questionar “qual a percepção dos acadêmicos ao desenvolver atividades lúdicas com a criança?”. **Objetivo:** Verificar a percepção dos estudantes do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - Famema que cursaram a 3ª série em 2009, quanto à vivência na utilização do brinquedo na unidade de internação pediátrica. **Caminho metodológico:** Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa de natureza descritiva. Essa metodologia refere-se a estudos de significados, representações, percepções, pontos de vista, vivências e dirige-se a análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais a partir das expressões e atividades das pessoas em seus contextos. Os sujeitos foram 16 estudantes do curso de enfermagem que cursaram a terceira série e desenvolveram atividades propostas da área da criança na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Materno Infantil – HC II – Famema. Para coleta de dados utilizou-se de um questionário com questões semi estruturadas, foi autopreenchido pelo sujeito que aceitou participar da pesquisa ao finalizar as atividades propostas nesta área. Utilizou-se da análise temática proposta por Minayo para analisar os dados, que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem as falas, onde a presença ou frequência destes temas denotam relevância para o objeto em questão, através das etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Famema e aos participantes solicitou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo também entregue uma cópia aos mesmos. **Resultados:** Como categorias temáticas identificaram “**Estabelecendo a relação com a criança**”, através dos núcleos de sentido – integração, formação do vínculo, aproximação com a criança; “**Amenizando as reações da hospitalização**”, através dos núcleos de sentido expressão de sentimentos, angústias e medos, calma e cooperativa; “**Percebendo o brinquedo como estratégia de cuidado**” instrumento de trabalho para o enfermeiro, ajuda no cuidado, estratégia para captar sentimentos. Nesta última categoria reconheceram o brinquedo como estratégia para cuidar da criança hospitalizada, porém apresentaram dificuldades para identificar e selecionar o brinquedo, de acordo com a idade e contexto da criança, apontaram falta de fundamentação teórica para utilizar o brinquedo e desvalorização do uso do brinquedo diante de outras ações de cuidado que a criança necessitava. **Considerações Finais:** A pesquisa possibilitou-nos compreender como os estudantes vivenciam as atividades lúdicas com a criança na unidade de internação pediátrica reforçando aspectos já apontados pela literatura como a contribuição do brinquedo para estabelecer relação de confiança e o vínculo com a criança. Sendo assim, os estudantes apontaram que facilitava o processo de interação, bem como o desenvolvimento das intervenções tornando, o cuidado efetivo. Embora, a utilização do brinquedo mostrou-se positiva entre o estudante e a criança, e que a brincadeira possibilita diminuir o estresse da criança hospitalizada estes encontraram alguma dificuldades ao utilizar esta estratégia. Desta forma, possibilitaram reconhecer fragilidades como dificuldades para identificar e selecionar



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

o brinquedo, de acordo com a faixa etária e contexto da criança, falta de fundamentação teórica para utilizar o brinquedo, bem como a desvalorização que atribuem a esta estratégia. Considerando a relevância das atividades recreacionais na hospitalização da criança, esta pesquisa permitiu conhecer a experiência vivenciada pelos estudantes, bem como refletir a formação e a prática assistencial à criança hospitalizada ao utilizar o brinquedo com estratégia de cuidado no referido cenário.

Palavras-chave: brinquedo, hospitalização, enfermagem, saúde da criança.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

171 - Sistematizando o cuidado de crianças com agravo respiratório

Fernanda Paula Cerântola Siqueira*
Maria das Neves Firmino da Silva[†]
Maria Fernanda Caldeira Ribeiro[‡]

Introdução: As infecções respiratórias agudas têm sido a principal causa de morte em crianças com idade inferior a cinco anos, sendo responsáveis por 4,5 milhões de óbitos a cada ano, a maioria destes ocorrendo em países em desenvolvimento. Entre as infecções respiratórias destaca-se a preocupação com a bronquiolite aguda, por ser uma das causas mais comuns de infecção nos primeiros anos de vida. A bronquiolite aguda é reconhecida como síndrome do sistema ventilatório mais freqüente que acomete a criança nos dois primeiros anos de vida e o pico de incidência ocorre abaixo dos 12 meses de idade. É também responsável pela hospitalização de cerca de dois em cada 100 lactentes. Tem etiologia viral, e pode ter manifestações que variam de quadros leves até muito graves, com risco de vida para as crianças. Os agentes etiológicos associados frequentemente a essa doença são o vírus sincicial respiratório, parainfluenza, influenza e adenovírus. O vírus sincicial respiratório é, em geral, responsável por 60-80% dos casos de bronquiolite aguda durante os meses de outono e inverno. A bronquiolite aguda inicia com os sintomas das infecções virais do sistema ventilatório superior a febre e coriza, que progridem em quatro a seis dias, evoluindo para o acometimento do sistema ventilatório inferior com tosse e sibilância. Diante da problemática que este agravo representa e pelo aumento da freqüência de casos em nosso serviço o enfermeiro para assistir a criança hospitalizada deve agregar as áreas de competência do cuidado do ponto de vista individual, coletivo e gestão, utilizando ferramentas como a epidemiologia e a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Entendendo que o processo de enfermagem é sinônimo de conduta de resolução de problema para a descoberta do cuidado de saúde e das necessidades de cuidado de enfermagem dos clientes, servindo como um guia prático da profissão por apresentar características como: consiste em um referencial para fornecer os cuidados específicos de enfermagem para indivíduos, famílias e comunidades, é ordenado e sistemático, é interdependente, é centrado no cliente, usando os potenciais do cliente, é apropriado para uso durante todo o espectro de vida e ainda pode ser empregado em todos os ambientes. O processo de enfermagem tem como etapas a coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, identificação do resultado (meta), planejamento das ações, implementação e evolução de enfermagem. Sistematizar a assistência de enfermagem é de extrema importância para a prática profissional por possibilitar que: o cliente e/ou os membros da família sejam envolvidos no estabelecimento de prioridades, de metas e de critérios de resultados, bem como na seleção de prescrições de enfermagem; e que as respostas do cliente às prescrições de enfermagem sejam continuamente avaliadas, o que promove o cuidado de enfermagem individualizado; legalmente, o processo de enfermagem é reconhecido como o padrão para a prática, favorecendo a avaliação da qualidade da assistência prestada, constituindo em fonte de informações para pesquisa e ensino, bem como informações legais. O processo de enfermagem é uma forma organizada e sistemática de realizar o cuidado de enfermagem para

* Enfermeira, doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem-EE/EERP-USP, docente do Curso de Enfermagem da Famema e UNIMAR. Endereço: R. Jorge Bernardone, 404, Jd Itaipu, Marília/SP, CEP: 17519580, E-mail: fercerantola@famema.br.

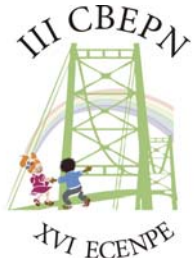
[†] Enfermeira, Gerente da Unidade de Internação Pediátrica-HC II-Unidade Materno Infantil. E-mail: neves_firmino@hotmail.com

[‡] Acadêmica da 3ª Série do Curso de Enfermagem – Famema. E-mail: fezinha_brisa@hotmail.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

qualquer cliente em qualquer situação, pois tem a capacidade de adaptação e praticidade contribuindo assim para o cuidado de alta qualidade. Devendo o plano de cuidado ser conciso e escrito, permitindo a sua continuidade, comunicação entre os enfermeiros e fonte de dados para todos os membros da equipe multiprofissional. Considerando os aspectos apontados a Unidade de Internação Pediátrica do Hospital das Clínicas-Unidade Materna Infantil vem em um movimento constante para operacionalizar todas as etapas do processo de enfermagem, bem como utilizar a Taxonomia II da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para identificação de diagnóstico. O diagnóstico de enfermagem foi mencionado na década de 50 pela primeira vez, classificado por Abdellah na década de 60. Nos anos 70, ANA (American Nurses Association) publica o papel do diagnóstico para a prática de enfermagem e surge a NANDA nos anos 80, onde sucessivas conferências bienais, resultaram na criação da Taxonomia I, baseada nos 9 padrões de resposta humana: trocar, comunicar, valorizar, relacionar, escolher, mover, perceber, sentir e conhecer. Na década de 90, houve a revisão e atualização dos diagnósticos, que resultou na criação da Taxonomia II e que foi aprovada em 2000, sendo constituída de 13 domínios, 46 classes e 155 diagnósticos, vigorando até os dias de hoje. Atualmente a classificação 2007-2008 é constituída de 13 domínios, 47 classes 187 diagnósticos. NANDA define diagnóstico de enfermagem como o julgamento clínico sobre respostas dos indivíduos, família ou comunidades a problemas ou processos de saúde potenciais ou vitais onde este proporciona uma base para a seleção de intervenções e obtenção de resultados finais que um enfermeiro planejou. A utilização do processo de enfermagem é também assegurada pelo decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 sobre o exercício profissional, no artigo 8º. referindo que ao enfermeiro compete privativamente “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem”. Para tanto, delimitamos como **objetivos** identificar a prevalência de bronquiolite entre crianças hospitalizadas em uma Unidade de Internação Pediátrica e os 10 diagnósticos de enfermagem mais frequentes, segundo a Taxonomia II da NANDA. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada na Unidade de Internação Pediátrica-HC II-Unidade Materno Infantil, Marília/SP, sendo a população crianças até um ano de idade que foram hospitalizadas no período de janeiro à junho de 2009. Para coleta dos dados epidemiológicos utilizou-se o NTI (Núcleo de Informações Técnicas) do referido serviço através das variáveis idade, sexo e média de permanência na unidade. Para identificação dos diagnósticos de enfermagem utilizou-se do diário de campo da enfermeira gerente da unidade. Os dados coletados foram apresentados seguindo as normas preconizadas para uma pesquisa descritiva. Essa pesquisa seguiu às exigências formais implícitas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** No período de janeiro à junho de 2009 na Unidade de Pediatria ficaram internadas 374 crianças, destas 21,39% (n=80) tinham como diagnóstico médico a bronquiolite. Em relação a faixa etária das 80 crianças com este agravo respiratório, 57,5% (n=46) eram menores de 1 ano de idade. Entre estes lactentes 4,3% (n=2) eram recém-nascidos; 23,9% (n=11) tinham 1 mês de vida, 21,7% (n=10) 2 meses e 15,21% (n=7) 3 meses; 8,69% (n=4) tinham 4 meses de idade, 10,86% (n=5) 5 meses e 8,69% (n=4) 6 meses. Lactentes com mais de 6 meses representaram 6,5% (n=3) dos casos de bronquiolite avaliados. Quanto ao sexo 58,69% (n=27) eram masculinos e 41,3% (n=19) femininos. Quanto à permanência em dias, 41,3% (n=19) dos lactentes permaneceram na unidade por um dia, 17,39% (n=8) foram mantidos por 2 à 3 dias, 15,21% (n=7) por 4 à 5 dias e 23,91% (n=11) necessitaram de 6 à 10 dias para sua recuperação. Quanto aos diagnósticos de enfermagem identificou-se: Desobstrução ineficaz de vias aéreas; Padrão respiratório ineficaz; Amamentação ineficaz; Amamentação interrompida; Integridade tissular prejudicada, Conhecimento deficiente (materno); Ansiedade (materna); Hipertermia; Risco de aspição; Risco de tensão do papel do cuidador. **Considerações finais:** Entre as



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

crianças internadas com bronquiolite no período determinado, 57,5% (n=46) eram menores de 1 ano de idade, sendo a maioria destes com idades menores de 06 meses de vida. Ao correlacionar tais dados com os diagnósticos mais frequentes neste grupo, destaca-se a Amamentação ineficaz, Amamentação interrompida e o Conhecimento deficiente (materno). Desta forma, a utilização desta Taxonomia contribuiu não só para qualificar a assistência de enfermagem dispensada durante o período de internação destas crianças e sua família, mas nos permitiu repensar os fatores que podem estar contribuindo para o desmame precoce, identificando dificuldades para relactação e a falta de apoio materno que houve durante o acompanhamento de puericultura para que o processo de amamentação fosse bem sucedido. Sendo assim, destaca-se a importância da sistematização da assistência de enfermagem ao estabelecer o diálogo entre os profissionais na rede de cuidados.

Palavras-chave: bronquiolite, saúde da criança, sistematização da assistência de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

172 - O enfermeiro na educação em saúde em Unidade de Oncologia Pediátrica

Maíra Baquerote*
Nayara Alano Moraes†
Neila Santini de Souza‡
Suian de Liz Gonzaga dos Santos§

Conhecendo o processo Saúde-Doença através do âmbito familiar e acadêmico; considerando as nossas trajetórias e vivências na área de oncologia pediátrica, através do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Apoio à Saúde Materno Infantil e do Projeto de Extensão Educação em Saúde: um desafio social comunitário para detecção precoce do câncer na infância e adolescência, nos quais estamos inseridas desde 2008, deparamo-nos com a falta de profissionais qualificados neste contexto e as conseqüências que isto acarreta. A criança neste processo torna-se vulnerável, pois necessita de contínuo acompanhamento para manter seu bem estar biopsicossocial. Segundo Schmitz (2000), é na família que ela recebe e aprende os cuidados de promoção de saúde, prevenção de doença e primeiros atendimentos curativos. Contudo, com a hospitalização ocorrem mudanças em todos os aspectos, como distanciamento dos familiares, mudança na rotina diária, dificuldades na compreensão dos procedimentos. A família também passa por um estresse, tendo seu modo de vida alterado, apresentando problemas financeiros, sofrimento e angústia. Tratando-se do diagnóstico de câncer na criança, este processo torna-se mais inerente, evidenciando o medo com a possibilidade de morte. Há estimativas do aumento crescente do número de casos de câncer. Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009), o câncer pediátrico representa entre 0,5% a 3% de todas as neoplasias na maioria da população. Estima-se para o ano de 2009, cerca de 9.890 casos novos de câncer pediátrico no Brasil. Considerando estes dados, a qualificação profissional reflete para um atendimento com qualidade, no qual o enfermeiro desempenha papel fundamental no cuidar, desenvolvendo suas ações com conhecimento técnico-científico e humanístico. Este estudo refere-se à Prática Assistencial Pedagógica, sendo uma das etapas do Trabalho de Conclusão de Curso. Tivemos como objetivo geral problematizar a educação em saúde realizada pelo enfermeiro, junto aos familiares, crianças e adolescentes internados na Unidade de Oncologia Pediátrica de determinado Hospital Infantil da Região Serrana de Santa Catarina. Elencamos como objetivos específicos: proporcionar às famílias das crianças e adolescentes internadas na Unidade de Oncologia Pediátrica momentos de reflexão acerca do dia a dia desta com a figura do enfermeiro; refletir junto aos sujeitos da prática a estruturação de um grupo de apoio às crianças/adolescentes e famílias, durante a hospitalização e após a alta hospitalar; estruturar e promover a educação em saúde das famílias das crianças e adolescentes hospitalizadas na Unidade de Oncologia Pediátrica, construindo coletivamente com os sujeitos da prática uma cartilha educativa com orientações sobre a doença. Utilizamos a Metodologia Problematizadora de Bordenave (1986) visando à reflexão para a transformação da realidade para o desenvolvimento de nossa caminhada metodológica; e o esquema proposto por Charles Magueres (1991) para descrevê-la, compreendendo as seguintes etapas: observação da realidade, identificação do problema,

* Enfermeira, graduada pela Universidade do Planalto Catarinense/UNIPLAC, 2009-Lages-SC.

† Enfermeira, graduada pela Universidade do Planalto Catarinense/UNIPLAC, 2009- Lages-SC.

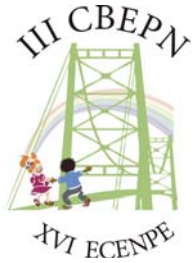
‡ Relatora, Enfermeira, professora assistente do curso de enfermagem da Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA, mestre em enfermagem, co-orientadora do trabalho. Endereço: Rua General Câmara, 132 – Uruguai/RS. Endereço eletrônico: neilasouza@unipampa.edu.br ;

§ Enfermeira, professora do curso de enfermagem da UNIPLAC, especialista em Enfermagem obstétrica, orientadora do trabalho.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

pontos-chaves, teorização, estratégias de aprendizagem, hipóteses de solução, aplicação à realidade. Utilizamos também os pressupostos de Jean Watson (1985) que tende para a transação do cuidado entre o enfermeiro e o cliente, para obter um grau mais elevado de harmonia mente corpo alma. Fizemos uso de diversas Estratégias de Aprendizagem, com destaque para o diálogo, durante todo o desenvolvimento da Prática Assistencial Pedagógica, introduzindo-nos como enfermeiras, desenvolvendo a educação em saúde de enfermagem para com as crianças, adolescentes e seus familiares. Para realização da Prática Assistencial Pedagógica, utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para esclarecimento dos sujeitos sobre a proposta apresentada. Foi indispensável à autorização dos responsáveis quanto à participação das crianças e adolescentes na prática assistencial pedagógica, e levamos também em consideração a vontade delas. Preservamos a identidade dos sujeitos, através uso de codinomes de famílias de desenhos animados. Para melhor trabalhar neste contexto, tivemos a necessidade de conhecer outras realidades, na qual visitamos dois centros de referência, nos estados de Santa Catarina e Paraná, na área de oncologia pediátrica, os quais possibilitaram conhecer o funcionamento e a estrutura destes locais, bem como o papel desempenhado pelo enfermeiro dentro dessa unidade. Identificamos que em ambos os centros há dificuldades como a qualificação profissional e a grande demanda de cuidado. Mas isto não impossibilitou aos enfermeiros prestar uma assistência de qualidade, pois nas duas realidades vimos profissionais empenhados em proporcionar melhorias na realidade enfrentada pelas crianças e seus familiares. Desenvolvemos nosso Projeto Assistencial Pedagógico em um Hospital Infantil da região serrana de SC, na Unidade de Oncologia Pediátrica, onde problematizamos junto com as famílias das crianças e adolescentes portadoras de câncer a educação em saúde desempenhada pelo enfermeiro. Participaram da prática os sujeitos que ficaram hospitalizados de acordo com o esquema de tratamento quimioterápico: Família Flinstones: paciente - o menino *Bambam*, 4 anos, portador de Leucemia Linfocítica de Célula B, está em tratamento há 10 meses. Sua mãe, Sr^a. *Wilma*, 26 anos, casada, tem dois filhos menores. Residem em um município da Região Serrana de SC. Desde o diagnóstico da doença de seu filho, deixou de trabalhar. Família Simpsons: paciente - a menina *Lisa*, 13 anos, portadora de Linfoma de Hodgkin, está em tratamento há sete meses. Sua Mãe Sr^a. *Marge*, 47 anos, casada, tem duas filhas (uma casada), é dona de casa; não apresentou maiores alterações em sua rotina. Oriundas da região Meio Oeste de SC. Família Jatsons: paciente - a menina *Judy*, 2 anos, portadora de Retinoblastoma Extraocular esquerdo, fez cirurgia de Exenteração do Globo Ocular. Sua mãe Sr^a. *Jane*, 23 anos casada, tem uma filha, dona de casa. Moram no interior de uma cidade do Planalto Catarinense. Observamos a importância que as profissionais de enfermagem exercem sobre o cuidado, por fazerem parte do cotidiano hospitalar realizando a maioria dos procedimentos, e assim estabelecendo um vínculo de confiança para com os familiares e pacientes. Desta forma, indiretamente participaram da prática, as seguintes profissionais da equipe: *Sol* trabalha desde a criação do serviço, *Orquídea* está na unidade há 2 meses, e *Amor Perfeito* trabalha já há 2 anos neste setor, sendo que pelo esquema de rodízio adotado pela instituição hospitalar, foi transferida para outra unidade no início das nossas atividades. As atividades da prática assistencial pedagógica foram desenvolvidas no período de 27 de abril a 17 de junho de 2009. Realizamos planejamentos semanais, os quais foram adaptados à prática. Os encontros com as crianças, os adolescentes e familiares ocorreram conforme o esquema de tratamento, estabelecido da seguinte forma: - Família Flinstones: Período de Manutenção, *Bambam* fazia uma semana a quimioterapia no hospital, por via intramuscular, venosa e intratecal, e na outra fazia a intramuscular na unidade de saúde do seu município. - Família Simpsons - Estava na Etapa 5 do esquema quimioterápico, sendo seu tratamento realizado em 3 ciclos, repetidos a cada 63 dias.- Família Jatsons- Tivemos contato nos ciclos 4 e 5 da quimioterapia. Os momentos de reflexão deste estudo abriram um viés, ressaltando



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

não apenas a importância do enfermeiro na unidade de oncologia pediátrica, mas o valioso trabalho da equipe multiprofissional, constituída por psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, entre outros. A Prática Assistencial Pedagógica permitiu-nos o reconhecimento do papel do enfermeiro, abrangendo não apenas sua importância técnica, mas principalmente, sua relevância quanto às questões educativas frente aos familiares e pacientes, podendo assim contribuir para o crescimento deles em relação ao enfrentamento desta realidade. Permitiu também o nosso crescimento, não apenas profissional, mas pessoal, pois as crianças transmitem, naturalmente, o lado bom da vida, até mesmo nas situações de dificuldades.

Palavras-chaves: educação em saúde, oncologia infanto-juvenil, enfermeiro.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**173 - Reflexões sobre a higienização dos brinquedos em unidade de
atendimento a criança**

Marcela C. C. de Almeida*
Ione Correa[†]

Introdução: O brincar e o brinquedo são fundamentais na vida do ser humano. O desenvolvimento infantil está ligado diretamente ao brincar, sendo a linguagem própria da criança a qual lhe dará acesso ao processo de crescimento. É uma forma de expressão onde ela se relaciona com o mundo. Esse processo também interage entre dois ou mais sujeitos, refletindo sobre a relevância do brincar nas relações terapêuticas onde crianças estão envolvidas. O brincar para a criança é uma das formas que ela encontra de compreender e se comunicar com o mundo, expressando seus sentimentos e percepções. O profissional da saúde deve estar atento para a utilização desse canal de estreitamento de relações, trazendo o aspecto lúdico do universo infantil com a intenção de através do brincar e dos brinquedos acolhe-lo na realidade. A utilização do brinquedo como forma de recreação, com a finalidade de divertir e distrair a criança, através da obtenção do prazer e da alegria, favorece também o desenvolvimento sensorio-motor, intelectual e social, estimulados naturalmente. Na assistência de enfermagem o brinquedo pode ser usado como facilitador para a realização dos procedimentos, evitando traumas e a preocupação tem que estar voltada para a manifestação verbal da criança e não para a atividade desenvolvida. Sobre as funções do brinquedo uma das mais importantes é a dramatização de papéis e conflitos, que pode conduzir à diminuição da ansiedade que está sentindo e vivenciando, até mesmo com a possibilidade não verbal. O brinquedo terapêutico é quando se utiliza o brinquedo com a criança para compreender os seus sentimentos e as suas necessidades, é também a utilização do brinquedo em uma brincadeira que simula situações hospitalares, com princípios lúdicos. Proporciona à criança hospitalizada compreender o que ocorre no hospital e para a equipe de enfermagem a possibilidade de aproximação. A dualidade entre o real e o imaginário possibilita as crianças converterem experiências que deveriam suportar passivamente em desempenho ativo, possibilitando a ela controlar, mesmo que imaginariamente o novo ambiente. Uma atividade simples que gera um momento para a elaboração das ansiedades decorrentes do desconforto da hospitalização. O brinquedo terapêutico é usado como uma técnica que objetiva permitir a compreensão de algumas necessidades e sentimentos da criança. Também estabelece um relacionamento com a mesma possibilitando obter informações para o planejamento da assistência de enfermagem. Sua finalidade para a criança é de minimizar os fatores estressantes e desencadeantes de medo na internação hospitalar, além de auxiliá-la no enfrentamento das situações. O profissional enfermeiro pode fazer uso do brinquedo terapêutico, pois é considerado um profissional que tem o conhecimento necessário e habilidade para realizar a ação do brincar com a finalidade de identificar os sentimentos da criança e diminuir os fatores de estresse. Tal reconhecimento reforça-se através da resolução do COFEN - nº 295/2004 "... compete ao enfermeiro atuante na área Pediátrica a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico para a assistência à criança hospitalizada e

* Enfermeira Coordenadora da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Estadual de Bauru; Aluna do curso de Mestrado Profissionalizante em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Avenida Engenheiro Luis Edmundo Carrijo Coube, 1-100. CEP: 17033-360 Bauru – SP. Telefone: (14) 3103-7777 E-mail: almeida_ma@hotmail.com

[†] Enfermeira. Profa Dra no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sua família”. O enfermeiro preocupa-se em desenvolver atividades de orientação, promoção e recuperação da saúde com crianças hospitalizadas através do lúdico. Nesse contexto os enfermeiros procuram formas de amenizar o sofrimento das crianças ajudando-as a entenderem o que acontece ao seu redor através do uso do brinquedo terapêutico. Para o enfermeiro essa técnica colabora na humanização do atendimento e o material utilizado para desenvolvê-la pode ser dos mais variados. A busca pela humanização prevê o respeito, o estímulo e o resgate da dimensão saudável da criança que pode ser traduzido através do brincar. Todavia, existem alguns fatores que contribuem para que o brinquedo e o seu uso seja objeto de atenção especial quando se pensa em compartilhá-los e na falta de práticas de higiene para os mesmos em Unidade de Pediatria, considerando a interação entre pacientes em áreas comuns como as brinquedotecas. Assim como os objetos e os equipamentos hospitalares o brinquedo também pode transmitir microorganismos. Os brinquedos compartilhados podem servir de fomites na transmissão de microorganismos como o rotavírus. **Objetivo:** realizar uma revisão bibliográfica sobre a higienização dos brinquedos no atendimento a criança, publicados no período de 1998 a 2008. **Metodologia:** A revisão bibliográfica foi realizada mediante busca acerca da temática. A coleta dos dados deu-se por meio de periódicos e bases de dados como BIREME – Biblioteca Regional de Medicina, MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, SciELO – Scientific Electronic Library Online e PUBMED – Publicações Médicas. Procurou-se separar o material, pontuando a revisão nos aspectos: utilização do brinquedo terapêutico, crianças no hospital e higiene dos brinquedos. Os descritores utilizados foram: criança, higiene, jogos e brinquedos, criança hospitalizada, transmissão, fomites e infecção hospitalar. A busca ocorreu no mês de Agosto de 2008, onde foram encontradas 36 publicações com os referidos descritores, sendo que destes apenas 12 artigos vem de encontro com o objetivo proposto neste estudo. **Resultados:** Percebe-se a necessidade de existir orientações para a higienização dos brinquedos no atendimento a criança, inclusive com elaboração de rotinas contendo limpeza e desinfecção, demonstradas nos resultados presentes nos estudos que associam os brinquedos com a transmissão de microorganismos. Estudos na literatura mostraram a contaminação dos brinquedos por microorganismos e a ocorrência de infecções veiculadas pelos brinquedos em hospitais e clínicas e concluem que há a associação entre bactérias e o uso de brinquedos não apropriados que podem favorecer a contaminação da criança. E ainda que se não ocorre a higiene dos brinquedos compartilhados entre o seu uso, os mesmos podem ser fontes de infecção. Sobre a maneira de limpeza e desinfecção encontrou-se que a mesma deve ser programada considerando os brinquedos como artigos semi-críticos e não-críticos. Com produtos para a limpeza indicados como detergente neutro para limpeza manual, detergente para limpeza em máquinas e detergente enzimático, com processo de desinfecção físico (termodesinfecção) ou químico (solução germicida por imersão ou Hipoclorito ou fricção com Álcool 70%) **Conclusão:** Conclui-se que as publicações sobre o assunto ainda são escassas no Brasil, sendo que há poucos estudos experimentais sobre o assunto. A crescente utilização de novas tecnologias e procedimentos invasivos aumenta o risco de contrair uma infecção associada aos cuidados de saúde e a falta de desinfecção dos brinquedos uma vez que elas não são realizadas frequentemente e muitas vezes subestimados. Portanto diante dos benefícios indiscutíveis da utilização do brinquedo terapêutico torna-se interligada a necessidade de desenvolver estudos acerca da transmissão de microorganismos e higienização dos brinquedos nas unidades de atendimento a criança.

Palavras-chave: brincar, brinquedos/brinquedo terapêutico, contaminação, infecção hospitalar.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**174 - Álbum seriado como proposta para desenvolver educação em saúde sobre
aleitamento materno aos profissionais de enfermagem**

Maria Aparecida do Carmo Dias*
Kátia Conceição Morita de Carvalhos[†]
Mary Ane Caliente Pinto Correa[‡]
Hellen Crespo Prete[§]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo, sob livre demanda durante os seis primeiros meses, e a manutenção do aleitamento materno complementar até os dois anos de vida da criança. No Brasil, a partir de 1981, a preocupação com a reversão do desmame precoce deu origem à definição da política estatal em favor da amamentação, materializada como Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Os primeiros dias, as primeiras semanas e os primeiros meses de vida são períodos de grandes transformações físicas. Nessa fase, excessos ou deficiência de nutrientes podem ter repercussões prolongadas e, até mesmo, definitivas para saúde. Numa alimentação saudável não pode faltar nenhum nutriente. Não existe alimento com exceção do leite materno nos primeiros seis meses de vida, que, isoladamente, disponha de todos os nutrientes necessários ao organismo. A amamentação é de importância indiscutível não só pelo leite físico, mas também pelo leite emocional. Quando a mãe tem prazer em amamentar, esse ato representa uma energia vital, uma energia amorosa, também incorporada pela criança. A esses aspectos psíquicos afetivos somam-se as prioridades biológicas (nutricionais, imunológicas e fisiológicas) ímpares do leite materno e, também, o aspecto econômico, proporcionando todos os benéficos para a criança, mãe e família. O aleitamento materno reduz a morbimortalidade infantil, fornece uma nutrição ideal ao lactente, favorecendo seu adequado crescimento, e propicia maior interação mãe-filho. Essas vantagens são especialmente significativas nos países em desenvolvimento, dada escassez de recursos e a exposição freqüente a agentes infecciosos. Ademais, o aleitamento materno é apontado como um fator determinante para o desenvolvimento craniofacial adequado, por promover intenso exercício da musculatura orofacial, estimulando favoravelmente as funções da respiração, mastigação, deglutição e fonação. O ato de amamentar é uma função por excelência da mulher e, de acordo com expectativas culturais, constitui-se em momento de realização plena da feminilidade, ainda que com uma forte influência do meio social. A saúde e o desenvolvimento da criança estão diretamente relacionados ao aleitamento materno exclusivo, pelo menos durante os dois primeiros anos de vida. Contudo, apesar do reconhecimento por muitas mulheres da importância do leite materno, ainda é reduzido o número daquelas que o oferece com exclusividade para o seu filho. Algumas mães passam por situações de incentivo para amamentar exclusivamente, enquanto outras sofrem forte pressão para adotar práticas incorporadas por gerações anteriores, onde o desmame precoce era freqüente. Cabe ao enfermeiro estimular o aleitamento materno através de medidas educativas às mães e em especial à equipe de saúde, pois é de suma importância o conhecimento do profissional de saúde acerca da temática, e para tal deverá estar muito bem

* Professora Mestre em Promoção em Saúde pela Universidade de Franca – UNIFRAN. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem no Centro Universitário de Votuporanga - Unifev

[†] Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário de Votuporanga - Unifev . End: Rua Cabo Miranda, 585 Centro – Gurolândia – SP CEP: 15.355.000. e-mail katiacmorita@hotmail.com

[‡] Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário de Votuporanga – Unifev

[§] Acadêmica do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Votuporanga Unifev



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

preparado para desenvolver seu papel de educador com segurança e convicção. O profissional deve ter uma compreensão ampla da fisiologia da lactação e um comprometimento com as práticas que facilitam o aleitamento. Baseado nessa premissa o presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura para propor um álbum seriado sobre aleitamento materno com a finalidade de preparar os profissionais de enfermagem a melhorar o incentivo ao aleitamento materno nas unidades de saúde. A revisão bibliográfica foi realizada na biblioteca do Centro Universitário de Votuporanga Dr. Moacyr Expedito Vaz Guimarães e em biblioteca virtual em sites como: www.saude.gov.br e www.bireme.br. O álbum seriado foi elaborado em ferramenta power-point utilizando quadros e figuras de sites do Ministério da Saúde, onde nestas imagens relacionava-se o processo de prática do aleitamento materno bem como orientações e prevenção de complicações. A escolha das imagens e figuras foi minuciosamente selecionada com base no conteúdo do verso do álbum seriado visando coerência entre o visual e o conteúdo. Destacamos ainda a valorização e perpetuação da importância dos Dez Passos para o Sucesso da Amamentação elencados neste álbum. Vale ressaltar que, educação em saúde envolve a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la. Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde do indivíduo. Para realizar educação em saúde podemos utilizar o álbum seriado que é um recurso pedagógico para facilitar as atividades educativas individuais ou grupais. Trata-se de um interessante recurso visual, formado por páginas em seqüência lógica, desenvolvimento de uma só mensagem em forma progressiva e lógica. São utilizadas para auxiliar em aulas, palestras, demonstrações, reuniões, etc. O álbum seriado pode conter fotografias, mapas, gráficos, organogramas, cartazes, letreiros, ou qualquer material útil na exposição de um tema. Para usá-lo da melhor maneira possível convém seguir as seguintes recomendações: Deve ser colocado em lugar visível ao público; as folhas devem ser viradas na medida em que os tópicos vão sendo desenvolvidos e somente vira-las quando os tópicos forem esgotando em sua exposição, só deixando algo em suspense para a folha seguinte. O álbum seriado se compõe basicamente de ilustração e texto. As ilustrações devem ser bem simples, atraentes, visíveis e que espelhem a realidade. Podem ser retiradas de livros, revistas ou desenhadas. Já o texto deve ser com vocabulário simples, acessível ao público-alvo, devendo conter orações simples e somente com os pontos-chaves do assunto tratado. É recomendável usar letras grandes nos títulos e menores nos subtítulos. O tamanho do álbum seriado pode ser de 50 x 70 cm. Concluímos que a pesquisa que envolve revisão da literatura é de suma importância ao pesquisador por possibilitar um aprofundamento teórico reflexivo a respeito do tema, e que para realizar educação em saúde podemos utilizar o álbum seriado, pois acreditamos que este recurso nos trará benefícios relevantes no sentido de estar colaborando com os profissionais de saúde, capacitando-os para proporcionar o incentivo ao aleitamento materno, nas unidades de saúde. Ressaltamos ainda que o profissional de enfermagem enquanto membro de equipe inter ou multidisciplinar exerce um papel fundamental nas ações que envolvem a educação em saúde, pois em sua formação acadêmica executa cuidados e orientações voltados à prática constante de promoção e prevenção à saúde utilizando-se de inúmeros recursos pedagógicos que o auxiliam no cuidado ao público-alvo destinado a receber determinadas informações.

Palavras-chave: aleitamento materno, álbum seriado, educação em saúde, profissionais de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**175 - Perfil epidemiológico das crianças do projeto viva leite com enfoque na
obesidade infantil**

Maria Aparecida do Carmo Dias*

Lais Ferrari Chagas[†]

Mônica Menezes Severiano[‡]

Elais Martinez Mota[§]

A prevalência mundial da obesidade infantil vem apresentando um rápido aumento nas últimas décadas, sendo caracterizada como uma verdadeira epidemia. Este fato é bastante preocupante, pois a associação da obesidade com alterações metabólicas, como a dislipidemia, a hipertensão e a intolerância à glicose, considerados fatores de risco para o diabetes melitus tipo 2 e as doenças cardiovasculares até alguns anos atrás, eram mais evidentes em adultos, no entanto, hoje já podem ser observadas freqüentemente na faixa etária mais jovem. Além disso, alguns estudos sugerem que o tempo de duração da obesidade está diretamente associado a morbimortalidade por doenças cardiovasculares. No Brasil, mais de 15% das crianças são obesas e 50% estão acima do peso ideal. Menos de 3% destas crianças apresentam alguma alteração endócrina ou metabólica, sendo que mais de 95% são obesas devido a causas exógenas, como excesso de alimentação e/ou falta de atividade física. A obesidade é definida como excesso de gordura corporal, proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura. Seu desenvolvimento sofre influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-econômicos. O consumo alimentar tem sido relacionado à obesidade não somente quanto ao volume da ingestão alimentar, como também à composição e qualidade da dieta. Além disso, os padrões alimentares também mudaram, explicando em parte o contínuo aumento da adiposidade nas crianças, como o pouco consumo de frutas, hortaliças e leite, o aumento no consumo de guloseimas com bolachas recheadas, salgadinhos, doces e refrigerantes, bem como a omissão do café da manhã. Podemos citar ainda, os famosos sanduíches (hambúrguer, misto-quente, cheesburguer etc.) que as mães adoram preparar para o lanche dos seus filhos, as batatas fritas, os bife passados na manteiga são os verdadeiros vilãs da alimentação infantil, vindo de encontro ao pessoal da equipe de saúde que condenam estes alimentos expondo os perigos da má alimentação aos pais onde alguns ainda pensam que criança obesa é sinônimo de criança saudável. As crianças costumam também a imitar os pais em tudo que eles fazem, assim sendo se os pais têm hábitos alimentares errados, acaba induzindo seus filhos a se alimentarem do mesmo jeito. Vale ressaltar que alguns estudos afirmam que por trás de uma criança obesa sempre poderá existir um problema psicológico, agravando-se devido a nossa cultura onde a sociedade exclui os gordinhos de várias brincadeiras devido a sua situação. Isso só leva a criança ou adolescente a piorar porque quase sempre são tímidas e sentem-se envergonhadas, acabam se isolando e fazendo da alimentação uma “fuga” da realidade. Outro fator relevante é a vida sedentária facilitada pelos avanços tecnológicos (computadores, televisão, videogames, etc.),

* Professora Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca – UNIFRAN. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Votuporanga/SP – Unifev. End: R. Alfredo Rodrigues Simões nº 3023. Parque Friosi. CEP: 15500000. Votuporanga/SP e -mail: macadiaz@bol.com.br

[†] Acadêmica do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Votuporanga/SP – Unifev.

[‡] Acadêmica do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Votuporanga/SP – Unifev.

[§] Acadêmica do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Votuporanga/SP – Unifev.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

faz com que as crianças não precisem se esforçar fisicamente a nada. Hoje em dia, ao contrário de alguns anos atrás, as crianças devido a violência urbana a pedido de seus pais, ficam dentro de casa com atividades que não as estimulam fazer atividades físicas como correr, jogar bola, brincar de pique etc., levando-as a passarem horas paradas enfrente a uma televisão ou outro equipamento eletrônico e quase sempre com um pacote de biscoito ou um sanduíche regados a refrigerantes. Isto também representa um fator preocupante para o desenvolvimento da obesidade. Diante do aumento das prevalências de obesidade infantil, tornam-se urgentes estudos estratégicos que permitam o seu controle. A educação nutricional tem sido abordada como tática a seguir para que a população tenha uma alimentação mais saudável e dessa forma um peso adequado. O objetivo desta pesquisa foi identificar as crianças que estão com distúrbios nutricionais para risco de sobrepeso ou obesidade, na faixa etária de 0 a 6 anos pertencentes ao Programa Viva Leite de uma Unidade de Saúde de Votuporanga/SP., e procurar resgatar o peso ideal, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas crianças. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde do Pozzobon (PAS III) em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Votuporanga/SP com crianças que participam do Programa Viva Leite. O presente estudo foi realizado no período de 07 de abril a 07 de maio de 2009. Foi utilizado um roteiro de identificação para obesidade mórbida, neste roteiro contém: nome da criança data de nascimento, idade, nome da mãe, endereço, bairro, telefone, estatura, peso, circunferência abdominal e IMC, onde a população alvo abordada pela pesquisa são as crianças na faixa etária de 0 a 6 anos. Após a coleta dos dados foi utilizado o gráfico de crescimento e desenvolvimento adotado pelo Ministério da Saúde para peso e idade, sendo o percentil > 97 indicativo de risco para sobrepeso ou obesidade. Das 436 crianças que participaram do estudo, 228 eram do sexo masculino e 208 do sexo feminino, na faixa etária de 0 a 6 anos. Dessas, 43 (18,8%) crianças do sexo masculino e 61 (29,3%) do sexo feminino se encontram em risco para sobrepeso ou obesidade. Com relação a faixa etária, a maior variação do estado nutricional ocorreu entre dois a cinco anos, talvez pelo fato da criança nesta idade ficar muito tempo na televisão e sofrer a influência da mídia com relação as propagandas alimentares. Existem, porém, algumas recomendações gerais a serem seguidas: dieta balanceada que determine crescimento adequado e manutenção de peso; exercícios físicos controlados além do apoio emocional individual e familiar. Para melhores resultados no tratamento é importante a cooperação dos pais. A escola tem papel fundamental ao modelar as atitudes e comportamentos das crianças sobre a atividade física e nutrição. Esta pesquisa nos levou a concluir que as alterações nutricionais detectadas precisam de medidas urgentes por parte dos profissionais da saúde para prevenir complicações cardiovasculares e até emocionais aos adultos do futuro. A nossa proposta diante desta realidade é estar montando um projeto para conscientizar pais e responsáveis e professores, através de grupos educativos e equipe multi-profissional, no sentido de atentar para a realidade e procurar mudar o estilo de vida, tanto alimentar como social dessas crianças.

Palavras-chave: criança, risco para sobrepeso ou obesidade, risco para doença cardiovascular.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

176 - Violência infanto juvenil na ótica da legislação, gestores de saúde e enfermeiros da atenção básica em saúde

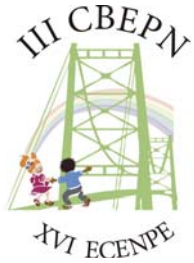
Angélica Thomazine Malman
Cláudia Silveira Viera

Introdução: No Brasil e em diversos outros países a violência tem se caracterizado como um dos mais graves problemas de Saúde Pública (GOMES et al, 2002). Para tanto, trabalhar com essa questão é um dos aspectos que deve fazer parte do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde. Contudo, a violência apresenta várias facetas que devem ser conhecidas por estes, a fim de nortear sua prática, a começar pela sua localização enquanto elemento do processo saúde-doença do indivíduo, bem como identificar o grupo que se encontra vulnerável a violência no país. Identificando a necessidade de estudar a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente no âmbito da Atenção Básica em Saúde (ABS), procurou-se compreender neste estudo como a legislação em vigor sobre violência, a gestão municipal de saúde e os profissionais de saúde alocados na base abordam a questão violência. Assim, tem-se como objetivo estabelecer a relação existente entre a legislação em vigor, a gestão municipal de saúde e os profissionais enfermeiros atuantes na ABS por meio de análise baseada na triangulação das fontes de dados, para então compreender a realidade do atendimento da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente em um município do oeste do Paraná. O trajeto na construção do presente estudo perpassou pelo entendimento da localização do agravo violência na Classificação Internacional de Doenças; a relevância da violência para o atual sistema de saúde; o conceito e a tipologia da violência; o panorama epidemiológico da violência; a organização da atenção à saúde; a violência na atenção básica à saúde infanto-juvenil. Metodologia: O estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo e documental de abordagem qualitativa, que adotou como referencial metodológico uma aproximação da dialética. Desenvolveu-se em três etapas, a saber, pesquisa documental da legislação em vigor acerca da violência; pesquisa de campo com os envolvidos direta ou indiretamente na atenção à saúde da criança e adolescente na ABS e análise por triangulação de fontes de dados (legislação, gestor de saúde do município e enfermeiros). Os sujeitos do estudo foram três gestores de saúde do município estudado e quatro enfermeiros que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona urbana do referido município. O critério de inclusão para integrar a amostra foi estar disponível para a coleta de dados no período destinado para tal e interesse e aceite em participar como sujeito da pesquisa. Para os enfermeiros, foi necessário um critério de inclusão específico que é o período de atuação no serviço, igual ou superior a um ano. As UBS selecionadas para a pesquisa foram escolhidas a partir de informações de dois serviços do município que trabalham com o combate da violência contra a criança e o adolescente. As entrevistas foram marcadas com antecedência e realizadas no local de trabalho dos sujeitos, no mês de dezembro de 2008 para os gestores e abril de 2009, para os enfermeiros. Para a realização da entrevista, foi apresentado ao entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que possui duas vias, e após sua leitura e anuência, o mesmo foi assinado pelos sujeitos participantes da pesquisa, ficando uma via para o entrevistado e outra para o pesquisador. Os dados foram sistematizados, interpretados e analisados à luz do quadro teórico e referencial metodológico adotado. A análise utilizou a triangulação das fontes de dados, a qual foi considerada mais adequada para o estudo da temática escolhida, segundo Minayo, Assis e Souza (2005, p 190), ocorre por “aproximação sucessivas por meio de propostas de categorização”. As categorias analíticas emergentes foram: disposições legais acerca da violência intrafamiliar contra a criança/adolescente; gestão da violência intrafamiliar contra



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

a criança/adolescente na ABS; violência intrafamiliar contra a criança/adolescente na prática assistencial e a triangulação dos dados: a violência contra a criança e o adolescente na ótica da legislação, dos gestores de saúde e dos enfermeiros da ABS em município do oeste do Paraná. Sendo esta última ora apresentada neste estudo. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná aprovou a realização do estudo mediante o Parecer número 527/2008-CEP. Resultados: Após apreender o que as três esferas abordadas apontam, tornou-se imprescindível cruzar as informações compreendidas em cada uma a fim de estabelecer as convergências e divergências e os reflexos destas nas ações de saúde para a prevenção e encaminhamento na ABS dos casos de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente no município. Assim, temos que embora a legislação aponte que a abordagem da violência deve ser de maneira intersetorial, formando uma rede de atendimento com ações articuladas, os gestores de saúde do estudo, apontaram que não há uma rede específica e que apresentam importantes desarticulações no sistema de atendimento à vítima de violência intrafamiliar. Mesmo a legislação apontando a obrigatoriedade da notificação por meio de formulário próprio e como serviço de referência o Conselho Tutelar, os enfermeiros da ABS referiram descrença no serviço e apenas os gestores apontaram o conhecimento da obrigatoriedade prevista na legislação. Os gestores de saúde entraram em contradição quanto ao preparo da equipe multidisciplinar para a identificação dos casos, além de afirmarem que não há uso do formulário no município, bem como o controle epidemiológico da violência. Deste modo, observa-se que o gestor de saúde demonstra conhecimento acerca da legislação vigente, porém sabe que muitas das disposições legais não estão efetivadas na ABS. Ao mesmo tempo apontam problemas no que tange as ações dos profissionais de saúde da ABS. Os enfermeiros sujeitos do estudo relataram desconhecimento a cerca da legislação, descrença no Conselho Tutelar, fragmentação do serviço, apontando o agente comunitário de saúde juntamente com a assistente social como principais responsáveis pela condução dos casos. Embora a legislação vigente esteja em convergência com as indicações do que preconiza o Sistema único de Saúde (SUS), ela não é posta em prática, pois preconiza o atendimento em rede, sistematizado, com formulário próprio e a capacitação permanente dos profissionais que atuam junto aos casos de violência o que não acontece no município estudado. A violência intrafamiliar infanto-juvenil na ABS não se resolve em curto prazo, há necessidade de olhar nas entrelinhas das queixas dos usuários, às vezes uma criança poliqueixosa pode ser uma vítima de uma violência que até então está invisível para o profissional. Este usuário de saúde precisa ser acolhido no sistema de saúde e a partir de então, ser atendido com vistas a integralidade e a continuidade das ações. Além do atendimento na ABS, é necessário que este caso seja notificado, encaminhado e acompanhado, pois é só por meio do acompanhamento que a integralidade se faz presente. É necessário que o caso de violência atendido e notificado seja visível no sistema de saúde, por meio da vigilância epidemiológica para que o planejamento em saúde possa ser direcionado à essa questão. Assim, o enfrentamento da violência deve estar pautado em ações de cunho individual e coletivo; multiprofissional; integral e intersetorial, direcionadas por políticas de saúde pautadas na legislação em vigor, bem como deve se ter um preparo dos profissionais para abrirem seus horizontes e perceberem as situações de violência ao seu entorno. Considerações: Abordar a violência intrafamiliar contra a criança/adolescente é um tema emergente na situação atual dos serviços de atenção à saúde destinada a esse grupo. É preciso olhar para essa violência de forma crítica, para que esta deixe de ser subnotificada e promova um cuidado baseado na integralidade como evoca os princípios do SUS em nosso país. Compreende-se que a referência e contra-referência entre os serviços de saúde são fundamentais para o seguimento do cuidado aos indivíduos sob nossa responsabilidade, em qualquer área de abrangência do atendimento. Em se tratando de crianças/adolescentes vítimas de violência, esse seguimento torna-se essencial para a prevenção de futuros agravos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

à saúde física e psicológica desta população. A ABS deve funcionar visando garantir a notificação, o atendimento e o encaminhamento eficaz e necessário, não apenas para a criança ou adolescente agredido, mas para toda a família. Além de fazer o devido acompanhamento dos casos de sua área de abrangência. Nesse sentido, entende-se que, para haver uma rede de atendimento adequada às situações de violência, é necessário que haja articulação nos mais diversos níveis de assistência, amparadas por uma política específica voltada a resolutividade do problema. Em nosso estudo essa articulação não ocorreu, há a política norteando as ações de saúde para prevenir a violência, mas não é implementada em sua totalidade, nem pelos gestores e conseqüentemente pelos enfermeiros da ABS. É preciso então repensar o atendimento às vítimas de violência intrafamiliar procurando articular as esferas, que atuam de algum modo nesse caso, bem como buscar na intersetorialidade a efetivação do cuidado integral a essa questão.

Palavras-chaves: violência, criança, adolescente, atenção básica, saúde.

Referências:

- GOMES, R. et al. Por que as crianças são maltratadas?: Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. Cad. Saúde Pública. v.18, n.3, p.707-714, mai/jun, 2002. Disponível em: . Acesso em: 30 Ago 2005.
- MINAYO, M. C. de S; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. (org) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2005.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

177 - Avaliação de um programa de oxigenoterapia domiciliar utilizado por crianças egressas de unidade neonatal

Elaine Aparecida Lopes Garcia*

Maria Aparecida dos Santos Marques Mezzacappa[†]

Mônica Aparecida Pessoto[‡]

Flávia de Souza Barbosa Dias[§]

Introdução: Devido aos avanços tecnológicos no tratamento de recém nascidos (RN) muito prematuros a displasia broncopulmonar (DBP) passou a figurar como causa de internação prolongada pela dependência crônica de oxigênio (O₂). O aumento do tempo de internação é acompanhado de risco de infecções hospitalares, separação familiar e altos custos para as instituições de saúde. Neste contexto, a implantação de programas de oxigenoterapia domiciliar têm importante implicação médica, econômica e social. Programas de oxigenoterapia domiciliar em crianças com DBP têm sido utilizados há cerca de 40 anos . O suplemento de O₂, através de cateteres nasais, mantém adequados os níveis de pressão parcial de O₂, promove redução da resistência vascular pulmonar e da resistência de vias aéreas superiores reduzindo o risco de morte súbita e favorecendo o ganho ponderal . O uso domiciliar do O₂, quando bem indicado, não aumenta o risco de reinternações nem promove elevação nos custos, mesmo considerando os gastos com o seguimento ambulatorial. Tendo em conta esta economia de recursos hospitalares , a otimização do número de leitos e as dificuldades de acesso e financiamento da assistência à saúde neonatal no nosso país, é pertinente descrever os principais aspectos relacionados a esta modalidade terapêutica. **Objetivo:** descrever os resultados do programa de oxigenoterapia domiciliar, com uso de concentrador de oxigênio, utilizado por crianças egressas de uma unidade neonatal, e analisar a evolução ao longo dos seus primeiros dez anos. **Métodos:** foi realizado um estudo, observacional, descritivo, retrospectivo, com componente analítico, para avaliar o programa de oxigenoterapia domiciliar de uma unidade neonatal de um Hospital Universitário, do interior do estado de São Paulo, no período de novembro de 1996 a dezembro de 2006. Foram incluídos no estudo todos os casos identificados no período cujo prontuário pode ser acessado e que receberam alta hospitalar e se mantiveram em oxigenoterapia domiciliar. Para a inclusão no programa de O₂ domiciliar, foram utilizados os critérios recomendados pela Academia Americana de Pediatria-AAP (1998): estabilidade clínica, necessidade de concentrações baixas de O₂, por cateter nasal, para manter a SaO₂, por oximetria de pulso, entre 90 – 94%. A instituição adotou ainda como requisitos para a alta a ausência de apnéias há pelo menos 48 horas, curva ascendente de peso e peso à alta superior a 2000g, além de condições familiares e domiciliares adequadas. As variáveis demográficas avaliadas foram: peso ao nascer, gênero, idade gestacional pelo método de Capurro ou New Ballard, doença de base associada à dependência de O₂, tempo oxigenoterapia durante a internação, duração da internação, peso e idade corrigida (idade gestacional acrescida do tempo de vida pós-natal em semanas) à alta hospitalar, tempo de treinamento dos pais, número de retornos ambulatoriais e de re-internações hospitalares, causas de óbito, idade corrigida à suspensão

* Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Função: Enfermeira assistencial do serviço de Neonatologia do CAISM/UNICAMP.

[†] Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente Profa. Dra. do Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP. Setor de Neonatologia do CAISM/UNICAMP.

[‡] Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Médica assistente do Setor de Neonatologia. Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP.

[§] Enfermeira assistencial do Setor de Neonatologia. Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP Endereço: Caixa Postal 647 - CEP 13271971 - Valinhos/SP E-mail: flaviabdias@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

do O₂ domiciliar e duração da oxigenoterapia domiciliar em dias, condições sócio-econômicas e grau de instrução da família. Foram avaliados ainda a alimentação, medicações, dispositivos ou procedimentos (sondas, traqueostomias, gastrostomias, aspiração de vias aéreas superiores) utilizados pelo RN à alta e intercorrências no uso do concentrador. Para a análise estatística destas variáveis, foi utilizado o SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.1.3 Service Pack 3. SAS Institute Inc, 2002-2003, Cary, NC, USA. Realizou-se análise descritiva com cálculo das médias, medianas, desvios padrão e valores mínimos e máximos. A tendência nas frequências de uso do O₂ por ano foi verificada através do teste de Cochran-Armitage. Para verificar associação linear utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. E na comparação das medidas contínuas ao longo dos anos foi utilizada a ANOVA com transformação por postos. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Resultados: no período, foram identificados 160 RN com indicação de oxigenoterapia domiciliar, dos quais 63,3% apresentavam displasia broncopulmonar. Em média, 3,0% de todos os pacientes internados e 8,6% dos RN com peso de nascimento inferior a 1500g receberam alta em oxigenoterapia. A duração média do uso de O₂ no domicílio foi de 42,3±54,0 dias. Na comparação das características demográficas da população e do tempo de uso de O₂ domiciliar, não se observaram diferenças significativas entre os anos. Tampouco houve correlação entre o tempo de uso de O₂ e ventilação mecânica na internação com a duração da terapia domiciliar. Necessitaram de cuidados especiais, além do uso de O₂ e medicações, 28,8 % dos casos. Cerca de 31 RN (22,3%) tiveram alta hospitalar utilizando sondas enterais, seis (4,3%) sondas de gastrostomia e três (2,2%) traqueostomia. O período de treinamento e orientação das mães para alta apresentou média ± DP de 1,3±0,7 dias (variando de 1 a 6 dias). Nos primeiros dois anos de vida, a taxa de morbidade foi de 40%, e a de mortalidade, 11,4%. Só foi possível estudar as condições sócio-econômicas e o grau de instrução em uma pequena sub-amostra da população (n=20), no período de 2003 a 2006. A renda per capita dos familiares foi em média ± DP de R\$ 189,00 ± 88,00 variando de R\$ 80,00 a R\$ 387,50. Completaram apenas o ensino fundamental e o médio, respectivamente, 5% e 45% das mães. Tiveram ensino fundamental e médio incompletos, respectivamente, 40% e 10% dos casos. Conclusão: Esperava-se que a experiência adquirida no decorrer destes dez anos, somada aos avanços técnicos e científicos implicariam em três mudanças no perfil demográfico desta população, como a redução da idade gestacional, do peso ao nascer e da idade corrigida à alta. Todavia, tanto as características demográficas dos RN como a frequência de uso de O₂ não variaram durante o estudo. Tal fato pode associar-se à manutenção dos critérios de alta neste período, principalmente em relação aos parâmetros de SaO₂ utilizados pelo serviço, peso à alta a partir de 2000g e à condição social dos familiares. Também colaboraram para estes resultados o alto grau de dependência e gravidade dos pacientes, que pode ter dificultado a alta. Neste contexto é essencial que exista uma equipe de enfermagem especializada no preparo dos cuidadores e com competência para avaliar e acompanhar os RN após a alta. Outro aspecto importante, neste estudo, é a inexistência de correlação entre a duração da ventilação mecânica e uso de O₂ na internação com a duração da oxigenoterapia domiciliar. Suspeitava-se que haveria correlação positiva significativa entre estas duas variáveis, denotando uma maior gravidade da doença de base. Entretanto, são múltiplas as indicações de ventilação mecânica no prematuro, entre elas a sepsis e a apnéia da prematuridade. Assim, um longo período de ventilação e uso de O₂ pode não se associar à dependência prolongada de O₂. Uma limitação deste estudo é o seu caráter retrospectivo com possibilidade de subnotificação de informações. Assim, não foi possível avaliar com precisão as intercorrências no ambiente domiciliar, e só foi possível conhecer as condições sócio-econômicas de apenas uma pequena amostra da população. Desta forma, é necessária a realização de um estudo específico que esclareça melhor as condições sócio-



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

econômicas desta população e as possíveis necessidades não supridas no acompanhamento dos familiares, uma vez que pode existir impacto negativo na qualidade de vida das famílias. Este estudo demonstrou que o uso de oxigênio domiciliar é uma alternativa terapêutica factível em nosso meio, merecendo mais atenção das instituições de saúde. Neste contexto, outros estudos são necessários a fim de propiciar maior qualidade e segurança.

Palavras-chave: oxigenoterapia, displasia broncopulmonar, prematuro, neonatologia, assistência domiciliar.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

178 - Punção arterial para monitorização da pressão invasiva como atribuição do enfermeiro: a complexidade sob uma nova ótica na unidade de terapia intensiva pediátrica

Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira*

Jorge Leandro do Souto Monteiro[†]

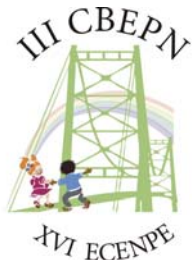
Márcia Barbosa de Paiva[‡]

Introdução: O primeiro registro de pressão arterial da história no modo invasivo ocorreu em 1733, quando o reverendo inglês Stephen Hales descreveu a primeira medição da pressão arterial realizada através da artéria do pescoço de uma égua, introduzindo um tubo de cobre conectado a um tubo de vidro funcionando como manômetro. Sua aplicação clínica, no entanto, veio somente em 1917 após o advento da heparina. A cateterização arterial constitui o modo mais preciso de monitorização da pressão arterial, conhecida como pressão arterial invasiva (PAI), que consiste na introdução de um catéter em uma artéria por punção percutânea direta ou através de dissecação. O cateter é conectado a um sistema chamado “transdutor de pressão”, que acoplado à um monitor, transforma impulsos mecânicos em elétricos, visualizados através de valores numéricos e curva de pressão. A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente permeado de procedimentos e tecnologias com o objetivo de restabelecer o organismo gravemente enfermo. Podemos dizer que a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é uma especialidade advinda da fusão entre Terapia Intensiva e Pediatria, onde o cuidado de enfermagem é de alta complexidade direcionado ao cliente pediátrico em estado crítico e suas especificidades. O cuidado com as crianças na UTIP consiste no tratamento das disfunções múltiplas de sistemas em um organismo em desenvolvimento. Composta por uma equipe multidisciplinar, na qual o enfermeiro tem papel altamente relevante, estar capacitado para exercer atividades de maior complexidade é uma de suas exigências, onde é necessário destreza, agilidade e principalmente embasamento científico. Nestas unidades as instabilidades hemodinâmicas apresentadas levam ao uso de drogas vasoativas que geram oscilações na pressão arterial, e até que a dose correta para manter os níveis pressóricos satisfatórios seja atingida, a equipe médica e de enfermagem devem manter a monitorização para parâmetros como frequência cardíaca, respiração, saturação de oxigênio, e principalmente pressão arterial. A pressão arterial não invasiva poderá oscilar ou não apresentar resultados fidedignos, gerando insegurança para a equipe intensivista, que nesse momento necessita de resultados seguros para um correto manuseio das drogas e estabilidade do cliente. Não raramente vivenciamos momentos em que a pressão arterial se torna um sinal vital decisivo para o manuseio hemodinâmico do cliente pediátrico que necessita a todo tempo de dispositivos invasivos e muitas vezes com uso de drogas

* Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica pelo Instituto Fernandes Figueira e Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer, Enfermeira das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ e do Instituto Nacional de Câncer. Endereço: Rua Visconde de Morais, 179/1105 – Ingá – Niterói – Rio de Janeiro. fmsno@yahoo.com.br

[†] Enfermeiro, Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer e em Enfermagem Gerencial pelo Centro Educacional São Camilo, Enfermeiro da Pediatria do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia e da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Nacional de Câncer.

[‡] Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Chefe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica do Instituto Fernandes Figueiras/FIOCRUZ. Docente da Disciplina de Pediatria da Universidade Severino Sombra-RJ.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

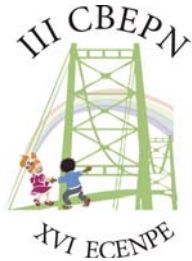
imunossupressoras, que fazem parte de seu tratamento, ambos aliados e vilões da sua rotina diária. Uma das indicações de internação na UTIP é o choque, muitas vezes refratário à expansão volumétrica e de difícil manuseio relacionado à dose e droga ideal. A necessidade de monitorização contínua da pressão arterial é a primeira indicação para o cateterismo arterial. A obtenção de uma via para monitorização invasiva da pressão arterial é um procedimento altamente complexo, porém inerente aos procedimentos realizados nas unidades de terapia intensiva, inclusive pediátrica. Vivenciando enquanto enfermeiros intensivistas especializados em pediatria e cientes de que a propagação do conhecimento é fundamental para o aprimoramento de nossas atividades, sentimos-nos estimulados a realizar este trabalho voltado para a atuação do enfermeiro na punção arterial percutânea para monitorização invasiva, não como auxiliar, mas sim como responsável por indicar e realizar o procedimento. A relevância do trabalho se justifica pelo fato de serem quase inexistentes estudos na área de enfermagem sobre a temática em questão e, quando encontrados, referenciam o papel do enfermeiro como auxiliar no procedimento, considerado como privativo do profissional médico. **Objetivos:** Descrever o embasamento legal que respalda o enfermeiro na realização da punção para monitorização invasiva da pressão arterial e discutir a atuação do enfermeiro na realização da punção para monitorização invasiva da pressão arterial. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa na modalidade de observação participativa, onde o pesquisador assume o papel de observador na pesquisa de campo, registra os dados do conteúdo observado de forma consciente, podendo também participar do cotidiano do grupo, sem perder-se do objetivo. O embasamento teórico foi realizado através da revisão de literatura, pesquisa nas bases de dados informatizadas (LILACS, MEDLINE, PUBMED, e SCIELO) e nas resoluções dos órgãos da classe. O cenário do estudo foi a Unidade da Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Nacional de Câncer, hospital da rede pública federal, referência na assistência oncológica, localizado no Rio de Janeiro. A escolha do local foi devido ao fato de fazermos parte do grupo de enfermeiros da UTIP do referido hospital desde sua inauguração em 2002, quando começamos a realizar o procedimento, e por ser o único hospital no Rio de Janeiro em que o procedimento é de competência do enfermeiro. **Resultados:** As normas que regulamentam o exercício profissional da enfermagem, entre elas a Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, apresentam as competências por nível de formação e, portanto, por nível de complexidade. Aos enfermeiros incumbem “cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida e cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”. Segundo o Relatório COREN-SC nº004/UF/95 cuidados de maior complexidade técnica são todas as atividades, componentes de uma situação que exige do profissional enfermeiro conhecimentos de base científica, habilidade de observação, identificação e interpretação de dados, o estabelecimento de relações entre os dados, planejamento e a execução da intervenção, acompanhada de avaliação contínua, e capacidade de tomar decisões imediatas. A punção para monitorização invasiva da pressão é realizada por via percutânea, necessita de destreza manual em punção arterial, pertinente ao enfermeiro intensivista que realiza as coletas de sangue arterial para exames. Possui complexidade ao alcance dos conhecimentos científicos do enfermeiro capacitado para inúmeros procedimentos técnicos, entre eles a inserção do cateter central de inserção periférica (CCIP). O sistema de monitorização de pressão é continuamente avaliado pelo enfermeiro, que analisa a necessidade de troca tanto do sistema quanto da punção, retirada do catéter e intervenção no caso de complicação. Baseados nessa afirmativa consideramos que a punção arterial para monitorização da PAI pode ser incluída nas atividades realizadas pelo enfermeiro devidamente capacitado. A legislação do exercício profissional não alcança a totalidade dos procedimentos de enfermagem, de modo que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem estabelecido normas complementares, através de resoluções,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

gerando um desenvolvimento contínuo de competências específicas do enfermeiro. Pouco se questiona aos órgãos competentes sobre a permissão acerca do procedimento devido ao fato do mesmo não ser realizado por enfermeiros em outras instituições. Os enfermeiros pioneiros do serviço iniciaram a realização do procedimento após terem passado por um período na UTI adulto do INCA, local onde as crianças eram internadas quando necessitavam de cuidados intensivos antes da inauguração da UTIP. Todos os enfermeiros pioneiros tiveram o primeiro contato com o procedimento no INCA, dando continuidade ao papel do intensivista na instituição e mantendo sob sua responsabilidade a punção arterial para coleta sanguínea e para monitorização da PAI. A equipe da UTIP está em constante expansão e a capacitação para o procedimento continua a ser realizado pelo enfermeiro, o que demonstra o sucesso com que ele vem sendo desenvolvido, inclusive treinando a equipe de especializando médicos da UTIP que assumem o procedimento em outras unidades hospitalares. Através da observação contínua da assistência percebemos que o enfermeiro é possuidor de competência técnica e conhecimento científico que contribuem para o sucesso e baixo índice de complicações, com ausência de danos à saúde do paciente, conforme o primeiro levantamento de dados realizado na unidade em 2005. **Conclusão:** Considerando os avanços científicos, tecnológicos e terapêuticos, agregados à prestação dos serviços de saúde, o desenvolvimento contínuo de competências específicas constitui-se uma exigência indiscutível ao profissional enfermeiro. A equipe da UTIP do Instituto Nacional de Câncer, dada a finalidade da instituição, desenvolve continuamente competências específicas para dar conta, não somente dos cuidados de pequena e média complexidade, mas principalmente para os cuidados de alta complexidade que exigem conhecimentos e habilidades para a tomada de decisão imediata. A conquista da competência profissional, descrita como capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para o desempenho eficiente e eficaz de qualquer cuidado de enfermagem é um processo contínuo, obtido ao longo da vida profissional, por meio de capacitações específicas e cursos de especialização. Portanto, entendemos que o enfermeiro é um profissional capacitado para indicação e realização da punção arterial, sem danos ao cliente pediátrico. Através do presente estudo observamos que o enfermeiro especialista em terapia intensiva pediátrica torna-se capaz de realizar o procedimento de punção arterial para monitorização da PAI, a partir do momento que ingressa na UTIP do INCA quando passa a ser capacitado e habilitado para tal. Os desenvolvimentos próprios de nosso século e de nossa era nos confrontam, inevitavelmente e com mais frequência, com os desafios da complexidade. Esperamos que com o presente estudo, os enfermeiros possam assumir a punção arterial para monitorização da PAI em outras unidades de terapia intensiva, e que novos estudos possam evoluir para respaldar a competência do enfermeiro na realização do procedimento.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva pediátrica, punção arterial, pressão arterial invasiva, exercício profissional.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

179 - Cateter central de inserção periférica (PICC) neonatal: uma revisão bibliográfica

Sonia Maria Carneiro de Morais Franco*

Miriam A. Chiquetto Mainarte[†]

Kátia Conceição Morita de Carvalho[‡]

Nathali Aoyagi[§]

A popularidade dos cateteres de silicone e poliuretano surgiram nos anos 80 onde se intensificaram os avanços tecnológicos, estabelecimento de práticas padronizadas, métodos menos traumáticos de inserção em terapia intravenosa, dando início a terceira geração dos PICCs. Atualmente cada vez mais o PICC vem sendo utilizado em unidades neonatais, por ser um dispositivo com tempo de permanência prolongado de fácil instalação, com menor índice de complicações mecânicas e infecciosas, e no Brasil a partir de 1995 as atenções tem se voltado cada vez mais ao uso do PICC. A inserção deste cateter deve ser realizado por enfermeiros qualificados por curso de capacitação, amparado pela Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem – Resolução COFEN 258/2001 e RDC 45 da ANVISA. Nas unidades de terapia intensivas neonatais (UTINs), pode-se observar que a terapêutica intravenosa é uma das áreas de assistência de enfermagem que tem obtido maior atenção por parte dos profissionais de saúde, pois esse procedimento envolve seres vulneráveis que na maioria das vezes necessitam de suporte ventilatório, hemodinâmico e metabólico. O PICC é um dispositivo vascular de inserção periférica de único ou duplo lúmen, de material bio compatível e menos trombogênico de poliuretano ou silicone, sendo o de melhor escolha o de silicone, pois causa menos irritação na parede dos vasos, é indicado a neonatos que necessitem de terapia endovenosa por período superior a 6 dias, para infusão contínua de fluidos e eletrólitos, administração de drogas amins vasoativas, soluções vesicantes e irritantes, nutrição parenteral, solução glicosada em concentração maior que 12,5%, soluções hiperosmolares, hidroeletrólíticas e administração de quimioterápicos. A tendência mundial dessas unidades é a adesão ao PICC, por apresentar diversas vantagens tais como: preservação dos demais acessos venosos, melhor hemodiluição das drogas diminuindo a agressão do sistema vascular, reduz o risco de infecções, diminui o risco de embolia, pois o local de inserção fica abaixo do coração, menor restrição da mobilidade, reduz o número de procedimentos dolorosos, redução do estresse do paciente, maior facilidade de inserção, manutenção e manuseio, diminui risco de hemotórax, pneumotórax, por ser de inserção periférica, é usado para terapias com tempo prolongado, menor troca de curativos, contribuindo também para redução do custo, visualização de maior extensão da veia escolhida e diminuição do tempo e do estresse da equipe pelas punções repetitivas. Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre instalação, manuseio, manutenção, complicações, retirada e cuidados de enfermagem do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) no recém-nascido. Realizamos um levantamento bibliográfico, tendo como referência os periódicos dos últimos dez anos. Optamos pela busca eletrônica,

* Professora Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca – UNIFRAN. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Votuporanga – SP Unifev.

[†] Enfermeira Obstétrica Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Votuporanga – Unifev

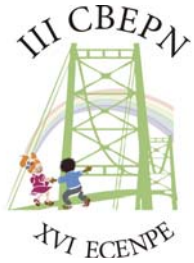
[‡] Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário de Votuporanga – Unifev – End. Rua Cabo Miranda, 585 – Centro CEP: 15.355.000 – Gurolândia – SP e-mail: katiacmorita@hotmail.com

[§] Enfermeira da Santa Casa de Votuporanga – Graduada pelo Centro Universitário de Votuporanga - Unifev



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

consultando bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e Ciências da Saúde), BEDENF (Banco de Dados de Enfermagem), DEDALUS (Banco de Dados Bibliográficos da USP). Inicialmente, para levantamento dos artigos, procurou-se a consulta de banco de dados LILACS, BEDENF e DEDALUS através do formulário avançado, cruzando entre si os descritores: UTI neonatal X PICC; Cateter Venoso Central X Terapia Intravenosa X Neonato. Foram localizadas uma pequena quantidade de artigos referentes ao assunto, dos quais, após uma primeira análise sobre os títulos e respectivos sumários encontrados foram selecionados apenas aqueles de interesse e relacionados ao tema. Após esta busca que julgamos insuficientes, realizamos busca manual em periódicos nacionais de Enfermagem e livros da biblioteca do Centro Universitário de Votuporanga UNIFEV. A história da terapia intravenosa surgiu em 1616 por Sir Willian Harvey, tendo a contribuição de químicos, médicos e arquitetos. Em 1660 Christopher Wren criou a primeira agulha hipodérmica, injetando vinho, cerveja e ópio com uma pena e uma bexiga na corrente sangüínea de um cão. Johann Majors em 1662 utilizou a agulha hipodérmica para administração de soluções impuras em humanos, resultando em conseqüências trágicas e morte, devido às infecções. Em 1667 a Igreja e o Parlamento proibiram qualquer tipo de transfusão, pois John Denis realizava transfusões de animais para homens, levando a morte de um menino de 15 anos. Esse fato retardou em 150 anos os avanços da terapia intravenosa. Apenas em 1834 o doutor James Blundell deu início a transfusão de humano a humano, na mesma década o doutor Thomas Lalta infundia solução salina para tratar casos de diarreia por cólera. Claude Bernard iniciou a cateterização cardíaca em 1844, administrando solução de açúcar em cães, sendo o pioneiro a descrever sobre complicações com cateterização venosa central. No início do século XX Bleichröder realizava a primeira cateterização venosa central em humanos. A terapia transfusional teve maiores avanços no século XX, principalmente durante a Guerra Civil Espanhola, utilizando sangue estocado, tornando o uso de soluções parenterais mais seguro. Houve novos avanços em terapia intravenosa em 1925, onde deu início a administração de cloreto de sódio 0,9% e glicose em pacientes críticos, com agulhas de aço reutilizáveis, de 16 e 18 gauges e fixadas com ataduras de couro. Somente em 1940 foi substituído agulhas de aço reutilizáveis por agulhas descartáveis, bem como a utilização de seringas descartáveis, proporcionando segurança e conforto ao paciente e aos profissionais de saúde, trazendo bom custo-benefício. No início da terapia intravenosa era somente de competência médica, inserir dispositivos intravenosos, adicionar soluções e realizar transfusões sangüíneas. E desde a Segunda Guerra Mundial até os dias de hoje, quem desempenha este papel é a equipe de enfermagem, pois durante a guerra devido o reduzido número de médicos na assistência hospitalar, os enfermeiros assumiram funções que antes era de competência médica, como aplicações de injeções, suturas, coleta de sangue e administração de terapia intravenosa. Mesmo as incidências comprovando as baixas taxas de complicações do cateter, esta técnica não foi amplamente adotada, surgindo então nos anos 70 a segunda geração do PICC, apresentando dificuldades técnicas para a inserção, sendo pouco utilizado. Com o passar dos anos a popularidade dos cateteres de silicone e poliuretano e seu avanço tecnológico abriram espaço para programas de capacitação profissional de enfermeiros para inserção do PICC em ambientes hospitalares, dando inicio a terceira geração dos PICCs. Atualmente cada vez mais o PICC vem sendo utilizado em unidades neonatais, por ser um dispositivo com tempo de permanência prolongado de fácil instalação, com menor índice de complicações mecânicas e infecciosas; e no Brasil a partir de 1995 as atenções tem se voltado cada vez mais ao uso do PICC. As principais veias para inserção do PICC são as veias basilicas, cefálica, axilar, temporal, grande safena, retrauricular, cefálica e basilica acessória e jugular externa. O Cateter de Inserção Periférica (PICC) é um dispositivo vascular de inserção periférica sendo conduzido até a circulação central, localizando-se nas veias cava superior ou inferior. Os cateteres podem variar de tamanho conforme a faixa



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

etária, peso, especificação do fabricante, sendo que em recém nascidos e lactentes com até 2 kg o mais utilizado é de 1.1 a 2 Fr (French- Unidade de medida do lúmen do cateter). As principais indicações para inserção do PICC são: Obter e manter acesso venoso profundo com terapia de média e longa permanência, por tempo maior ou igual a seis dias, podendo ser determinados pelas condições clínicas, diagnóstico médico e o tipo de terapia; infusão contínua de fluídos e eletrólitos, administração de soluções hiperosmolares como: nutrição parenteral, solução glicosada em concentração maior que 12,5%, aminas vasoativas, soluções vesicantes e irritantes (pH extremos $< 4,1$ ou > 8). O Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) apresenta uma gama de vantagens tanto ao paciente, quanto a instituição e equipe de enfermagem. Antes da inserção do PICC devem-se tomar alguns cuidados importantes, como manter o recém nascido aquecido, principalmente os pré-termos, por não conseguirem manter a temperatura, conseqüentemente causando vasoconstricção, dificultando a visualização e punção da veia, desta forma para auxiliar na vasodilatação, recomenda-se o uso de bolsa de água quente ou compressa morna. Primeira troca do curativo deverá ser realizada sempre após 24 horas do procedimento e as trocas subseqüentes deverá ser trocado, apenas em caso de sujidade, umidade ou desprendimento. O material a ser utilizado no curativo deve ser estabelecido pela padronização do CCIH de cada instituição. O desenvolvimento desta temática foi permeado por várias barreiras, entre elas a escassez de literatura científica, as formas de abordagem metodológicas e tipos de estudo, e grande parte das pesquisas redigidas em língua estrangeiras. Desta maneira procuramos driblar algumas dessas barreiras para conseguir elaborar este trabalho, e chegar algumas conclusões, como a suma importância do PICC e da capacitação do profissional enfermeiro para prestar uma assistência de qualidade, gerando benefícios a uma grande parcela de envolvidos, tanto para o paciente, quanto para a instituição de saúde e governo, devido ao custo-benefício.

Palavras-chaves: acesso venoso central, cateter central de inserção periférica, recém-nascido.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

180 - Causas de morbidade hospitalar e mortalidade de crianças menores de cinco anos no Brasil no período de 2002 a 2006

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira*

Cláudia Silveira Viera[†]

Neusa Collet[‡]

Regina Aparecida Garcia de Lima[§]

Introdução: Estudar a morbidade hospitalar em crianças menores de cinco anos no Brasil auxilia na compreensão do perfil de adoecimento dessa faixa etária e na elaboração de planos de atenção à saúde que evitem o agravamento das doenças para que a hospitalização não seja necessária na solução do problema de saúde apresentado. **Objetivo:** Identificar nos dados oficiais disponibilizados no DATASUS as causas de morbidade hospitalar em crianças menores de cinco anos, no período de 2002 a 2006, para compreender quais doenças têm levado as crianças à hospitalização nos últimos cinco anos, no Brasil, traçando-se um comparativo entre regiões e estabelecendo correlação entre morbidade hospitalar e mortalidade para esse grupo etário. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, cujos dados foram colhidos do site do DATASUS por meio de formulário previamente elaborado. Os dados foram obtidos diretamente no site do Ministério da Saúde: www.datasus.gov.br escolhendo-se, dentre as possibilidades, o item referente a informações de saúde e, neste, indicadores de saúde, a partir daí, indicadores e dados básicos - 2007 e então indicadores de morbidade e fatores de risco. Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas foi o indicador escolhido para a obtenção dos dados, por unidade da federação, para todos os grupos de causas, ano a ano, nos últimos cinco anos disponíveis (2002-2006), separados por faixa etária, para dois agrupamentos específicos, menores de um ano e de um a quatro anos. Os dados foram transcritos em tabelas, separados por faixa etária, organizados de forma quantitativa, analisados tanto em comparação entre si, no mesmo período, quanto em períodos diferentes, mediante uso de estatística descritiva simples, não probabilística, cujos resultados foram analisados de acordo com o referencial teórico da temática. **Resultados:** A primeira causa de *hospitalização na faixa etária de 1 a 4 anos* no período estudado, no Brasil, foram as doenças do aparelho respiratório. Em 2002 o índice foi de 46,52%, o qual foi diminuindo gradualmente até chegar a 42,22% em 2006. Comparando-se as regiões do país, em primeiro lugar, tanto em 2002 quanto nos demais anos até 2006, aparece a região sul, com 50,07% e 47,34% dos casos, respectivamente, com uma diminuição gradual no período em torno de 3%. Entre as regiões houve variação para mais de aproximadamente 10% entre a região sul, com o maior índice e a região norte, com o menor índice. A segunda causa foram as doenças infecciosas e parasitárias. Em 2002 o índice foi de 23,81% e em 2006 27,15%, com aumento gradual de aproximadamente 3,5%. Houve diferença de aproximadamente 18% entre a menor taxa no sudeste e a maior taxa no norte, sendo que esta última apresenta o dobro da região sudeste. A terceira causa de hospitalização é

* Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental, doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE, campus Cascavel. End. Rua Mato Grosso, 1637, apto. 1401, Cascavel, PR. CEP: 85812-020. Fone: (45) 3222-0957. E-mail: lb.toso@certto.com.br

[†] Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP/USP, docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE, campus Cascavel

[‡] Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela EERP/USP, docente da área de Saúde da Criança da UFPB.

[§] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, professor titular da EERP/USP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

o grupo denominado demais causas, que em 2002 foi de 14,20% e em 2006, 14,56%, ficando praticamente inalterado no período. Houve diferença de 7% entre a menor taxa no norte e a maior taxa no sudeste. *Em menor de 1 ano*, no Brasil, em 2002, a primeira causa de hospitalização foram as doenças do aparelho respiratório, com 36,25% dos casos. Seguidas das demais causas, com 35,40% e logo depois das doenças infecciosas e parasitárias, com 21,09%. Em 2005 e 2006 ocorre uma inversão e as demais causas assumem o primeiro lugar como índice de morbidade hospitalar deixando as doenças do aparelho respiratório em segundo lugar e o restante das causas permanece inalterado. Comparando-se as regiões do país, em primeiro lugar está a região sul, com 41,73%. Entre as regiões percebemos uma variação para mais de aproximadamente 10% em 2002 e 12% em 2006 entre a região sul, com o maior índice em relação à região norte, que tem o menor índice. A segunda causa de hospitalização é o grupo denominado demais causas, que em 2002 foi de 35,40% e em 2006, 39,79%, registrando aumento de 4,0 %, o que leva este grupo a ocupar a primeira posição como causa de morbidade hospitalar para essa faixa etária em 2006. Houve diferença de 15% entre a região sudeste com o maior índice e a região norte com o menor. A terceira causa de hospitalização foram as doenças infecciosas e parasitárias. Em 2002 o índice foi de 21,09% e em 2006 18,45%, com uma diminuição de aproximadamente 2,5%. Houve diferença de aproximadamente 19% em 2002 e 17% em 2006 entre a menor taxa no sudeste e a maior taxa no norte, sendo que esta última apresenta índices duas vezes e meia maiores que a região sudeste. Na *faixa etária de 1 a 4 anos*, a primeira causa de *mortalidade infantil* está no grupo denominado demais causas definidas (28,23%), seguida das causas externas (22,71%). A terceira está no grupo das doenças do aparelho respiratório (19,35%), a quarta são as doenças infecciosas e parasitárias (17,03%) e a quinta são as neoplasias (8,32%). Na região norte, a primeira causa de mortalidade são as doenças infecciosas e parasitárias (24,82%), a segunda são as demais causas definidas (23,21%), a terceira são as doenças do aparelho respiratório (21,16%), a quarta são as causas externas (20,45%) e a quinta as neoplasias (6,43%). Na região nordeste, o primeiro lugar são as demais causas definidas (27,87%), seguida das doenças do aparelho respiratório (22,04%), a terceira são as causas externas (19,39%), a quarta são as doenças infecciosas e parasitárias (18,58%) e a quinta são as neoplasias (7,93%). Na região sudeste a primeira causa de mortalidade infantil está no grupo denominado demais causas definidas (29,20%), seguida das causas externas (24,12%), a terceira está no grupo das doenças do aparelho respiratório (18,18%), a quarta são as doenças infecciosas e parasitárias (14,15%) e a quinta está nas neoplasias (9,30%). Na região sul a primeira causa de óbito infantil são as demais causas definidas (32,04%), seguida das causas externas (28,52%), a terceira está no grupo das doenças do aparelho respiratório (14,91%), a quarta são as doenças infecciosas e parasitárias (11,38%) e a quinta são as neoplasias (10,33%). Na região centro-oeste a primeira causa de morte infantil são as demais causas definidas (29,47%), seguida das causas externas (26,65%), a terceira são as doenças infecciosas e parasitárias (16,14%), a quarta são as doenças do aparelho respiratório (15,99%) e a quinta são as neoplasias (6,58%). Quando analisamos os dados relativos às *crianças menores de 1 ano*, nesse mesmo período, temos como primeira causa de mortalidade infantil o grupo denominado afecções originadas no período perinatal (60,85%). Em segundo lugar aparecem as demais causas definidas (21,32%), seguida das doenças infecciosas e parasitárias (7,60%). A quarta causa está no grupo das doenças do aparelho respiratório (6,69%). A quinta posição é das causas externas (2,29%). A sexta causa está nas doenças do aparelho circulatório (0,91%), seguida das neoplasias (0,35%). **Discussão:** Quanto à morbidade, a primeira causa de hospitalização para ambas as faixas etárias são as doenças do aparelho respiratório, variando de 45% para as crianças de 1 a 4 anos e 35% para os menores de 1 ano, sem distinção de região. A segunda causa de hospitalização sofre variação de acordo com a faixa etária, sendo na de 1 a 4 anos as doenças infecciosas e parasitárias (27%) e na de menor



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de 1 ano as demais causas (35%) e em terceiro lugar as doenças infecciosas e parasitárias (21%). Entre as regiões, se na região sul a primeira causa de hospitalização são as doenças do aparelho respiratório, na região norte aparecem como primeira causa de morbidade as doenças infecciosas e parasitárias, mostrando as disparidades regionais ocorridas em nosso país, tanto em relação ao acesso a serviços e profissionais de saúde, quanto nas condições de vida. As doenças que aparecem como primeira e segunda causa de morbidade hospitalar – doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias figuram como terceira e quarta causa de mortalidade nas crianças de 1 a 4 anos. A segunda causa de mortalidade em crianças de 1 a 4 anos, as causas externas, assim como a mortalidade pelas causas citadas acima, fazem parte do grupo das mortes evitáveis, aquelas que os conhecimentos e as tecnologias já existentes permitem intervenções eficazes de modo que jamais ou raramente evoluam a óbito. Na faixa etária de menor de um ano a primeira causa de mortalidade está no grupo das afecções originadas no período perinatal (60%), também doenças de mortalidade evitável. **Conclusão:** Esses indicadores aqui analisados são orientadores de ações em saúde. Podem contribuir para a diminuição da hospitalização de crianças menores de 5 anos por causas evitáveis em todas as regiões do país por meio de ações que garantam a acessibilidade aos serviços de saúde e atendimento das necessidades singulares de cada criança. E também a redução da mortalidade infantil, por causas evitáveis, atendendo às especificidades regionais, pois ações iguais para realidades distintas não contribuirão para a melhoria da saúde dessa faixa etária, tampouco evitarão os óbitos. As políticas públicas de saúde devem ser coerentes com cada realidade, tanto no diz que respeito à distribuição de recursos quanto na adoção de estratégias para melhoria da saúde dessa população. O perfil de morbimortalidade infantil obtido possibilitou conhecer a realidade da determinação da ocorrência e distribuição de saúde e doença nessa população.

Palavras-chave: morbidade hospitalar, mortalidade infantil, perfil de adoecimento em crianças.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

181 - População infantojuvenil vítima de acidentes de trânsito: perfil da Cidade de Cascavel, Paraná

Ana Cristina Geiss
Cláudia Silveira Viera
Deborah Sandra Leal Guimarães Schneider
Franciele Foschiera Camboin

Introdução: O acidente é entendido como um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes e violências configuram sério agravo à saúde podendo levar ou não ao óbito, dentre esses temos os acidentes por causas acidentais – trabalho, quedas, trânsito, envenenamentos e outros e, causas intencionais - agressões e lesões autoprovocadas (BRASIL, 2001). Desse modo, de acordo com Martins e Andrade (2005) os acidentes e violências, considerados importantes causas externas de morbimortalidade, converteram-se em um sério problema de saúde pública em nosso país. Para Amorim; Pessôa e Sampaio (2004), os acidentes são classificados como acidentes intradomiciliares ou domésticos, os quais compreendem quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões e, acidentes extradomiciliares, ou seja, acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões. Em nosso estudo estaremos enfocando os acidentes de trânsito que envolvem, especificamente, crianças e adolescentes. Para Briccius e Murofuse (2008, p.155), “o índice de acidente de trânsito obtido é preocupante por se tratar de ocorrência que pode resultar numa série de ferimentos, com sérias conseqüências à vítima”, temos então, os acidentes envolvendo automóveis, motocicletas, outros veículos e os atropelamentos. As lesões são causadas dependendo dos tipos de colisões ocasionadas pela desaceleração dos veículos motorizados ou outros e as formas como estas ocorreram. Assim, quanto aos tipos, temos as colisões do veículo com outra estrutura, o impacto do corpo contra o interior do veículo ou com os ocupantes pela tendência de manter o movimento conforme a primeira lei de Newton e a colisão dos órgãos contra a parede da cavidade ou entre si (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA, 2004). Dependendo desses tipos de colisão é que serão produzidas lesões específicas de maior ou menor gravidade. No contexto dos acidentes é preciso identificar além dos tipos de lesões sofridas pelas vítimas, também seu perfil, para que providências possam ser tomadas tanto ao nível curativo, mas principalmente no preventivo. Visando a promoção da saúde infanto-juvenil. Esta pesquisa buscou então, conhecer os aspectos que caracterizam as vítimas de acidente de trânsito menores de 14 anos em uma cidade do oeste do Paraná, durante os anos de 2006 e 2007. Objetivo: Identificar os aspectos que caracterizam a população infanto-juvenil com faixa etária de zero a 14 anos, vítimas de acidentes de trânsito no município de Cascavel, durante os anos de 2006 e 2007. Metodologia: Estudo quantitativo, retrospectivo e de corte transversal realizado por meio de pesquisa documental no serviço pré-hospitalar do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE do município de Cascavel. As variáveis independentes avaliadas foram: tipo de acidente, idade, sexo, horário, desfecho do acidente de trânsito, uso do dispositivo de retenção infantil horário dos acidentes e posição da criança no veículo. Como variável dependente temos os acidentes de trânsito envolvendo crianças na faixa etária de zero a 14 anos, que ocorreram nos anos de 2006 e 2007 no município de Cascavel. Para tanto, a população desta pesquisa foi composta por indivíduos com idade entre 0 e 14 anos vítimas de acidente de trânsito no município de Cascavel, durante o ano de 2006 e 2007, totalizando 716 sujeitos. Foi escolhida essa faixa etária porque os dados sobre mortalidade



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

em crianças e adolescentes, compilados pelo Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) e o Sistema de Registro e Estatística de Ocorrências, fornecido pelo Corpo de Bombeiros do Estado do Paraná (Corpo de Bombeiros), fornecem estatísticas de acidentes segundo faixas etárias pré-determinadas: menor de um ano, de um a quatro anos; de cinco a 14 anos e de 15 a 19 anos ou de 15 a 24 anos. Os dados foram coletados com instrumento pré-elaborado, no Sistema de Registro e Estatística de Ocorrências fornecido pelo Corpo de Bombeiros do Estado do Paraná e pelos Relatórios de Atendimento do Socorrista das vítimas atendidas pelo SIATE do município de Cascavel. Os critérios de exclusão da amostra foram: idade maior de 14 anos; acidentes tipo atropelamento, quedas, queimaduras; período posterior a 2007 e menor de 2006. Para análise dos dados, primeiramente, foi feita uma sistematização dos dados coletados digitando-os em um banco de dados no programa EXCEL for Windows e, posteriormente, apresentados em tabelas descritivas os dados com a caracterização da amostra e gráficos cruzando as variáveis descritas neste estudo. Para finalmente fazer-se a comparação com estudos respectivos apontados pela literatura relativa a essa temática. Resultados: Os dados mostraram que houve uma redução em 3,35% percentuais no número total de vítimas de acidentes de trânsito na faixa etária infantojuvenil do ano de 2006 para 2007. A média de idade da vítima em 2006 foi de 8,66 e em 2007 foi de 8,73, com desvio padrão de 4,01 e 3,92 respectivamente, mostrando, portanto, que em 2006 o intervalo de idade foi de 4,65 a 12,67 anos e em 2007 de 4,81 a 12,65 anos. No entanto, entre as faixas etárias isoladas por idade, observou-se uma elevação nos casos para a idade de 10 anos, em que houve um aumento de 20 para 38 casos e para idade de 14 anos, o aumento foi de 40 para 47 casos, respectivamente, nos anos de 2006 e 2007. Com esses resultados nota-se que nos dois anos a concentração de idade de acidentes no trânsito com crianças se manteve na mesma faixa etária, ou seja, a prevalência manteve-se na faixa etária e 6 a 14 anos. Em relação às variáveis idade e sexo das crianças/adolescentes que sofreram acidentes, entre os anos de 2006 e 2007, no Município de Cascavel foi bimodal para idade de 8 e 10 anos, sendo que a faixa etária mais acometida foi entre 13 e 14 anos. Outra evidência foi a prevalência de acidentes no sexo masculino, sendo a relação de 279 casos envolvendo vítimas do sexo feminino contra 437 casos com vítimas do sexo masculino. Quanto ao número de acidentes segundo tipo de ocorrência, obteve-se que 135 (18,85%) das ocorrências referiam-se a acidentes em que a criança estava pilotando bicicleta; 112 (15,64%) referiam-se a acidentes com a criança no interior do automóvel e 86 (12,01%) referiam-se ao atropelamento quando a criança era pedestre. Outro aspecto identificado foi a gravidade dos acidentes mediante a análise das escalas de trauma e Glasgow, em que 287 (77,56%), em 2006 e 272 (78,71%) em 2007 do total de vítimas tiveram a nota máxima na escala de trauma, indicando que as mesmas sofreram traumas leves. Na avaliação da escala de Glasgow, obteve-se que 329 (88,91%) e 317 (91,61%), respectivamente nos anos 2006 e 2007, do total de crianças acidentadas tiveram o escore 15 nessa escala condizendo, portanto, com uma avaliação de sem lesão neurológica grave. Considerações: Conhecendo os resultados relativos a esta pesquisa foi possível compreender a situação de acidentes de trânsito no município de Cascavel, nos anos de 2006 e 2007, envolvendo crianças e adolescentes. Vindo a reafirmar os achados de outros estudos e acrescentando novos elementos na compreensão desse problema de saúde pública, os quais se constituem em um dos principais agravos à saúde segundo as estatísticas que fazem do País uma referência de altas taxas de acidentes de trânsito. Embora as crianças e adolescentes vítimas e acidentes e trânsito no referido período tenham tido uma avaliação de trauma e lesões neurológicas leves, precisa-se investir na redução desse acometimento, o qual transtorna a vida das crianças/adolescentes e suas famílias na ocorrência do acidente. Desse modo, sabendo-se que os profissionais de saúde têm papel importante na educação em saúde referente ao apropriamento de conhecimentos como estes, é fundamental a realização de pesquisas como esta, uma vez que o assunto ainda é pouco



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

abordado na literatura nacional. Os resultados deste trabalho podem ser subsídios para criar estratégias de promoção de saúde e prevenção de acidentes de trânsito para a referida população nos diversos espaços que podem contemplar algum tipo de atenção à essa população, tais como, escolas, Unidades Básicas de Saúde, Corpo de Bombeiros, auto-escolas, universidades.

Palavras-chaves: perfil; criança; adolescente; acidente de trânsito.

Referências:

AMORIM, M. L. P.; PESSÔA, Z. F. C.; SAMPAIO, M. J. A. Q.. Acidentes Comuns na Infância e na Adolescência. In: ALMS, J. B. B.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. Fernando Figueiro- Pediatria-Instituto Materno Infantil de Pernambuco. 3ªed. Rio de Janeiro, Koogan, p. 1317-1319, 2004. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. BRICCIUS, M.; MUROFUSE, N. T. Atendimento de crianças realizado pelo SIATE de Cascavel no ano de 2004. Revista eletrônica de Enfermagem. 2008;10(1):152-166. Disponível em: . Acesso em: 15 março 2009. MARTINS, C.B. de G.; ANDRADE, S.M. de. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, nº 4, 2005.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

182 - Adequação de taxonomias do diagnóstico de enfermagem em consultas de enfermagem de puericultura

Thaís Savini Luciano
Eliana Campos Leite Saporolli

Introdução: A consulta de enfermagem em Puericultura constitui-se em uma estratégia de atendimento direcionada ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde da criança. O método utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem é o processo de enfermagem, entendido como um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, que tem suas bases nas etapas do método científico, consistindo, na sua forma atualmente mais conhecida, de cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Este processo pode ser entendido como uma ação estratégica, um meio que orienta a realização dos cuidados de enfermagem com base em escolhas racionais e recomenda uma seqüência de passos definidos para o alcance de um fim específico. Pressupõe o cuidado centrado na pessoa, a partir de uma ação em que o entendimento é fundamental, caracterizando-se, portanto, como uma ação comunicativa. O diagnóstico de enfermagem é definido como uma das fases do processo de enfermagem, como um processo de julgamento clínico, sendo tradicional na prática da enfermagem, ou como um termo que expressa a conclusão do julgamento clínico que focaliza as respostas apresentadas pelos clientes. Estas respostas referem-se àquelas desencadeadas por problemas de saúde ou por processos de vida, podendo assim ser diagnósticos de enfermagem tanto situações de normalidade, como, por exemplo, a maternidade, assim como as situações de anormalidade, como uma doença iminente. A literatura tem evidenciado que a falta de uma linguagem universal, que estabeleça a definição e descrição da prática profissional, tem comprometido o desenvolvimento da enfermagem como ciência. Apesar dos seus benefícios, as terminologias padronizadas de enfermagem na prática cotidiana brasileira são ainda pouco utilizadas. O que se observa, muitas vezes, é que os registros são realizados, porém sem a adoção de um sistema uniformizado, que tenha por base uma classificação. A elaboração e implementação da CIPE representam um marco unificador de todos os sistemas de classificação de elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) disponíveis na área em âmbito mundial, permitindo a configuração cruzada dos termos de classificações existentes e de outras que forem desenvolvidas. A utilização dos diferentes sistemas de classificação no Brasil ainda é embrionária, restringindo-se às pesquisas, em especial, na pós-graduação, e a algumas tentativas de emprego no ensino e na prática assistencial. Portanto neste estudo foram definidos como referencial o sistema de classificação a Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem da rede básica de saúde do Município de Curitiba e, a CIPE versão 1.0. O desenvolvimento deste estudo norteou-se pela seguinte questão: Os termos diagnósticos encontrados na consulta de enfermagem em Puericultura prestadas às crianças de 0 a 36 meses no CACM possuem semelhanças com os termos contidos nos termos diagnósticos da Nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde e, da CIPE versão 1.0 ?
Objetivo Geral: Analisar os termos diagnósticos de enfermagem que constam no prontuário de crianças de 0 a 36 meses de idade atendidas em consulta de enfermagem em Puericultura em um ambulatório. Objetivos Específicos: Identificar os termos diagnósticos mais frequentemente estabelecidos pelas enfermeiras e, comparar a Nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem da rede básica de saúde de Curitiba e, a CIPE Versão 1.0, com os termos diagnósticos mais frequentemente estabelecidos pelas enfermeiras
Metodologia: A modalidade do estudo adotada foi a descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa. A



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

população deste estudo foi constituída por 400 prontuários de crianças na faixa etária de 0 a 36 meses de idade, atendidas em consultas de enfermagem durante seis meses do ano de 2008. A amostra representou 20% do total das consultas de enfermagem realizadas mensalmente. A técnica utilizada para obtenção dos dados foi a análise documental, a fim de verificar o registro dos diagnósticos descritos nesta prática assistencial. Esta técnica permite descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade. Os registros dos diagnósticos de enfermagem foram analisados por meio do mapeamento cruzado, que, sendo especialistas, é um método utilizado para analisar dados contidos no processo de enfermagem, através da comparação entre as informações existentes nos prontuários dos pacientes e as classificações de referência para a prática de enfermagem. O método mapeamento cruzado possibilita a realização de investigações utilizando dados de enfermagem coletados por sistemas que não adotam, ainda, as linguagens padronizadas, de forma a compará-los com as classificações de enfermagem e, desta forma, identificar as similaridades dos termos empregados. Resultados: Foram encontrados 188 diferentes termos de diagnósticos de enfermagem nas 80 consultas de enfermagem analisadas em um período de seis meses, o que correspondeu a 20% do total das consultas realizadas mensalmente no ambulatório. Alguns destes 188 termos se repetiram nas consultas, gerando um total de 455 termos presentes nas consultas analisadas, correspondendo a uma média de 5,8 termos de diagnósticos de Enfermagem por consulta. Ao compararmos os 188 termos com os sistemas de classificação escolhidos como referência para este estudo, foram identificados 58 diagnósticos de enfermagem, sendo que 34 (58,6%) destes diagnósticos foram equivalentes a Nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem da rede básica de saúde de Curitiba e, 24 (41,4%) foram provenientes da CIPE Versão 1.0. Dos 58 diagnósticos equivalentes encontrados, 46 (79,3%) deles foram considerados situação de normalidade e 12 (20,7%) considerados situações de anormalidade. Em relação aos 46 diagnósticos de enfermagem positivos, verificou-se um total de 237 termos. No que diz respeito aos 12 diagnósticos negativos, foram encontrados 213 termos distintos. Verificou-se que o diagnóstico de enfermagem de situação de normalidade mais utilizado foi o “crescimento da criança adequado”, que apareceu 56 vezes em consultas distintas, equivalendo a 26,3% do total dos diagnósticos positivos, seguido do diagnóstico “desenvolvimento da criança adequado”, que foi registrado 54 vezes. Observa-se também que o diagnóstico “Estado vacinal adequado”, relativo à regulação imunológica, foi o terceiro diagnóstico mais freqüente, presente em 44 consultas (20,6%). O estado nutricional, representado pelos diagnósticos: “Ingestão alimentar adequada do lactente”, que apareceu 21 vezes (9,9%), seguido do diagnóstico “Amamentação exclusiva adequada”, que foi descrito 15 vezes (7,0%). Quanto aos diagnósticos de situação de anormalidade, o mais freqüente foi a “ingestão alimentar inadequada do lactente” que apareceu 24 vezes de enfermagem, equivalente a 10,1% dos diagnósticos. Em seguida, o diagnóstico “Desmame precoce do lactente” apareceu 20 vezes (8,4%) nos atendimentos. Os diagnósticos referentes à integridade cutâneo mucosa, em sua totalidade, foram responsáveis por 29,0% dos diagnósticos encontrados nas consultas analisadas, sendo o segundo diagnóstico mais freqüente utilizado pelas enfermeiras, contra apenas 2,1% dos encontrados em regulação imunológica., o que revela a grande incidência de dermatoses na infância nesta população e, a relevância de se registrar problemas cutâneo-mucosos em crianças, para que se determinem intervenções de enfermagem precoces e adequadas. Conclusão: Acredita-se que os resultados deste estudo corroborarão com o estudo sobre diagnósticos de enfermagem no contexto da realidade brasileira, bem como sua implementação na área de saúde da criança na atenção básica.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, atenção básica, registros de enfermagem/classificação.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**183 - Orientações de enfermagem par ao sucesso da amamentação: elaboração de um
album seriado**

Vera Lúcia Fugita dos Santos*

Sônia Maria Carneiro de Moraes Franco[†]

Renata Gonçalves Olmedo[‡]

Vivian Souza Okimoto[‡]

No Brasil, o aleitamento materno era predominante entre os índios tupinambás, porém com a chegada dos europeus, que trouxeram em sua cultura o hábito do desmame, o considerava uma tarefa imprópria para as mulheres da alta sociedade. O Brasil seguindo os costumes de Portugal instituiu as índias cunhãs como amas-de-leite dos filhos das mães de classes sociais dominantes; porém, devido rejeições culturais foram substituídas pelas escravas africanas, conhecidas como mães pretas de aluguel. Alguns senhores de escravos admitiam que a renda era maior criando negras para alugar como amas, em vez de plantar café. Esse momento histórico vivido pelo Brasil ocorreu antes da introdução dos leites industrializados. O leite materno é o alimento mais completo para a criança, devendo ser exclusivo até os seis meses de idade, contendo uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas. Ele proporciona benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos. O incentivo ao aleitamento materno tem ocorrido através de propostas e implementações realizadas por grupos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Academia Americana de Pediatria e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia. Também tem sido incentivado por grupos nacionais como o Ministério da Saúde, o Instituto de Saúde de São Paulo, Secretarias de Estado, a Sociedade Brasileira de Pediatria, dentre outros. A iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) teve início em 1991, propondo modificações nas rotinas das maternidades, para o sucesso de aleitamento materno. A gestação é um período em que a mulher encontra-se, muitas vezes, insegura, amedrontada, podendo esse estado emocional levá-la a tomar decisões que favoreça o desmame. Por isso é importante o aconselhamento em amamentação durante o pré-natal, quando o profissional compartilha com as gestantes sugestões e informações simples e claras, com evidências científicas, para que a mãe seja capaz de decidir o que será melhor para ela e para seu bebê. O presente trabalho tem como objetivo elaborar um álbum seriado educativo sobre amamentação para gestantes; demonstrar a importância da orientação sobre o manejo clínico da lactação durante o pré-natal; ampliar os nossos conhecimentos sobre amamentação; oferecer subsídios para os profissionais de saúde orientar as gestantes. Trata-se de uma pesquisa exploratória por meio de revisão da literatura acerca do conhecimento produzido sobre aleitamento materno por profissionais da área de saúde. A seleção da bibliografia pautou-se em parâmetros cronológicos dos últimos dez anos e formato bibliográfico de material digital (on-line) consultando os bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde); BEDENF (Banco de Dados de Enfermagem); DEDALUS (Banco de Dados Bibliográficos da USP); Ministério da Saúde (www.saude.gov.br). Após pesquisa on-line, realizou-se busca manual em periódicos nacionais da área da saúde da Biblioteca do Centro Universitário de Votuporanga “Dr. Moacyr Expedito Vaz Guimarães”.

* Professora Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Docente do Curso de Graduação do Centro Universitário de Votuporanga – Unifev.

[†] Professora Mestre em Promoção em Saúde pela Universidade de Franca – UNIFRAN. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Votuporanga – Unifev. End: Rua Bahia, 357 Bairro Aparecida – Fernandópolis SP. CEP: 15.600.000 E-mail sonia.maria414@terra.com.br

[‡] Enfermeiras Graduasdas pelo Centro Universitário de Votuporanga – Unifev.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Como critério de inclusão optou-se por artigos em língua portuguesa e excluíram-se os artigos em língua inglesa. A partir do material bibliográfico encontrado adotou-se a sistematização do processo de leitura desses achados proposto por Gil (2002). Após fundamentação do presente trabalho, primou-se pela elaboração minuciosa de um álbum seriado com orientações de enfermagem para obter sucesso na amamentação. A proposta de utilização deste recurso didático partiu da premissa de que educação em saúde aliada a recurso visual como forma de comunicação facilita a compreensão do receptor da mensagem ao visualizar imagem e compreender o enredo da história. A participação docente-discente na construção do álbum seriado suscitou discussões e reflexões acerca da importância e relevância de implementar ações de incentivo ao aleitamento materno nas Unidades de Atenção Básica e nos grupos de gestantes no Município de Votuporanga onde realizam-se aulas práticas e estágios supervisionados em Saúde da Mulher e da Criança. Por meio da parceria existente entre a Secretaria Municipal de Saúde de Votuporanga e Unifev. Durante a gravidez a mulher sofre influência em todos os sistemas do organismo, que se alteram para permitir a retenção e o desenvolvimento intra-uterino do concepto. O aumento das mamas é contínuo, por toda a gestação, e quanto à vascularização, tem um aumento considerável. Durante o período gestacional, ocorre também o escurecimento dos mamilos e das aréolas, que se tornam maiores e mais salientes. E este aumento da pigmentação é diminuído após a amamentação, porém não regredindo a sua coloração inicial. Após o nascimento do bebê, iniciam-se alterações hormonais, e o leite começa a secretar em poucos dias. O hormônio prolactina, produzido na hipófise anterior estimula as células lactóforas, as quais são responsáveis pelo leite produzido na primeira fase de amamentação. O colostro é a secreção mamária dos primeiros dias pós-parto, e permanece de uma a duas semanas de leite de transição, tendo em sua seqüência a produção do leite maduro. Bebês saudáveis, nascidos de mães saudáveis não precisam de suplementação alimentar e nem medicamentosa, por isso o incentivo do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê, lhe proporciona uma boa biodisponibilidade de todos os nutrientes, sendo que no leite materno é encontrada propriedades protetoras próprias para a espécie humana. Não há dúvida que o leite materno, do ponto de vista nutricional e imune, é o alimento mais ideal para os primeiros anos de vida da criança. O aleitamento materno é um ato comportamental e não instintivo como ocorre com os demais mamíferos, este deve ser obtido e aprendido. Amamentar é uma arte pertencente às mulheres, passadas de geração a geração. Porém, devido à prática da alimentação de muitas crianças serem feitas de forma artificial, esta arte feminina foi perdendo seu valor, levando à não transferência tradicional de instruções e orientações feitas de mães para filhas e também ao abandono precoce do aleitamento. Um outro fator que auxiliou o desmame precoce foi o fato de que os médicos, na realização do pré-natal, não davam a atenção necessária às mamas e tão pouco aos cuidados que deveriam ser realizados com este órgão, incluindo também o não preparo das mães para a amamentação. O enfermeiro deve ter conhecimento das principais diferenças entre o leite de vaca e leite humano, para que possam estar orientando as mães. A diferença primordial entre os dois tipos de leite está relacionada com a quantidade e a qualidade de gorduras, proteínas, açúcares, sais minerais, vitaminas e fatores de proteção. Os açúcares, em especial a lactose, são encontrados em uma maior quantidade no leite humano, e beneficia a absorção de cálcio prevenindo o raquitismo. Todas as gestantes devem ser orientadas quanto às dificuldades que poderão ocorrer no período da amamentação, sendo que todas serão contornáveis, desde que recebam tratamento adequado. Os profissionais da área de saúde exercem uma função importante na prevenção e no manuseio dessas dificuldades encontradas, sendo necessários conhecimentos, atitudes e habilidades específicas. A comunicação pressupõe emissão, transmissão e recepção de determinada mensagem, seja através da linguagem falada, escrita, ou de outros sinais convencionais, ou da combinação de duas ou mais formas de expressão. A



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

assimilação de uma mensagem, pelo receptor, exige empenho na elaboração, de maneira que a mesma possa ser percebida pela população a que se destina. A forma de transmissão deve ser exequível do ponto de vista operacional e o conteúdo deve estar relacionado ao contexto cultural dessa mesma população. Ante ao exposto, compreendemos ser adequada a utilização de um álbum seriado para o desenvolvimento de atividades de orientação sobre o aleitamento materno, contendo informações como: produção do leite, aparência do leite, como amamentar, por que amamentar, como reconhecer uma boa pega, posições mais comuns para a amamentação, dificuldades mais comuns, tipos de mamilos, até quando amamentar, trabalho e aleitamento e Programas de incentivo ao aleitamento materno. Mães necessitam aprender a amamentar e bebês, a serem amamentados. Porém, devido à prática da alimentação de muitas crianças ser feita de forma artificial, esta arte feminina foi perdendo seu valor, levando à não transferência tradicional de instruções e orientações feitas de mães para filhas e também ao abandono precoce do aleitamento. Nesse contexto, percebemos que é de grande importância o aconselhamento em amamentação durante o pré-natal, quando o profissional compartilha com as gestantes sugestões e informações simples e claras, com evidências científicas, para que a mãe seja capaz de decidir o que será melhor para ela e para seu bebê. Para tanto, a utilização de um material didático, do tipo álbum seriado, facilitará o entendimento das gestantes em relação às informações sobre amamentação. Sugere-se que o enfermeiro desempenhe a função de promover o aleitamento materno, pois é um membro da equipe de saúde que está mais próximo da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: aleitamento materno, vantagens, orientações, gestantes, enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

184 - Caracterização das necessidades especiais de saúde dos neonatos internados em dois Hospitais de Terapia Intensiva do SUS segundo suas condições de nascimento. Rio de Janeiro, 2000-2003

Mariana Kelly de Almeida *

Ivone Evangelista Cabral[†]

Juliana Rezende de Montenegro Medeiros de Moraes[‡]

Joelma Maria da Silva Pinto[§]

A problemática da morbimortalidade neonatal brasileira levou o governo brasileiro, entre outras medidas, a ampliar o número de leitos em ambientes hospitalares de terapia intensiva. Entretanto, pouco se sabe sobre as necessidades de saúde dos neonatos egressos da terapia intensiva neonatal, no Brasil. O estudo investiga: Qual é o perfil e as necessidades dos neonatos egressos de dois ambientes hospitalares de terapias intensivas neonatais do SUS no Rio de Janeiro? Os objetivos foram identificar o perfil desses egressos, determinar suas necessidades especiais de saúde, analisar suas demandas de cuidado e propor estratégias de intervenção para as famílias no aspecto de educação em saúde e de cuidados contínuos. A pesquisa determinou a influência do processo terapêutico da UTIN sobre a qualidade de vida dos sobreviventes e as demandas de cuidados para a família desenvolver no domicílio. A justificativa centra-se na necessidade de se conferir visibilidade ao grupo de egressos da terapia intensiva neonatal, diagnosticar suas necessidades e demandas de cuidado, e assim propor estratégias de intervenção cuidativa e de educação. Esse estudo mostra-se relevante para os profissionais que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), visto que, os resultados permitirão um melhor entendimento da natureza da necessidade especial que a criança sai portadora, além de contribuir para educação em saúde com enfoque na orientação dos familiares para o exercício do cuidado no atendimento com a criança. A Metodologia adotada foi de um estudo quantitativo, descritivo retrospectivo. A fonte dos dados foram os registros em prontuários e livros de internação de dois serviços de Terapia Intensiva de Hospitais do SUS. Os dados foram coletados por meio de um formulário contendo as variáveis relacionadas ao neonato e a mãe, posteriormente, inseridos na planilha do Excel 2000 for Windows. A análise estatística dos dados foi conduzida com frequências relativa e absoluta, pela natureza exploratória do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da primeira instituição (protocolo 01/06) e aceito pela segunda instituição. Ambas as instituições pertencem ao SUS, possuem leitos neonatais equipados para atender bebês em situação de alto risco. A amostra de crianças com idade entre 0 e 28 dias, de ambos os sexos, que estiveram internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, no período de 2000 a 2003, foi definida com base nos pressupostos da pesquisa com amostra não-probabilística intencional. Os critérios de inclusão foram idade neonatal, os sobreviventes, o recorte temporal e o tempo de internação superior a sete dias na Terapia Intensiva Neonatal (TIN). A aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nos dois hospitais (A e B) cenários da pesquisa levou a um universo do estudo de 1.408 neonatos internados,

* Estudante do 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Bolsista PIBIC/CNPQ.

[†] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Pesquisadora colaboradora do NUTES/ UFRJ. Pesquisadora do CNPq

[‡] Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

[§] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. joelmamp@yahoo.com.br ou joelmaufrj@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sendo que a população alvo foi de 450 (32%), e a amostra investigada foi de 122 neonatos. Na etapa 1 do estudo, obteve-se dados de 54 prontuários, pela bolsista PIBIC anterior. Na etapa 2, coletou-se, até o mês de julho de 2009, informações de 94 prontuários. Os resultados apontam que a maioria dos neonatos internados na UTI era do sexo feminino 55% (n=52); 45% (n=42) representaram o sexo masculino; considerando os parâmetros físicos de nascimento a grande maioria dos neonatos nasceram 75% (n=71) com peso maior que 1.500 g, já em relação a estatura 57% (n= 54) dos neonatos nasceram com estatura maior que 40 cm; quanto ao perímetro cefálico 46% (n=43) dos neonatos nasceram com perímetro cefálico maior que 30 cm. Já na idade gestacional 75% (n=71) dos neonatos nasceram prematuros e 24% (n=23) dos neonatos nasceram a termos. Com relação ao apgar 47% (n=44) dos neonatos apresentaram apgar no 1º minuto abaixo de 7; enquanto 79% (n=74) dos neonatos apresentaram apgar no 5º minuto acima de 7. Um dado importante a ressaltar é que 38% (n=36) dos neonatos apresentaram alguma intercorrência ao nascimento; 78% (n=28) dos neonatos tiveram asfixia como uma forma de intercorrência ao nascimento. Em relação a necessidade de reanimação 54% (n=51) dos neonatos apresentaram algum tipo de reanimação durante o nascimento; dentre as manobras de reanimação a maioria dos neonatos (n=30) utilizaram o oxigênio inalatório; (n=23) com máscara; (n= 16) com TOT. Os diagnósticos médicos apresentados mais comuns foram a prematuridade, infecção e doenças respiratórias. Com relação ao tipo de parto: 45% (n=42) realizaram parto normal, 53% (n=50) realizaram parto cesárea; 2% (n=2) realizaram parto com fórceps. Conclui-se que os neonatos com necessidades especiais de saúde eram femininos, prematuros, com baixo peso ao nascer, apresentaram apgar abaixo de 7 no 1º minuto, necessitaram de reanimação durante o nascimento e os diagnósticos mais comuns foram problemas respiratórios e prematuridade. Tais intervenções implicaram em tempo de internação variável de 7 a 30 dias. Segundo Wong (1999) para a definição de um recém-nascido de alto risco é necessário considerar critérios como idade gestacional, peso ao nascimento e problemas fisiopatológicos apresentados. Logo, pode-se considerar que os neonatos internados na TIN eram recém-nascidos de alto risco devido à maioria ter nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas, de muito baixo peso e apresentando algum diagnóstico clínico durante a internação. Esse perfil aponta para as seguintes necessidades especiais de saúde: demanda de recuperação nutricional e ganho ponderal, risco de alteração no crescimento, monitoração restrita de desenvolvimento sensório-motor, oxigenação, risco de aspiração. Entre as demandas de cuidados destacam-se: habituais modificados, na alimentação com fórmula, risco de aspiração pela presença de refluxo, e manutenção da oxigenação; de desenvolvimento, na monitoração do crescimento e no ganho/perda de habilidades sensório-motoras; medicamentoso. A terapia intensiva neonatal salva vidas, porém ela cria um grupo de crianças que irá depender de cuidados que possivelmente não são de conhecimento popular. Os resultados apontam para a necessidade de intervenções educativas junto a família, iniciando-se ainda no espaço hospitalar, e não apenas focalizada sobre a mãe como educando nesse processo. As ações de cuidado no domicílio, em especial no primeiro mês após a alta hospitalar, requer a participação da equipe de saúde da família no atendimento às demandas clínicas, que surgem no ambiente domiciliar, quando da realização do cuidado de seguimento.

Palavra-chave: enfermagem, neonato, terapia intensiva.

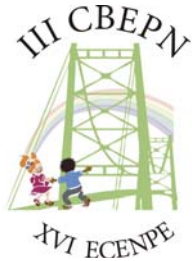


**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

185 - Sendo-mãe de uma criança com doença falciforme

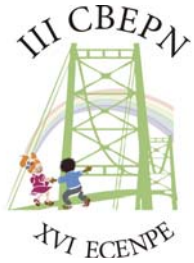
Carmen Cunha Mello Rodrigues
Luciana de Lione Melo

Introdução: A motivação para a realização deste estudo originou-se durante minha trajetória profissional como enfermeira do programa de doença falciforme de um centro de onco-hematologia pediátrica. Este centro implantou, em 1991, de forma pioneira, o Programa de Triagem Neonatal às pessoas com doença falciforme, pois somente o diagnóstico e intervenção precoces poderiam mudar o panorama de morbi-mortalidade desses pacientes. A doença falciforme é a doença hereditária monogênica mais comum do Brasil, ocorrendo, predominantemente, entre afro-descendentes, decorrente de uma única alteração na molécula de hemoglobina (Hb). Estima-se o nascimento de uma criança com anemia falciforme para cada mil recém-nascidos vivos, fato este que se traduz como um problema de saúde pública no Brasil. Habitualmente, os sintomas começam a aparecer a partir dos seis meses de idade, sendo o mais freqüente a crise vaso-oclusiva, síndrome mão-pé, úlceras em membros inferiores, icterícia, seqüestro esplênico e priapismo. Estabelecido o diagnóstico, estes pais deverão receber orientações a respeito da doença, suas complicações, hereditariedade e tratamento. Este tipo de orientação é chamado de orientação genética, o que acontece durante a consulta de enfermagem, logo após o diagnóstico médico. Esses fatos suscitaram-me algumas interrogações: o que é ser mãe de uma criança com uma doença crônica, hereditária? Quanto as informações oferecidas naquele primeiro momento interferem no cuidado daquela criança e na vida daquela família? Será que estas mães querem saber tudo isso? E porque, apesar de todo o empenho profissional na orientação, não obtínhamos os resultados esperados? Revendo o papel desempenhado pela mãe na estrutura familiar, a mãe divide suas responsabilidades entre os seus membros para cumprir o papel de educadora, provedora, cuidadora e socializadora. É freqüente relacionar maternidade à atividade na família e opô-la a características como competência especializada, capacidade de concorrência e engajamento profissional. Segundo essa concepção, a tarefa da mãe é ocupar-se das pessoas da família, cultivar relações e ser espontânea, calorosa, sensitiva, suave e abnegada. Seu campo principal de atuação não é a profissão e sim, o cultivo e o desenrolar da vida humana. Sendo essa a responsabilidade da mãe, ela acaba criando estratégias para poder contemplar o seu papel na organização familiar. Dentre essas, a adequação do horário de trabalho da mãe, seja ele doméstico ou não, às necessidades e atividades dos filhos e à rotina doméstica, a desistência do emprego, quando possível, a favor das demandas dos filhos. Considerando a natureza genética e hereditária da doença falciforme e a ausência de sinais e sintomas ao nascimento, os pais saem do hospital com o filho no colo com a certeza de que ele não apresenta problema algum. Após o resultado do teste do pezinho, é comum se sentirem enganados e lesados. É difícil para a mãe entender que seu filho não é normal como anteriormente lhe haviam dito. Os momentos que se seguem despertam sentimentos de culpa. Mães, talvez por terem um envolvimento maior do que os pais no cuidado de uma criança com doença crônica, incluindo o contato com os profissionais de saúde, são consideradas mais sábias do que os pais a respeito da condição da criança e complicações do manejo. A equipe de saúde desempenha um papel importante na assistência à família e à criança com doença falciforme. A enfermagem precisa desenvolver métodos de abordagem que apreendam as necessidades de assistência, particularizando o cuidado de acordo com a singularidade de cada caso e evitando estereótipos ou preconceitos. Em outras palavras, não se deve subestimar a competência dos pais e familiares, nem deixá-los desamparados quando necessitam de suporte. Quando a enfermeira permite à mãe falar sobre a sua situação, poderão juntas encontrar respostas às suas necessidades. Para tal, a enfermagem deve



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

constituir-se de profissionais empáticos, onde “ser-em” e “ser-com” signifique compartilhar, envolver-se, participar do mesmo mundo do sujeito ao qual se dedica o cuidado. A enfermeira deve fazer a transição entre o "pensar tradicional", mais individualista, para o "pensar interacional" ou "pensar família". Desta forma, elas possibilitarão modos de apoio às famílias para que estas possam conviver com a doença crônica do modo mais saudável possível. Objetivo: Compreender o significado de ser-mãe de uma criança com doença falciforme. Metodologia: Essas inquietações trazem à tona a dimensão da existência, muitas vezes, encoberta pela prática mecanizada e tecnicista. Motivada a buscar a compreensão da mãe sendo-com a criança com doença falciforme, vislumbrei a fenomenologia como possibilidade de desenvolver a temática sobre o cuidar nessa dimensão compreensiva. Os sujeitos foram doze mães de crianças com doença falciforme diagnosticadas na triagem neonatal, em acompanhamento no Centro Infantil Boldrini, no município de Campinas, SP. O acesso aos sujeitos deu-se por meio de entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: “conte-me como está sendo conviver com o _____ [nome do(a) filho(a)] e a doença falciforme”, que foi gravada em fita cassete. O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Buscou-se a partir da leitura atenta e compreensão dos discursos dos sujeitos, desvelar algumas facetas do existir dessas pessoas como mães de crianças com doença falciforme. Resultados: Da análise dos discursos emergiram três grandes categorias temáticas elucidativas do modo como a doença afeta a família, trazendo sentimentos de dor e muito sofrimento, a saber: "A doença tornando-se presente no cotidiano das mães"; "Descortinando um novo universo" e "Sendo-com-o-outro na dor". O nascimento de um filho é um momento único e de muita alegria para a maior parte das famílias, mas tudo muda quando nasce uma criança com um problema de saúde. Este momento passa a ser de dor, lágrimas, frustração, angústia, medo, insegurança, culpa e muitos outros sentimentos que envolvem esta situação. Foi a perda de um filho idealizado e a falha no seu papel de progenitor. É experienciar um vazio por não compreender ao certo o que está acontecendo, por perceber que sua vida já não é mais e não será como era antes; é vivenciar um vácuo por ter sua trajetória de vida, até então planejada e previsível, rompida pela doença e pela difícil experiência de vivenciar esta descoberta. A forma como esta comunicação acontece pode favorecer ou aumentar as dificuldades de enfrentamento da situação, dado o decisivo papel da comunicação do diagnóstico, que marca o início de um processo de ajustamento para toda a vida da família. As informações devem ser transmitidas em forma de comunicação de mão-dupla, a partir das necessidades, historicidade e temporalidade de cada mãe, de forma a que elas possam se sentir no controle da situação. Devem ser enfatizados os aspectos positivos primeiramente, aquilo que a criança pode fazer, de forma a ter seus medos amenizados, e não valorizados. Os pais sentem-se frustrados e assustados, se questionam quanto a sua competência genética e isso pode levar a sentimentos de culpa. As novas tarefas, os procedimentos decorrentes da doença e do tratamento, a demanda de novos aprendizados, a cobrança dos profissionais de saúde e dos familiares, as dúvidas quanto à sua capacidade reprodutiva, à sua liberdade de escolha, as crises imprevisíveis da doença e as possíveis e tão temidas complicações, levam ao rompimento do cotidiano, pois a família está vivencialmente em contato com o paciente. No novo universo da doença, as mães se deparam com as limitações impostas pela doença e pelo tratamento, levando algumas ao sentimento de superproteção e lançando-as em busca de diversas formas de enfrentamento. A normalização foi a estratégia mais utilizada pelas mães. Elas se compreendem sendo-com-o-outro, principalmente em momentos dolorosos, momentos onde os diversos medos e o relacionamento com os profissionais de saúde emergiram. Os medos revelados estão relacionados à extensa problemática que envolve a criança com doença falciforme, se iniciam já ao diagnóstico, e compreendem as diversas facetas do conviver com a doença falciforme. Na relação com os profissionais de saúde, as



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

mães esperam que estes se interessem pelo cuidado de seus filhos, depositam no conhecimento médico a esperança de cura e a falta de conhecimento, vista muitas vezes como descaso, aumenta a angústia e mina a possibilidade de enfrentamento. Torna-se presente o modo de cuidar inautêntico dos profissionais, marcado por situações de mando e pouco diálogo, denotando o não reconhecimento do doente como ser subjetivo e social. Esse cuidar está alicerçado no modelo clínico, biologicista, no qual a técnica e o impessoal têm posição de destaque. Conclusão: Deste estudo, emerge a percepção de que pouca atenção, zelo e abertura se dão às famílias no momento do diagnóstico e da orientação genética. É necessário olhá-la com outros olhos, e despertar nos profissionais um cuidar que acolha a família junto com o ser-doente. Esperamos com este estudo sensibilizar e revelar que o cuidar autêntico não só é possível, como é imprescindível.

Palavras-chave: anemia falciforme, enfermagem, mãe, pesquisa qualitativa



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

186 - Limites e forças no cotidiano do cuidado à criança prematura em domicílio: um olhar da enfermagem

Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes*
Andréa Broch Siqueira Lusquinhos Lessa[†]
Lívia Pinheiro Pereira[‡]
Thaíse Caroline Rocha Silva[§]

No mundo nascem anualmente 20 milhões de bebês prematuros e com baixo peso, dos quais aproximadamente 6 milhões morrem antes de completar um ano de vida. O nascimento prematuro coloca em risco a vida do neonato pela imaturidade dos seus órgãos e sistemas e pelo elevado risco de morbimortalidade, sendo assim uma questão preocupante no cotidiano contemporâneo. É no cotidiano que se dá a vida de todo dia, pontuada por momentos plenos de significado e culturalmente influenciado. É nele que, através de significados, ações e interações os seres humanos se deparam com os limites e as forças existentes na singularidade do seu processo de viver. O nascimento de uma criança prematura pode interferir na dinâmica do cotidiano familiar fazendo com que os seus membros desenvolvam estratégias para lidar com essa situação. Logo o cotidiano do cuidado domiciliar da criança prematura tem efeito sobre o seu crescimento e desenvolvimento, visto que esta poderá se ajustar melhor às modificações biológicas e sociais em um ambiente acolhedor e estruturado, enquanto que o ambiente inadequado poderá agravar esses fatores. Este estudo objetivou apreender o significado de limite e força atribuído pelas famílias cuidadoras de crianças prematuras em domicílio, além de identificar os limites e as forças existentes no cotidiano do cuidado de crianças prematuras em domicílio. Para tanto, realizou-se um estudo de abordagem qualitativa com enfoque na Sociologia Compreensiva de Michel Mafessoli. Utilizaram-se como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação não-participante, dirigidas a oito famílias cuidadoras de crianças prematuras no domicílio, integrantes do “Programa Follow-up” de uma Maternidade Pública da Cidade de Salvador-Bahia. Os dados foram coletados no período de outubro de 2008 a março de 2009 e agrupados em quatro amplas categorias: “Significando Limite”, “Limites no Cotidiano do Cuidado ao Prematuro em Domicílio”, “Significando Força” e “Forças no Cotidiano do Cuidado ao Prematuro em Domicílio”. Acreditamos que o limite integra a vida, sempre existindo e possivelmente assegurando a continuidade do processo de viver. Esse limite tem diversos significados, todavia se torna necessário, outras vezes imposto e controlado, ou mesmo impedindo as ações e interações no cotidiano do cuidado de crianças prematuras em domicílio. Buscando a conjunção “Significando Limite”, ou seja, unindo as expressões de Algumas Mães Cuidadoras de

* Enfermeira, Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFBA, Doutora em Filosofia da Enfermagem da UFSC; Coordenadora do Grupo de Estudos sobre a Saúde da Criança e do Adolescente- Grupo CRESCER/EEUFBA e Membro do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem sobre o Cotidiano, Imaginário e Saúde-NUPEQUIS/UFSC.

[†] Enfermeira. Professora substituta da EEUFBA da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. Membro do Grupo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente CRESCER-EEUFBA.

[‡] Estudante do quinto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da EEUFBA. Membro do Grupo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente CRESCER-EEUFBA. Voluntária do grupo. Correspondência para relatora Lívia Pinheiro Pereira, rua Estrada das Pedrinhas nº 23, Imbui, Salvador-Ba. CEP: 41720340.E-mail: livpinheiro@yahoo.com.br

[§] Estudante do Sétimo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da EEUFBA. Membro do Grupo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente CRESCER-EEUFBA.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Prematuros em Domicílio chegamos ao entendimento de que limite é polissêmico; algo necessário; é ter controle; é barreira e imposição. A conjunção “Limites no Quotidiano do Cuidado” engloba a prioridade do cuidado; inexperiência do cuidado; falta de apoio familiar; impaciência e dificuldade financeira. Estas reforçam que o limite integra a vida, sempre existindo e possivelmente assegurando a continuidade do processo de viver. Esse limite tem diversos significados, todavia se torna necessário, outras vezes imposto e controlado, ou mesmo impedindo as ações e interações do cotidiano de Algumas Mães Cuidadoras de Prematuros em Domicílio. Refletindo sobre o entendimento de limite e identificando os limites existentes no cotidiano do cuidado ao prematuro em domicílio algumas mães acabavam por revelar as suas forças para contornar os seus limites. Nesse processo as forças do cotidiano foram sendo desveladas englobando o entendimento sobre força e quais as forças existentes no cotidiano do cuidado ao prematuro em domicílio. Entendemos por força ou potência como qualquer atitude ou comportamento cotidiano utilizados pelo ser humano na sua interação e na relação com o outro e com o mundo, com vistas à melhoria do seu processo de viver. Ao serem estimuladas a refletirem sobre o seu cotidiano Algumas Mães Cuidadoras de Prematuros em Domicílio expressaram significados compartilhados, construídos a partir das interações vivenciadas e alguns elementos que sinalizam as suas forças, potências para o cuidado ao prematuro no dia-a-dia. Buscando a conjunção “Significando Força”, ou seja, unindo as expressões de Algumas Mães Cuidadoras de Prematuros em Domicílio chegamos ao entendimento de que força é necessário e essencial; é o que motiva a busca e a conquista de algo e é ter independência. A conjunção “Forças no Quotidiano do Cuidado” engloba a existência do filho, mesmo prematuro; paciência; amor e carinho; fé; superação; família e amigos e experiência ou condição do outro. Algumas Mães Cuidadoras de Prematuros em Domicílio sinalizaram em suas expressões as dimensões relativas entre o micro e o macro-social, reforçando a presença das interações e indicando que existe uma relação entre o seu cotidiano e tudo que a cerca. Esse entendimento pode expressar a compreensão sistêmica de que tudo está em relação com tudo, ou seja, tudo está inter-relacionado. Assim ilustram maneiras de cuidar vivenciadas em seu cotidiano, que também se traduzem em forças ou potências para contornar os seus limites e construir possibilidades de ser saudável no dia-a-dia. Consideramos que a partir do conhecimento de limites e forças no cotidiano em que vivem as crianças prematuras, poderemos prover uma assistência centrada em suas necessidades biopsicossociais, repensando essa assistência para além das articulações técnicas ou do assistir, baseadas em terapêuticas dirigidas aos fatores de risco e doenças. Dessa forma é preciso assumir uma postura de cuidado holístico, de forma a compreender o que se apresenta no cuidado da criança, ou seja, os contornos, os limites e as necessidades das situações e das representações que constituem a vida cotidiana. Reforçamos que o olhar da enfermagem para o cotidiano das famílias cuidadoras de crianças prematuras em domicílio possibilita a aproximação de atitudes, gestos, símbolos, resistências e potencialidades cotidianas das pessoas abordadas ao longo da investigação. É necessário um olhar diferenciado para essa população visando à manutenção do seu processo de viver saudável. Espera-se que este estudo possa subsidiar reflexões e ações que visem uma melhor assistência à criança prematura e família, despertando o papel fundamental de compreender os limites e forças da família no crescimento e desenvolvimento infantil com vistas à promoção e educação à saúde e prevenção de agravos.

Palavras-chave: limites, forças, cuidar, prematuro, cotidiano, enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

187 - Significando o cuidando à criança prematura em domicílio: encontro da enfermagem com as famílias cuidadoras em seu cotidiano

Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes*

Sabiny PedreiraRibeiro[†]

Tiago Freire Rodrigues[‡]

Alana Mayara Cerqueira Santos[§]

O recém-nascido prematuro (duração da gestação inferior a 37 semanas) é uma criança de alto risco, que exige cuidados especializados e complexos, pelo risco de sofrer uma ampla série de problemas pela sua vulnerabilidade biológica, decorrente da imaturidade do sistema nervoso central, cardiovascular, respiratório, digestivo, hepático, renal, endócrino e imunológico. No mundo nascem anualmente 20 milhões de bebês prematuros e com baixo peso, dos quais 1/3 morrem antes de completar um ano de vida, tornando-se uma questão preocupante no cotidiano contemporâneo. Essa realidade poderia ser diferente se os serviços de saúde fossem efetivos no atendimento a essa população, com a realização de visitas domiciliares visando o atendimento das necessidades físicas, espirituais, afetivas e cognitivas desse seguimento populacional, evitando novas internações hospitalares e promovendo o bem-estar para uma melhor qualidade de vida. É no cotidiano que se dá a vida de todo dia, pontuado por momentos plenos de significado e culturalmente influenciado. Logo, o cotidiano do cuidado domiciliar da criança prematura tem efeito sobre o seu crescimento e desenvolvimento, visto que esta poderá se ajustar melhor às modificações biológicas e sociais em um ambiente acolhedor e estruturado, enquanto que o ambiente inadequado poderá agravar esses fatores. Acreditamos que a enfermagem tem um importante papel de promover saúde à essa população ao contribuir para que o cuidador esteja atento às necessidades humanas básicas e demais cuidados de estimulação, conforto, manutenção da vida, de compensação, de apaziguamento ou de relaxamento. Este estudo objetivou compreender o processo de cuidar da criança prematura em domicílio que se mostra no cotidiano das famílias cuidadoras, apreendendo o significado de cuidar e o significado do cuidado à criança prematura em domicílio, atribuídos pelas famílias Cuidadoras de prematuro em domicílio, além de descrever o cotidiano dessas famílias. Para tanto, realizou-se um estudo de abordagem qualitativa com enfoque na Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli. Utilizaram-se como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação não-participante, dirigidas a oito famílias cuidadoras de crianças prematuras no domicílio, integrantes do “Programa Follow-up” de uma Maternidade Pública da Cidade de Salvador-Bahia. Os dados foram coletados no período de outubro de 2008 a março de 2009 e agrupados em três amplas categorias: “Significando o cuidar”, “Significando o cuidado ao prematuro em domicílio”, e “O cotidiano do cuidado ao prematuro em domicílio”.

* Enfermeira, Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFBA, Doutora em Filosofia da Enfermagem da UFSC; Coordenadora do Grupo de Estudos sobre a Saúde da Criança e do Adolescente- Grupo CRESCER/EEUFBA e Membro do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem sobre o Quotidiano, Imaginário e Saúde-NUPEQUIS/UFSC.

[†] Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da UFBA; Membro Grupo CRESCER/EEUFBA; Bolsista iniciação científica do PIBIC/CNPq. Correspondência para Sabiny Pedreira Ribeiro, R João José Rescala, Con. Moradas do Imbui, Ed. Indaiá, Ap. 702, CEP 41720-130 - Salvador-BA. End.eletrônico: sabinyenf@yahoo.com.br

[‡] Acadêmico do 8º semestre de Enfermagem da UFBA; Membro Grupo CRESCER/EEUFBA; Bolsista iniciação científica do PIBIC/FAPESB.

[§] Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da UFBA; Membro Grupo CRESCER/EEUFBA; Bolsista de iniciação científica PIBIC/CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Acreditamos que “cuidar é mais que um ato; é uma atitude” Boff (1999, p. 33). Buscando contextualizar “Significando o cuidado”, ou seja, unindo as expressões de Algumas Mães Cuidadoras de Prematuros em Domicílio chegamos ao entendimento de que cuidado é: zelo; proteção; multiplicidade; é prestar cuidados básicos e cuidados à saúde; é algo que tem que ser feito com responsabilidade e com paciência. Estas expressões reforçam o entendimento do cuidar como algo inerente ao ser humano, independente da faixa etária ou do sujeito a ser cuidado. De acordo com Collière (1999, p. 28), cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. Na segunda ampla categoria “Significando o Cuidado ao Prematuro em Domicílio” unindo as expressões de Algumas Mães Cuidadoras de Prematuros em Domicílio chegamos ao entendimento de que cuidado ao prematuro é: mais cuidado, mais zelo, mais responsabilidade, proteção, cuidado a saúde, aprendizado, insegurança, cuidados básicos e prazer. Estas demonstram a intensidade do cuidado atribuído ao prematuro reforçando a dimensão da sensibilidade, fragilidade e condição de risco que essa população vivencia em seu cotidiano. Para Sousa (2008) um aspecto percebido é que para as mães, o filho prematuro necessita atenção, cuidado, carinho e de uma proteção maior. Moraes 2008, afirma que a criança prematura pelas suas particularidades exige um cuidado diferenciado. A análise da categoria “O cotidiano do cuidado ao prematuro em domicílio”, mostrou que diversas são as formas como Algumas Mães Cuidadoras de Prematuros em Domicílio descrevem seu cotidiano no cuidado ao prematuro. Para elas o cotidiano se baseia no (a): cuidado à saúde; cuidados básicos, cuidados domésticos; rotina; corrido; lazer; dedicação exclusiva e normal. Segundo Fernandes (2007), o cotidiano revela as singularidades do processo de viver dos seres humanos. Assim podemos significar o dia-a-dia de Algumas Mães Cuidadoras de Prematuros em Domicílio, com suas crenças, atitudes, comportamentos, imagens, entre outros aspectos, apresentando que tudo está relacionado com tudo e interconectado numa rede de interações em que o indivíduo estabelece consigo mesmo, com o outro e com o mundo. Algumas Mães Cuidadoras de Prematuros em Domicílio sinalizaram em suas expressões as dimensões relativas entre o micro e o macro-social, reforçando a presença das interações e indicando que existe uma relação entre o seu cotidiano e tudo que a cerca. Esse entendimento pode expressar a compreensão sistêmica de que tudo está em relação com tudo, ou seja, tudo está inter-relacionado. Assim ilustram maneiras de cuidar vivenciadas em seu cotidiano. Dessa forma é de extrema relevância compreender o cuidado à criança prematura em domicílio pelo familiar cuidador em seu cotidiano, visando prevenir as situações de riscos que estas estão susceptíveis. Urge a necessidade de um olhar diferenciado para essa população visando à manutenção do seu processo de viver saudável, com o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento e identificação de agravos para a saúde, englobando os fatores que podem interferir no processo saúde-doença, assumindo assim uma postura de cuidado holístico, além de formar e fortalecer o vínculo afetivo e de cuidado entre a criança prematura e o familiar cuidador. Reforçamos que o olhar da enfermagem para o cotidiano das famílias cuidadoras de crianças prematuras em domicílio possibilita a aproximação de atitudes, gestos, símbolos, resistências e potencialidades cotidianas das pessoas abordadas ao longo da investigação. Espera-se que este estudo possa subsidiar reflexões e ações que visem uma melhor assistência à criança prematura e à família, despertando o papel fundamental da família no crescimento e desenvolvimento infantil com vistas à promoção e educação à saúde e prevenção de agravos.

Palavras-chave: cuidar, prematuro, enfermagem, família cuidadora, cotidiano.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

188 - Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com câncer atendidos em um Hospital Escola do interior do Estado de São Paulo

Maria Laura Ferreira de Figueiredo*
Michele Cristina Miyauti da Silva[†]
Regina Aparecida Garcia de Lima[‡]

Introdução: O câncer é considerado um problema de saúde pública devido à sua alta incidência, elevados índices de mortalidade e pelo alto custo financeiro destinado à detecção, ao diagnóstico e tratamento. Tal enfermidade promove alterações na vida do indivíduo e de sua família, com repercussões nas dimensões biológica, social, emocional, afetiva, existencial e cultural. Na maioria dos países os indivíduos apresentam doença avançada e incurável no momento do diagnóstico. Segundo estatísticas, cerca de 70% dos cânceres na infância e adolescência podem ser curados quando diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. Para alguns tipos como a leucemia linfóide aguda estas taxas devem chegar a 90%. Dados sobre incidência são fundamentais para estabelecer prioridades na prevenção individual e coletiva e no planejamento das ações de saúde. O processo diagnóstico e terapêutico do câncer infanto-juvenil tem início com o reconhecimento dos sinais e sintomas pelos pais e quando o diagnóstico é firmado, muitas vezes, a doença já está em processo avançado. É comum, também, que o diagnóstico ocorra de forma acidental, durante um exame físico de rotina. Isto pode ser explicado pela inespecificidade dos sinais e sintomas presentes no câncer infanto-juvenil, como febre, palidez, cefaléia, dor óssea e problemas respiratórios, os quais podem estar associados e/ou ser confundidos com sinais e sintomas de outras patologias ditas comuns da infância. Dão maior complexidade a este processo, o despreparo médico em diagnosticar a doença, a desinformação dos pais, as condições sócio-econômicas e culturais das famílias que as impedem de procurar um centro de atendimento especializado, a precariedade dos sistemas de saúde que não apresentam recursos para um diagnóstico rápido, eficaz e eficiente, as grandes distâncias nacionais que dificultam o acesso aos serviços especializados, dentre outros. Neste sentido, é fundamental que os gestores tenham informações completas acerca de quando e como está se dando o diagnóstico e quais fatores podem contribuir para o seu retardo. **Objetivo:** Na perspectiva de adicionar conhecimento à temática, elaborou-se o presente projeto, que tem por objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com câncer em acompanhamento em um hospital escola do interior do estado de São Paulo. **Percursos metodológico:** O estudo foi realizado em um hospital escola do interior do estado de São Paulo. Para o atendimento de crianças e adolescentes com câncer o serviço conta com ambulatórios, unidade de internação, laboratórios e serviços especializados para o diagnóstico e tratamento. Atende, atualmente, cerca de 300 pacientes, em diferentes fases do tratamento, com uma média de três casos novos/mês. A caracterização das crianças e dos adolescentes, casos novos, atendidos em um hospital-escola do interior de São Paulo, no período de 1998 a 2008

* Aluna do 6º semestre do Curso de Graduação Bacharel em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/USP/CNPq. Processo nº 115568/2008-5. Endereço: Rua Rui Barbosa, 500 apto 113 – Centro. Ribeirão Preto – São Paulo. Cep 14015-120. Email: maria.laura.figueiredo@usp.br

[†] Aluna do 8º semestre do Curso de Graduação Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Processo nº 53386/2007-3.

[‡] Orientadora/Professor Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

ocorreu mediante coleta de dados em fonte secundária (prontuário dos pacientes). Ano a ano buscamos caracterizar tais casos a partir de variáveis como sexo, idade, raça, escolaridade, condição social, procedência, tipo de câncer, data do início dos sinais e sintomas, data da primeira consulta no serviço e data da confirmação do diagnóstico. **Resultados e discussão:** Foram identificados 436 casos novos de câncer em crianças e adolescentes, no período de 1998 a 2008. Com relação à procedência, 335 (76,83%) eram do estado de São Paulo, 86 deles de Ribeirão Preto e 61 (13,99%) eram do estado de Minas Gerais, 11 deles de Passos. A procedência de estados mais distantes (Maranhão, Goiás, Sergipe, Rondônia, Santa Catarina, dentre outros) pode ser explicada pelos encaminhamentos de ex-residentes, o que tem sido comum pelos laços de formação profissional. A idade dos pacientes variou de zero a 18 anos, no momento do diagnóstico, com destaque para 117 casos (26,83%) na faixa etária de menores de três anos; 281 (64,44%) em menores de 10 anos e 155 (35,55%) entre 11 e 18 anos. Com relação ao sexo, houve um discreto predomínio do sexo masculino (52,29%). Analisando a cor, identificamos que 372 (85,32%) das crianças e adolescentes do estudo eram de cor branca, 40 (9,17%) mulatas e 24 (5,50%) pretas. Lembramos que a informação sobre cor foi obtida diretamente no prontuário e segundo informação do setor de registro do hospital o critério que adotam para esta classificação é a informação constante na certidão de nascimento. A posição que 109 (25,00%) das crianças e adolescentes ocupa na família é de primeiro filho. Dentre os tipos de câncer mais frequentes estão: as leucemias (112 casos - 25,69%), seguidas dos tumores do sistema nervoso central (99 casos - 22,71%); Linfomas não-Hodking (34 casos - 7,80%); tumores ósseos (30 - 6,88%); rabdossarcoma e sarcomas de partes moles (27 - 6,19%) e Doença de Hodgking (25 casos - 5,73%). As principais queixas que os levaram a procurar os serviços de saúde foram: tumoração (14,27%), febre (12,73%), cefaléia (8,67%), náuseas e vômitos (7,55%), problemas respiratórios (5,59%), dor abdominal (4,90%) e cansaço, fraqueza e lipotímia (4,76%), além de manchas no corpo, dor óssea, problemas visuais, perda de peso e palidez. O início dos primeiros sinais e sintomas variou de três dias a quatro anos, sendo identificado que em 25,0% dos casos este tempo foi menor que 1 mês; em 24,77% de um a dois meses e 12,84% de três a quatro meses. Chama a atenção que 6,88% (30 casos) tiveram um tempo maior que um ano desde o início dos sintomas, o que é muito longo, dado que a precocidade do diagnóstico tem influência direta no prognóstico. Outro fato importante diz respeito às seqüelas do tratamento, que podem ser mais ou menos agressivas a depender do estadiamento da doença. As terapêuticas mais utilizadas foram quimioterapia (46,91%), seguida de cirurgia (34,24%) e radioterapia (13,67%). Os transplantes de medula óssea foram responsáveis por 2,59% - 18 casos. Com relação à situação atual dos pacientes frente a doença, 14,68% encontram-se em tratamento; 54,82% em seguimento no ambulatório de curados; 12,61% estão vivos mas ainda apresentam a doença; 11,47% abandonaram o tratamento; 5,50% foram encaminhados para seguimento em outro serviço e em 0,69% dos prontuários não havia tal informação, havendo apenas um caso de óbito por doença (0,23%) nos prontuários revisados. **Conclusão:** Estudos sobre características epidemiológicas de crianças e adolescentes com câncer são escassos no Brasil. Os fatores que interferem nas piores estimativas de sobrevida de crianças e adolescentes com câncer são o diagnóstico avançado, a demora na procura de atendimento médico e restrições ao acesso e a tecnologias especializadas. Acresça-se, ainda, o fato de que o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil é um desafio, dada a inespecificidade dos sinais e sintomas os quais podem estar presentes em enfermidades ditas comuns da infância. Recomendamos ampla divulgação dos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil entre a população em geral e os profissionais de saúde, dado que a precocidade do diagnóstico tem influência direta no prognóstico.

Palavras-chave: epidemiologia, câncer, crianças, adolescentes.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

189 - Implantação do uso de PICC em unidade de internação pediátrica

Eunice Vieira Cavalcante Silva*

Rosana Ruiz Bichuete[†]

Dirce Laplaca Viana[‡]

Com frequência, crianças que necessitam de internação hospitalar são submetidas à administração endovenosa de fármacos, soluções e hemocomponentes. O enfermeiro é o profissional indicado, preparado e competente para escolher a melhor opção de acesso venoso, considerando fatores como: tempo de terapia, risco de infecção e de complicações e, sobretudo conforto do paciente.² A terapia intravenosa evoluiu muito e na década de 60, surgiu o primeiro cateter de silicone, que por ser macio e flexível, apresentava dificuldade de progressão. No início da década seguinte, com o desenvolvimento do introdutor e do fio guia, esta dificuldade foi superada, surgindo o cateter central de inserção periférica (CCIP).^{1,4-6} O CCIP é um cateter longo, de até 65 centímetros de comprimento, de calibre que varia de 1 a 5 French (Fr).⁶ Pode ter de um a dois lumens, e é confeccionado com materiais flexíveis e biocompatíveis, como poliuretano ou silicone, devendo ser radiopaco.^{4,8-11} O uso deste cateter não tem somente como finalidade oferecer alternativa para o acesso venoso central, mas também, reduzir as diversas punções venosas periféricas, promovendo um acesso venoso central seguro e de permanência prolongada, que permite administrar soluções irritantes ou vesicantes às veias periféricas.⁴ No entanto, vários autores relatam complicações pós-inserção como perfuração do cateter, flebites mecânicas, química e infecciosa, celulite, trombose, edema de membros, migração do cateter, rompimento do cateter e potencial embolia, infecção de corrente sanguínea, remoção acidental, oclusão parcial ou total, perfuração pericárdica e tamponamento cardíaco.^{8,11,7-10} O enfermeiro deve estar preparado para prevenir, detectar e agir diante de qualquer um destes eventos. Vários estudos têm abordado as vantagens decorrentes da incorporação de protocolos assistenciais à prática de enfermagem. Estes quando fundamentados por evidências científicas, direcionam e fornecem sustentação às atividades desenvolvidas, subsidiando o julgamento clínico do enfermeiro e a tomada de decisão.⁵ Protocolos para a inserção, manutenção e retirada do CCIP são documentos que expressam as diretrizes de condutas, orientando as ações da equipe para atingir melhores resultados na prática. Além disso, quando adequadamente construídos, avaliam a qualidade do cuidado prestado, por meio de indicadores que medem resultados, caracterizando-se, assim, uma ferramenta de avaliação, capaz de retratar a eficácia e a efetividade da utilização dos CCIP.¹³ Conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 258/2001 e parecer da ABESE, ofício 018/2001, a implantação de cateter central de inserção periférica é de competência do Enfermeiro, desde que seja qualificado e habilitado, sendo assim o enfermeiro deve ter conhecimento científico que possa norteá-lo na tomada de decisão.² O objetivo deste foi Descrever o processo de desenvolvimento e implantação do Protocolo de Inserção, Manutenção e Retirada de Cateter Central de Inserção Periférica em uma enfermaria pediátrica. Estudo de natureza descritiva tipo relato de experiência, vivenciada por enfermeiros de uma enfermaria pediátrica.

* Enfermeira Especialista em Cardiologia e UTI Pediátrica. Avenida Conceição, 933, apto 41, Vila Guilherme - SP CEP: 02072-001. E-mail: nice.caval@bol.com.br. Tel.: 2901-5058.

[†] Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, licenciatura, pós-graduação em administração hospitalar. Enfermeira Coordenadora das Unidades Pediátricas do Hospital Auxiliar de Cotoxó do HC FMUSP. Docente do Centro de Formação e Aperfeiçoamento em Ciências da Saúde- Incor- HC FMUSP

[‡] Doutoranda pela Faculdade de Saúde pública De São Paulo. Ms. Em Enfermagem; Especialista em Enfermagem Pediátrica. Enfermeira Chefe da Clínica de Especialidade do Instituto da Criança do HCFMUSP, docente do curso de Pós- graduação da Universidade São Camilo- SP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Inicialmente foi encaminhado solicitação de autorização à diretoria do hospital e posteriormente, iniciado o desenvolvimento do protocolo. O Hospital Auxiliar de Cotoxó é um hospital público, de ensino que faz parte do Sistema Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da USP - SP. Dispõe de 33 leitos de pediatria geral utilizados como retaguarda do pronto atendimento do Instituto da Criança do HCFMUSP. As crianças são encaminhadas para nosso serviço com objetivo de realizar investigação diagnóstica ou tratamento de média duração e baixa complexidade. Recebe médicos residentes em estágio de pediatria que são acompanhados por um preceptor e demais assistentes. O corpo de enfermeiros na unidade conta com uma enfermeira chefe e oito enfermeiros assistenciais, dos quais 03 possuem o curso de qualificação e habilitação de CCIP. As patologias são crônicas como: anemia falciforme, fibrose cística, infecções de derivações ventrículo peritoneais, entre outras. Os pacientes freqüentemente estão submetidos à antibióticoterapia por mais de sete dias sendo muitas vezes drogas do tipo vesicantes, sendo assim, as crianças hospitalizadas são rotineiramente submetidas a inúmeras punções venosas periféricas, e algumas vezes tornam-se necessárias a passagem de cateter venoso central, o que levou à implantação de um protocolo assistencial voltado ao uso do CCIP. Proporcionar às crianças internadas em nosso serviço um tratamento menos traumático e melhor qualidade de vida durante a internação, esta foi à premissa que levou a equipe a desenvolver um protocolo que atendesse o perfil de pacientes internados em uma enfermaria de pediatria. Embora esse tipo de procedimento seja comum em unidades de terapia intensiva pediátrica notamos que sua utilização poderia beneficiar os nossos pacientes. Começamos a utilizar este cateter em 2007, em paciente portador de doença crônica e observamos benefícios físicos, emocionais e econômicos, desde que indicado, utilizado e mantido corretamente. Diante disso, a equipe médica e de enfermagem responsável pela unidade reuniu-se por várias vezes para discutir e chegar a um consenso. Foram consideradas as características da população atendida, os recursos humanos e materiais disponíveis, o perfil dos pacientes e as demandas por cuidado no que se referem ao uso do PICC. Foram realizadas discussões com o objetivo de determinar as situações que seriam indicados, de acordo com a terapêutica, tempo de tratamento, características do paciente, e os tipos de drogas, os materiais, técnica do procedimento, a necessidade de monitorização e a presença de um médico. A equipe médica determinou o tipo e dose de sedativos que seriam utilizados quando se fizer necessário. Foram realizados treinamentos em loco com a equipe de enfermagem sobre terapia intravenosa e o dispositivo PICC, cuidados inerentes à utilização do cateter, motivos de retirada, e freqüência de curativos, sendo que estes seguem normatização da instituição, como uso de barreira máxima na inserção, troca de curativo transparente a cada 07 dias ou se necessário. Após discussões e revisões pertinentes a temática, definiu-se o protocolo (Anexo). Consideramos a implantação um progresso para o setor e um grande desafio para a enfermagem, possibilitando a valorização do profissional enfermeiro. Foram muitos problemas, dificuldades para conseguir o cateter uma vez que não faz parte do material disponível no hospital, mas através de persistência e determinação temos observado o diferencial nas crianças que fazem uso do cateter, como muitas são portadoras de doenças crônicas nos pede logo no primeiro dia da internação para que seja passado o cateter. Hoje percebemos a confiança por parte da equipe médica. Embora o número de cateteres possa parecer pequeno, para a nossa realidade sabemos a diferença e a importância que teve. Por tratar-se de um hospital de retaguarda acreditamos ser essa uma iniciativa de grande valor para as crianças. Considerando que se trata de um dispositivo para indicação em pacientes internados em unidades de terapia intensiva pediátrica atualmente seu uso têm se expandido para tratamentos ambulatoriais e casos específicos em enfermarias, a de se considerar o que é melhor para o paciente, sendo assim podemos inferir que a utilização desse tipo de dispositivo na enfermaria no nosso caso proporcionou benefícios e acreditamos que o custo benefício é considerável, pois a qualidade



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de vida dessas crianças sobrepõe-se ao custo financeiro. No período entre maio de 2007 e julho de 2009 foram inseridos 17 cateteres cujo objetivo em sua totalidade foi para antibióticoterapia que excediam a sete dias, desses 58,8% foram retirados de forma programada, sendo esta ao término da terapia proposta e 42,1% foram retirados de maneira não programada, nesses casos os motivos variaram em: oclusão 5,8%, rompimento 17,6%, migração 11,7% e flebite 5,8%, dados corroborados pelo encontrado na literatura e citados anteriormente. Vale ressaltar que tais informações foram obtidas do livro de registro e controle da unidade de forma retroativa tendo neste caso sido obtida autorização da instituição. Embora deva ser constante a busca pela melhoria, assim como o número de enfermeiros habilitados que buscamos ser de 100%. Sabemos da importância em continuar trabalhando de forma integrada com equipe médica, realizando análises críticas e mantendo a equipe de enfermagem sob educação permanente. Acreditamos com esse trabalho ser imprescindível o prosseguimento desse processo, e esperamos ter contribuído com a assistência desses pacientes, pois buscamos mudanças nos paradigmas que preconizam a prática, tendo em vista a melhoria e a efetividade da qualidade assistencial à criança internada em Cotoxó, bem como para estimular outros estudos.

Palavras-chave: unidade pediátrica, protocolo, cateter central de inserção periférica.

Referências:

1. Abi-Nader JA. Peripherally inserted central venous catheters in critical care patients. *Heart Lung* 1993; 22(5):428-34.
2. Alexander M. Infusion nursing: standards of practice. *J Intraven Nurs* 2000; 23(6S).
3. Brasil, Resolução n. 258, de 12 de julho de 2001. Inserção de Cateter Periférico Central pelos enfermeiros. Conselho Federal de Enfermagem [on line] [citado 2003 junho] Rio de Janeiro (RJ), 2001. Disponível em: URL: <http://www.portalcofen.gov.br/legislação/r258.htm>.
4. Camara D. Minimizing risks associated with peripherally inserted central catheters in the NICU. *Am J Matern Child Nurs* 2001; 26(1):17.
5. Dickson R. Developing protocols for clinical practice. *Nurs Research* 1995; 4(2):5-14.
6. Griffiths VR, Philpot P. Peripherally inserted central catheters (PICCs): Do they have a role in the care of the critically ill patient?. *Int Crit Care Nurs* 2002; 18(1):137-47.
7. Kossoff EH, Poirier MP. Peripherally inserted central venous catheter fracture and embolization to the lung. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14(6):403-5.
8. Lam S, Scannell R, Roessler D, Smith MA. Peripherally inserted central catheters in an acute-care hospital. *Arch Intern Med* 1994; 154(22):1833-7.
9. Meares C. PICC and MLC Lines: Options worth exploring. *Nursing* 1992; 22(10):52-5.
10. Miall LS, Das A, Brownlee KG, Conway SP. Peripherally inserted central catheters in children with cystic fibrosis – Eight cases of difficult removal. *J Infus Nurs* 2001; 24(5):297-300.
11. Ng PK, Ault MJ, Ellrodt AG, Maldonado L. Peripherally inserted central catheters in general medicine. *Mayo Clin Proc* 1997; 72(3):225-33.
12. Racadio JM, Doellman DA, Johnson ND, Bean JA, Jacobs BR. Pediatric peripherally inserted central catheters: complication rates related to catheter tip location. *Pediatrics* 2001;107(2):01-4.
13. Vendramim P. Cateter central de inserção periférica para acesso venoso em crianças: utilização segundo enfermeiros de hospitais do município de São Paulo, [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

190 - Algumas necessidades humanas fisiológicas em desequilíbrio no recém-nascido submetido a fototerapia

Luciana de Cassia Nunes Nascimento*
Marta Regina Souza Gonzáles Oliveira†

Introdução: A icterícia neonatal é caracterizada pela cor amarelada visível na pele, na mucosa e outros órgãos, incluindo os olhos, decorrente da hiperbilirrubinemia indireta, achado comum nos neonatos. Isso ocorre devido à alteração nos processos normais de metabolismo e excreção da bilirrubina e isto se constitui em um dos motivos de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A icterícia é considerada uma urgência médica, tendo em vista a incompatibilidade sangüínea materno-fetal como etiologia freqüente. Como a capacidade do lactente excretar bilirrubina é de 1 a 2% da capacidade de excreção dos adultos, durante os primeiros dias de vida todos os lactantes têm níveis elevados de bilirrubina. Entre 25 a 50% dos bebês termo e mais de 50 % dos lactantes prematuros desenvolvem icterícia. A icterícia neonatal ocorre em quase metade dos recém-nascidos, sobretudo nos pré-termo. É observada durante a 1ª semana de vida em cerca de 60% dos neonatos a termo e 80% dos prematuros. A etiologia da icterícia é variada, havendo, porém um predomínio de icterícia fisiológica. Além disso, em muitos casos há a necessidade de realização de fototerapia, uma forma de tratamento que pode afetar algumas necessidades humanas. Sendo assim, independentemente da etiologia da icterícia, a equipe de enfermagem deve preocupar-se com a manutenção da integridade física do RN, prestando uma assistência humanizada. Neste sentido, cabe à equipe multiprofissional, trabalhar de forma integrada, observando e intervindo quando necessário, para proporcionar ao recém-nascido uma assistência adequada, o que significa proporcionar a satisfação das suas necessidades humanas. As necessidades humanas básicas estão hierarquizadas em cinco níveis: necessidades fisiológicas; segurança; associação; satisfação do ego-status e de auto-realização. As necessidades fisiológicas devem ser consideradas prioritárias. Assim, buscou-se identificar algumas necessidades fisiológicas em desequilíbrio no recém-nascido internado com icterícia. **Objetivos:** Conhecer as necessidades humanas fisiológicas em desequilíbrio no RN em fototerapia na Unidade de Terapia Intensiva. Identificar freqüência da icterícia em recém-nascidos; Caracterizar os recém-nascidos quanto ao sexo, idade gestacional, peso ao nascer; Caracterizar a icterícia quanto ao tipo, tratamento, complicações; Identificar quais são as necessidades humanas fisiológicas em desequilíbrio. **Metodologia:** trata-se de um estudo exploratório e descritivo com análise quantitativa desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Geral do Vale do Itajaí, SC. A população foi formada por todos os recém-nascidos vivos internados na UTI Neonatal do referido Hospital, Itajaí, SC, no ano de 2008. Desta população foi obtida uma amostra de 47 neonatos que foram submetidos a fototerapia. Para este estudo foi realizada a coleta de dados com um instrumento elaborado pela própria autora a partir das necessidades humanas propostas por Maslow. Foram coletados os dados através de exame físico e dos prontuários dos recém-nascidos internados. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e abril de 2008. As necessidades fisiológicas em desequilíbrio identificadas após coleta de dados foram agrupadas de acordo com a classificação utilizada por DuGas a partir da teórica proposta por

* Enfermeira, Professora MSc do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Telefone: (27)98071243. e-mail: luciananascimento@ceunes.ufes.br. Endereço: São Mateus – ES CEP 29930-970. Caixa Postal 003.

† Enfermeira Unidade de Saúde. Itajaí - SC



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Maslow (1988), conforme observa-se a seguir: Necessidade de Nutrição (engloba os dados referentes à alimentação do RN, como o leite materno, fórmula e alimentação parenteral). Necessidade de oxigenação (refere-se à manutenção das vias aéreas que podem apresentar alteração por má formação congênita/ distúrbios respiratórios/ prematuridade, entre outros. Caso ocorra alguma dificuldade na adaptação à vida extra-uterina, o processo de oxigenação pode não ser realizado de forma eficaz). Necessidade de manutenção da temperatura (refere-se aos dados de temperatura axilar registrados no prontuário durante a internação). Necessidade de eliminação (engloba eliminação vesical e intestinal. Inicialmente pretendia-se analisar os dados obtidos de acordo com o padrão de eliminação considerado normal para a faixa etária estudada). Porém, esta última necessidade não foi possível por falta de anotações relacionadas ao peso das fraldas a cada troca. Apesar disso, foram analisados dados referentes às condições do abdome durante do exame físico. Algumas necessidades fisiológicas foram excluídas do estudo em função da dificuldade de avaliação, como a necessidade de sono e repouso, necessidade de evitar a dor e necessidade de eliminação, segundo a classificação de Du Gas (1998). Os dados levantados foram tabulados e os resultados mais relevantes são apresentados através de gráficos e tabelas, e analisados à luz do referencial teórico. Todos os aspectos éticos foram respeitados. **Resultados:** a maioria dos recém-nascidos estudados (50,75%) apresentou icterícia e foi submetida ao uso de fototerapia contínua. Segundo o sexo dos estudados, 53,1 % é do sexo feminino. A maioria dos recém-nascidos era pré-termo e apresentou a icterícia fisiológica (63,3%). Esses dados confirmam a literatura estudada em relação à icterícia própria dos recém-nascidos, sendo a fisiológica de maior incidência. Em relação à necessidade de oxigenação observou-se que em 20,4% neonatos esta necessidade estava afetada, e estes eram prematuros, na sua maioria. Outro resultado importante desse estudo foi em relação às complicações apresentadas durante o uso de fototerapia, sendo que a maioria dos neonatos apresentou a necessidade de manutenção da temperatura afetada (36,0%). Além disso, a dermatite também foi observada como complicação do tratamento. Já com relação à alimentação a maioria dos recém-nascidos se alimentou por via oral (61,2%), em alguns momentos sugando no seio materno e outras vezes no copinho. O tipo de alimentação predominante foi o leite materno *in natura*, com esse achado verificou-se que a necessidade de nutrição não estava em desequilíbrio. Quanto à necessidade de eliminação, apenas 38,8% dos neonatos apresentou o abdome dentro do esperado no momento do exame físico, porém os dados coletados não permitiram concluir se a necessidade de eliminação dos mesmos estava afetada. Devido ao grande número de partos realizados anualmente nos hospitais gerais e, muitos desses, com baixa idade gestacional acarretando inúmeras complicações e surgimentos de patologias específicas ao recém-nascido nessa faixa etária, fazem-se necessários estudos científicos envolvendo esta temática. Esse estudo permitiu analisar, a partir da amostra coletada, que as necessidades humanas fisiológicas foram bastante afetadas nos recém-nascidos em fototerapia, sendo importante criar propostas para minimizar complicações. A finalização desse estudo, a partir dos resultados obtidos, proporcionou aquisição de imensuráveis conhecimentos. Percebeu-se que o neonato em fototerapia corre o risco de ter várias necessidades humanas afetadas e que os cuidados de enfermagem são fundamentais para a prevenção destes desequilíbrios. Espera-se que esse estudo venha contribuir com os profissionais da área da saúde permitindo a criação de estratégias de cuidado aos recém-nascidos em fototerapia, para com isso diminuir as complicações encontradas. Além disso, poderá contribuir com a literatura existente e, principalmente, subsidiar uma assistência humanizada a esta população específica.

Palavras-chave: icterícia, fototerapia, recém-nascido.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

191 - Avaliação da migração de ponta do cateter picc com radiografia torácica em recém-nascido pré-termo

Carolina Felipe Pinheiro*
Patrícia Ponce de Camargo[†]
Priscila Costa[‡]
Amélia Fumiko Kimura[§]

Introdução: O cateter central de inserção periférica (PICC) é um dispositivo amplamente usado nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), principalmente no recém-nascido pré-termo, pois permite a infusão de soluções hipertônicas e nutrição parenteral prolongada, mas não está isento de complicações. É necessária avaliação diária desse dispositivo. Considerando que o cuidado com o cateter PICC requer uma avaliação contínua, pelos riscos a que ficam expostos os recém-nascidos submetidos ao uso desse dispositivo, é preciso que o serviço que utiliza esse tipo de cateter elabore e institua um protocolo de atendimento, padronizando as etapas do procedimento e de seu manejo visando garantir a qualidade do atendimento prestado. A manutenção diária do cateter PICC deve ser realizada por pessoal treinado e capacitado e os curativos feitos apenas por enfermeiros que receberam qualificação para a inserção, manutenção e remoção do dispositivo. O curativo do PICC cumpre duas funções: cria um ambiente que protege a área onde está inserido o cateter e evita que haja seu deslocamento. A troca pode ser realizada a cada sete dias se utilizar o filme transparente. De acordo com a literatura internacional considera-se central e apto para o uso o cateter inserido por veia periférica que tenha sua ponta alocada no terço inferior de veia cava superior. Se inserido pelas extremidades inferiores do corpo é considerado central quando estiver em terço superior de veia cava inferior por volta de T10. Em muitos casos, a ponta se encontra em região midclavicular ou midline considerada periférica, mas passível de uso, dependendo da solução que será administrada. Considera-se midclavicular quando a ponta do cateter encontra-se em veia subclávia ou inominada ou braquiocéfálica e midline em veia axilar. Além disso, o papel da localização da ponta do PICC, se central ou periférica, quanto ao perfil de segurança e eficácia do dispositivo tem sido questionado. Na prática clínica, o cateter é introduzido às cegas após estimativa do comprimento do local de punção até veia cava inferior ou superior, e muitas vezes após radiografia de tórax é constatado que a ponta do cateter está em posição midline, midclavicular, em terço inferior de veia cava superior, em terço superior de veia cava inferior ou em átrio direito existindo, portanto, uma variedade de posicionamentos possíveis da ponta do cateter. Assim para a liberação de seu uso, o enfermeiro habilitado e o médico devem avaliar a imagem radiográfica e tracionar o cateter de acordo com a necessidade. Uma das complicações verificadas durante a manutenção do PICC é a migração do cateter, que ocorre por movimentação vigorosa da extremidade onde se inseriu o cateter; fixação inadequada; alterações da pressão intratorácica. A migração do cateter PICC pode levar há complicações mais sérias, como o

* Enfermeira Assistencial do Berçário Anexo à Maternidade do Hospital das Clínicas de São Paulo. Especialista em Neonatologia.

[†] Enfermeira Encarregada do Berçário Anexo à Maternidade do Hospital das Clínicas de São Paulo. Mestre e Doutoranda de enfermagem pela Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Avenida Conselheiro Rodrigues Alves, 239 apto 62B CEP 04014-010 Vila Mariana SP Email: patricia.ponce@uol.com.br

[‡] Enfermeira Assistencial do Berçário Anexo à Maternidade do Hospital das Clínicas de São Paulo. Especialista em Neonatologia.

[§] Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

tamponamento cardíaco e pode ser precursor para a remoção precoce do cateter por obstrução. Nesse contexto, torna-se cada vez mais importante a construção de evidências científicas que subsidiem consistentemente a assistência de enfermagem prestada ao neonato durante a inserção, manutenção e remoção do PICC contribuindo para o aprimoramento das estratégias de segurança do paciente em UTIN. **Objetivo:** Caracterizar os recém-nascidos submetidos ao procedimento de inserção do PICC, com êxito na inserção; identificar o posicionamento final da ponta do cateter PICC através da radiografia de tórax; identificar as migrações da ponta do cateter durante a manutenção do PICC. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, com coleta prospectiva dos dados, realizado na UTIN do Berçário Anexo à Maternidade do Hospital das Clínicas de São Paulo, hospital escola de grande porte, de nível terciário, referência para gestação de alto risco. Os dados foram coletados por meio de avaliação radiológica semanal da ponta do cateter PICC antes da realização dos curativos. Uma vez em uso, o cateter é avaliado continuamente pela equipe de enfermagem quanto à sua permeabilidade, integridade estrutural e localização correta em imagem radiológica, ecocardiograma ou ultrassom e registros no prontuário do paciente são realizados diariamente em todos os turnos de trabalho de enfermagem. O período do estudo abrangeu janeiro a julho de 2009. A população formou-se de todos os recém-nascidos que necessitaram de um acesso central periférico, de acordo com o julgamento da equipe de enfermagem e médica. Os critérios de inclusão foram todos os cateteres inseridos com sucesso e a permissão dada pelo responsável do neonato através do termo de consentimento. Os critérios de exclusão foram todos os recém-nascidos que haviam sido transferidos para outras unidades de internação. Os dados foram arquivados no programa estatístico Epi-Info 3.3.2. Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Resultados:** Foram estudados 91 recém-nascidos, sendo que (54,9%) eram do sexo feminino, a idade gestacional corrigida média e o desvio padrão foram de $32,4 \pm 2,8$ semanas e a média e desvio padrão do peso na data da inserção foram de $1,358 \pm 0,538$ gramas, caracterizando recém-nascidos pré-termos de baixo peso. As pontas dos cateteres inseridos foram mantidas em região cavo atrial em (64,8%); em terço inferior da veia cava superior (27,5%); em veia braquiocefálica (5,5%). Não houve nenhum caso de ponta localizada em região midline. Dos 91 cateteres estudados, (61,1%) apresentaram migração da ponta espontânea, sendo que (40,7%) dos recém-nascidos estavam sob ventilação mecânica assistida controlada. Esse dado leva a crer que a ventilação mecânica pode ser um fator de risco para a migração da ponta do cateter. O local de maior migração da ponta do cateter PICC foi para a região do ventrículo direito com (36,4%), seguida do átrio direito e veia braquiocefálica com (22,7%), (13,6%) das pontas deslocaram-se para a região midclavicular esquerda, onde em menos de 48 horas voltavam para a região de origem e 4,5% locaram-se em região da veia cava superior. Em todos os casos foi avaliado os centímetros externos do cateter, tendo em vista a possível migração da ponta por tração durante os curativos. **Conclusão:** A ponta do cateter quando mal posicionada pode trazer sérias complicações. A avaliação radiológica deve estar inserida na manutenção do PICC e é responsabilidade do enfermeiro checar a posição da ponta do cateter durante a permanência do dispositivo.

Palavras-chaves: recém-nascido, cateter venoso central, cuidados de enfermagem



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

192 - Caracterização das necessidades especiais de saúde dos neonatos internados em dois Hospitais de Terapia Intensiva do sus segundo suas condições de nascimento. Rio de Janeiro, 2000-2003

Mariana Kelly de Almeida *

Ivone Evangelista Cabral[†]

Juliana Rezende de Montenegro Medeiros de Moraes[‡]

Joelma Maria da Silva Pinto[§]

A problemática da morbimortalidade neonatal brasileira levou o governo brasileiro, entre outras medidas, a ampliar o número de leitos em ambientes hospitalares de terapia intensiva. Entretanto, pouco se sabe sobre as necessidades de saúde dos neonatos egressos da terapia intensiva neonatal, no Brasil. O estudo investiga: Qual é o perfil e as necessidades dos neonatos egressos de dois ambientes hospitalares de terapias intensivas neonatais do SUS no Rio de Janeiro? Os objetivos foram identificar o perfil desses egressos, determinar suas necessidades especiais de saúde, analisar suas demandas de cuidado e propor estratégias de intervenção para as famílias no aspecto de educação em saúde e de cuidados contínuos. A pesquisa determinou a influência do processo terapêutico da UTIN sobre a qualidade de vida dos sobreviventes e as demandas de cuidados para a família desenvolver no domicílio. A justificativa centra-se na necessidade de se conferir visibilidade ao grupo de egressos da terapia intensiva neonatal, diagnosticar suas necessidades e demandas de cuidado, e assim propor estratégias de intervenção cuidativa e de educação. Esse estudo mostra-se relevante para os profissionais que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), visto que, os resultados permitirão um melhor entendimento da natureza da necessidade especial que a criança sai portadora, além de contribuir para educação em saúde com enfoque na orientação dos familiares para o exercício do cuidado no atendimento com a criança. A Metodologia adotada foi de um estudo quantitativo, descritivo retrospectivo. A fonte dos dados foram os registros em prontuários e livros de internação de dois serviços de Terapia Intensiva de Hospitais do SUS. Os dados foram coletados por meio de um formulário contendo as variáveis relacionadas ao neonato e a mãe, posteriormente, inseridos na planilha do Excel 2000 for Windows. A análise estatística dos dados foi conduzida com frequências relativa e absoluta, pela natureza exploratória do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da primeira instituição (protocolo 01/06) e aceito pela segunda instituição. Ambas as instituições pertencem ao SUS, possuem leitos neonatais equipados para atender bebês em situação de alto risco. A amostra de crianças com idade entre 0 e 28 dias, de ambos os sexos, que estiveram internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, no período de 2000 a 2003, foi definida com base nos pressupostos da pesquisa com amostra não-probabilística intencional. Os critérios de inclusão foram idade neonatal, os sobreviventes, o recorte temporal e o tempo de internação superior a sete dias na Terapia Intensiva Neonatal (TIN). A aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nos dois hospitais (A e B) cenários da pesquisa levou a um universo do estudo de 1.408 neonatos internados,

* Estudante do 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Bolsista PIBIC/CNPQ.

[†] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Pesquisadora colaboradora do NUTES/ UFRJ. Pesquisadora do CNPq

[‡] Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

[§] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. joelmamp@yahoo.com.br ou joelmaufrj@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sendo que a população alvo foi de 450 (32%), e a amostra investigada foi de 122 neonatos. Na etapa 1 do estudo, obteve-se dados de 54 prontuários, pela bolsista PIBIC anterior. Na etapa 2, coletou-se, até o mês de julho de 2009, informações de 94 prontuários. Os resultados apontam que a maioria dos neonatos internados na UTI era do sexo feminino 55% (n=52); 45% (n=42) representaram o sexo masculino; considerando os parâmetros físicos de nascimento a grande maioria dos neonatos nasceram 75% (n=71) com peso maior que 1.500 g, já em relação a estatura 57% (n= 54) dos neonatos nasceram com estatura maior que 40 cm; quanto ao perímetro cefálico 46% (n=43) dos neonatos nasceram com perímetro cefálico maior que 30 cm. Já na idade gestacional 75% (n=71) dos neonatos nasceram prematuros e 24% (n=23) dos neonatos nasceram a termos. Com relação ao apgar 47% (n=44) dos neonatos apresentaram apgar no 1º minuto abaixo de 7; enquanto 79% (n=74) dos neonatos apresentaram apgar no 5º minuto acima de 7. Um dado importante a ressaltar é que 38% (n=36) dos neonatos apresentaram alguma intercorrência ao nascimento; 78% (n=28) dos neonatos tiveram asfixia como uma forma de intercorrência ao nascimento. Em relação a necessidade de reanimação 54% (n=51) dos neonatos apresentaram algum tipo de reanimação durante o nascimento; dentre as manobras de reanimação a maioria dos neonatos (n=30) utilizaram o oxigênio inalatório; (n=23) com máscara; (n= 16) com TOT. Os diagnósticos médicos apresentados mais comuns foram a prematuridade, infecção e doenças respiratórias. Com relação ao tipo de parto: 45% (n=42) realizaram parto normal, 53% (n=50) realizaram parto cesárea; 2% (n=2) realizaram parto com fórceps. Conclui-se que os neonatos com necessidades especiais de saúde eram femininos, prematuros, com baixo peso ao nascer, apresentaram apgar abaixo de 7 no 1º minuto, necessitaram de reanimação durante o nascimento e os diagnósticos mais comuns foram problemas respiratórios e prematuridade. Tais intervenções implicaram em tempo de internação variável de 7 a 30 dias. Segundo Wong (1999) para a definição de um recém-nascido de alto risco é necessário considerar critérios como idade gestacional, peso ao nascimento e problemas fisiopatológicos apresentados. Logo, pode-se considerar que os neonatos internados na TIN eram recém-nascidos de alto risco devido à maioria ter nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas, de muito baixo peso e apresentando algum diagnóstico clínico durante a internação. Esse perfil aponta para as seguintes necessidades especiais de saúde: demanda de recuperação nutricional e ganho ponderal, risco de alteração no crescimento, monitoração restrita de desenvolvimento sensório-motor, oxigenação, risco de aspiração. Entre as demandas de cuidados destacam-se: habituais modificados, na alimentação com fórmula, risco de aspiração pela presença de refluxo, e manutenção da oxigenação; de desenvolvimento, na monitoração do crescimento e no ganho/perda de habilidades sensório-motoras; medicamentoso. A terapia intensiva neonatal salva vidas, porém ela cria um grupo de crianças que irá depender de cuidados que possivelmente não são de conhecimento popular. Os resultados apontam para a necessidade de intervenções educativas junto a família, iniciando-se ainda no espaço hospitalar, e não apenas focalizada sobre a mãe como educando nesse processo. As ações de cuidado no domicílio, em especial no primeiro mês após a alta hospitalar, requer a participação da equipe de saúde da família no atendimento às demandas clínicas, que surgem no ambiente domiciliar, quando da realização do cuidado de seguimento.

Palavra- chave: enfermagem, neonato, terapia intensiva.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

193 - Considerações sobre a dor na criança hospitalizada: um desafio para a enfermagem

Andréa Moreira Arrué*
Márcia Gabriela Rodrigues de Lima[†]
Daniele Trindade Vieira³
Eliane Tatsch Neves⁴

Introdução: A hospitalização é um evento que por si só desperta na vida da criança uma situação de extrema vulnerabilidade, já que submete sua permanência a um ambiente estranho, distante da família e amigos, na companhia de pessoas desconhecidas e que provoca sentimentos de insegurança, ansiedade e medo. Porém, esta exposição pode ser agravada se essa criança encontrar-se acometida por uma enfermidade que lhe causa incessante sofrimento - a dor. A dor é considerada um sinal vital e, da mesma forma dos demais, deve ter acompanhamento e receber intervenção rigorosa, se necessário. Além disso, quando são implementadas as medidas adequadas de controle da dor na criança pode se prevenir maiores comprometimentos. E, ainda, a atenção direcionada à criança nesse momento, também pode amenizar a ansiedade de seus familiares cuidadores que a acompanham. Assim, a equipe de enfermagem e de saúde podem buscar reduzir danos emocionais e fornecer conforto e bem estar por meio de analgesia adequada aliada à presença de familiares junto à criança hospitalizada. **Objetivo:** Tecer considerações acerca dos cuidados de enfermagem à criança com dor, tendo por base uma experiência vivenciada em Unidade de Internação Pediátrica durante aulas práticas do curso de graduação em Enfermagem. **Descrição Metodológica:** As atividades foram desenvolvidas durante as aulas práticas do Curso de Graduação em Enfermagem na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital de ensino do sul do Brasil nos meses de junho e julho de 2009. Os seis sujeitos envolvidos foram: um lactente, um pré-escolar, três escolares e um pré-adolescente e seus familiares/cuidadores. A prática de cuidados foi desenvolvida durante oito turnos, no período da manhã sob a supervisão das professoras da disciplina. Ao final, apresentou-se uma revisão de literatura contendo considerações e indicações de ações de enfermagem que possibilitem a minimização da dor na criança hospitalizada. **Relato e discussão da prática desenvolvida:** No período de vivência acadêmica na UIP foi possível prestar cuidados de enfermagem a bebês, crianças e pré-adolescentes que apresentavam grave quadro clínico de extrema dor aguda ou crônica. Dentre os indivíduos que apresentavam quadro de dor encontravam-se um lactente, um pré-escolar, três escolares e um pré-adolescente. Sendo que, a causa da dor tinha origem no próprio acometimento mórbido ou ainda nos métodos utilizados com alternativa de auxílio ao tratamento de base, sendo elas: artrite reumatóide, pancreatite aguda, sequelas graves de consumo de *crack* durante a gestação, ferimento causado por arma de fogo oriundo de brincadeiras perigosas, pós-cirúrgico de colocação de válvula para hidrocefalia e fixação de dreno de tórax para drenagem

¹ Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Bolsista do Hospital Universitário de Santa Maria- UTI Neonatal e integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade/UFSM. Endereço: RS 509, Nº 4665, Bloco G, apto 102. CEP: 97110-620. Santa Maria/RS. E-mail:

[†] Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Bolsista do Hospital Universitário de Santa Maria- Clínica Médica II e integrante do Grupo de Pesquisa: GEPES - Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde /UFSM.

³ Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Bolsista FIPE, integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.

⁴ Enfermeira pediatra. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFSM. E-mail: eliane@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de empiema em decorrência de pneumonia. Nesse sentido, cada um desses pacientes expressava seu sentimento diante da dor de diferentes formas de acordo com a sua faixa de desenvolvimento etário. Dentre essas, destaca-se: choro intenso, gritos, humor exaltado até irritabilidade intensa, agressividade, indisposição, falta de apetite, etc. Isso ocorre, segundo Guyton e Hall (1996), porque a percepção da dor é sempre igual entre os indivíduos, mas a reação é diferente, já que envolvem estruturas do sistema nervoso que determinam reações distintas influenciadas pelo estado emocional do indivíduo, assim como pelo sexo e, até mesmo, pela idade. Conforme explicam os autores supracitados, a dor é uma espécie de mecanismo de proteção do corpo que ocorre sempre que qualquer tecido estiver sendo lesado e faz com que o indivíduo reaja para remover o estímulo doloroso. Além disso, eles complementam dizendo que ela é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões reais ou potenciais. Por consequência, a dor em pessoas adultas é um evento que causa grande ansiedade, mas em crianças que se encontram hospitalizadas essa reação pode ser exacerbada, já que a dor pode vir acrescida de um sentimento de punição ou castigo por seu comportamento e atitudes. Do mesmo modo, ressalta-se que a presença da dor pode auxiliar na manifestação da Síndrome do Hospitalismo, que é uma grave morbidade, composta por quatro etapas, que pode causar na criança, em última etapa, um quadro irreversível de desnutrição, sons verbais em forma de gemidos, rigidez facial e catatonia (WONG, 2006). Outras reações detectadas na clientela atendida na Unidade de Internação Pediátrica foram a diminuição da capacidade funcional, as náuseas e a perda do apetite, o transtorno do sono, causando irritabilidade, a diminuição da alegria, do humor e do interesse em brincar, o aumento da necessidade de cuidados e o aumento do sofrimento por parte da criança e dos familiares cuidadores. Frente a esse mecanismo de proteção corporal, o profissional enfermeiro pode empregar diversas medidas de cuidado, com vistas a amenizar e prevenir o trauma que a criança com dor crônica ou aguda pode vir a apresentar ao longo de seu período de hospitalização. Algumas ações importantes são citadas por Pimenta, et al (1999), como: avaliar o nível da dor por meio de uma escala que possibilite administrar analgesia adequada de acordo com a necessidade. Caso a analgesia empregada apresenta-se ineficaz é preciso discutir adequação da terapia medicamentosa. O autor cita, ainda, a detecção precoce e controle dos efeitos colaterais da terapia; fornecer outros impulsos sensoriais por meio de técnicas alternativas; promover repouso e relaxamento; explicar que a fonte de estímulos nocivos foi removida ou diminuída; auxiliar na assimilação de experiências com dor; incentivar a distração da criança com algum brinquedo ou atividade de lhe traga contentamento; e, ainda, estimular a presença dos familiares/cuidadores no ambiente hospitalar como forma de amenizar o sofrimento acrescido. Cabe acrescentar ainda que, em toda experiência de dor é fundamental considerar a importância da família, pois como refere Sarti (2001), a família fornece as primeiras referências de significado que estruturam as experiências vividas, sendo que isso fica evidente nos casos de crianças. Todavia, deve-se considerar, ainda que, a família é um segmento do cuidado à criança, já que ela ao vivenciar a dor também expressa sentimentos de angústia e evidentemente pode apresentar transtorno psicológico. A mesma autora acima menciona, ainda, que a forma como o profissional e a família reagem diante da dor e das manifestações de dor da criança podem influenciar na própria reação da mesma ao tratamento, uma vez que ela voltará sua atenção ao comportamento daqueles que a rodeiam e assim expressará sua atitude e reação, seja por meio de gritos ou choros. Como afirma Pimenta, et al (1999), o controle da dor deve ser uma preocupação da equipe de enfermagem, uma vez que a atuação profissional, de modo independente e colaborativo, compreende a identificação de queixas algícas, a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, a aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, a identificação de fatores que contribuem para a melhora ou piora da queixa algíca, a seleção de alternativas de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

tratamento e a verificação da eficácia das terapêuticas implementadas. **Considerações Finais:** Diante do exposto, a experiência obtida na Unidade de Internação Pediátrica possibilitou compreender que a dor provoca sofrimento incomensurável e causa ansiedade e medo, tanto a criança que se encontra hospitalizada, quanto aos familiares/cuidadores que permanecem ao seu lado. Em decorrência disso, cabe a equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe de saúde estabelecerem relação de confiança mútua com a criança e seus familiares/cuidadores, por meio de condutas destinadas a analgesia eficaz e cuidado adequado, a fim de reduzir riscos de danos físicos e emocionais que possam vir a repercutir negativamente na vida dessas crianças.

Palavras-chave: saúde da criança, hospitalização, dor, enfermagem pediátrica.

Referências:

- GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 1996.
- PIMENTA, C.A., et al. Alívio da Dor Crônica não Neoplásica com Opiáceos. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.7, n^o4, p.65-73, out, 1999.
- SARTI, C.A. A dor, o Indivíduo e a Cultura. **Rev. Saúde e Sociedade**.V.10, n.1, jan-jul; 2001.
- WONG, D.L. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. SãoPaulo, 2006.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**194 - Cuidados de enfermagem na aproximação entre a mãe acompanhante e
criança em ventilação mecânica**

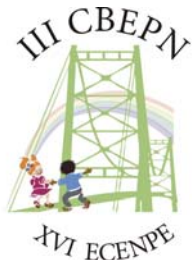
Lara Pitombo Cristo*
Lisandra Santana Oliveira Reis*
Luciano Marques dos Santos†
Taisa Pereira Cruz Costa Silva‡

As Unidades de Terapia Intensiva foram estabelecidas para a monitorização de pacientes mais doentes dentro das paredes do hospital. Por vezes, essa monitoração significa que esses pacientes foram cuidados com maior proximidade pelas enfermeiras e por outros profissionais de saúde, com os efeitos ambientais de barulho, luz e interrupções freqüentes do sono como ocorrências comuns. Desta forma, a estadia da família nessa unidade em tempo integral, vem sendo cada vez mais aceita, o que contribui para a melhoria do estado saúde-doença. Com a permanência dos pais na unidade pediátrica, a rotina da equipe teve que ser modificada para acolhê-los em período integral, para que eles pudessem colaborar na assistência prestada pela equipe, numa relação de troca, visando, sobretudo, o bem estar da criança. A nova forma de organização da assistência inclui a mãe na realização das atividades que antes eram da competência da enfermagem. A equipe de enfermagem visualizava e valorizava a presença materna nos cuidados à criança dentro da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Entretanto, tais cuidados na maioria das vezes, acontecem de maneira mecanicista e sem a verdadeira avaliação dos impactos gerados na mãe acompanhante e na própria criança. Isto posto questionamos: como a enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do HGCA em Feira de Santana Bahia, está aproximando mãe acompanhante e a criança crítica em Ventilação Mecânica? Este estudo teve como objetivo descrever a percepção materna sobre as ações da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Geral Clériston Andrade, em Feira de Santana, Bahia, para aproximar a mãe acompanhante da criança em Ventilação Mecânica. Este estudo foi de grande relevância teórica, profissional e social. Primeiramente poderá contribuir com a escassa produção científica inerente à temática em questão, pois os estudos científicos da enfermagem intensiva pediátrica estão mais voltados à presença da família nas decisões e cuidados à criança, não enfocando a criança em ventilação mecânica, além de outros que visam o perfil epidemiológico e o processo de morte e morrer. Poderá contribuir no processo de reflexão por parte dos membros da equipe de enfermagem, no tocante à prática que vem sendo adotada com a díade mãe acompanhante e criança intubada sob ventilação mecânica, com vistas à reformulação de condutas e adoção de novas estratégias de enfrentamento do processo de hospitalização. Sendo assim, este estudo poderá fornecer subsídios para uma clínica de qualidade pautada na excelência e no cuidado humanizado. Trata de um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa, tendo como participantes seis mães acompanhantes de crianças em cuidados intensivos, que concordaram e assinaram o Termo

* Graduandas do curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus de Feira de Santana, Bahia. Membros do Grupo de Estudos sobre a Mulher e a Criança (GEMUC).

† Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Mestrando do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Enfermagem Neonatológica. Líder do GEMUC.

‡ Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus de Feira de Santana, Bahia. Rua A nº 266 Morada do Sol. Feira de Santana, Bahia, e-mail: taisapccs@hotmail.com, Tel.: (75) 3614 8242, (75) 9191 7637. Membro do GEMUC.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador, Bahia, sob o parecer nº 0327-2008. Os dados foram coletados entre os meses de julho e agosto de 2008, por meio de entrevistas semi-estruturadas, sendo utilizado um roteiro que continha questões de ordem sócio-demográfica e a seguinte questão norteadora: fale para mim como a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica faz a senhora ficar mais próxima de seu filho ou filha? Para a análise do material empírico utilizamos a Análise de Conteúdo de Bardin, sendo identificadas as seguintes categorias: permanecendo no espaço da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e participando de cuidados de enfermagem de menor complexidade. Nas falas das entrevistadas percebemos que as mesmas permanecem por vinte quatro horas no espaço da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Este fato possibilita a mãe acompanhante vivenciar a complexa dinâmica do processo de trabalho, tanto médico como da enfermagem. O fato de permanecer por tempo integral no espaço desta unidade, fazendo parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde, oferece para a mãe acompanhante, a possibilidade de ir aos poucos se acostumando com a complexa dinâmica dos processos aí desenvolvidos, bem como ir se “familiarizando” com a sofisticada tecnologia de ponta utilizada no cuidado ao paciente crítico. A permanência da mãe acompanhante no espaço e na dinâmica do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica possibilita maior tranquilidade, confiança e segurança da mesma, em relação aos processos complexos que ocorrem. Esta assistência passa a ser pautada na valorização das necessidades da família e não mais centrada na doença e na criança crítica, incorporando a participação dos pais neste processo. Trazer a mãe acompanhante ou outro familiar para este espaço não é algo fácil, pois exige a reformulação do processo de trabalho da equipe de saúde, além de revisão e formulação de normas e rotinas, que possam atender às suas demandas de cuidados, pois neste sentido a família passa a ser mais um membro da equipe que irá compartilhar e colaborar no cuidado à criança criticamente enferma, tornando-se mais um núcleo de atenção da enfermagem pediátrica. Este fato pode contribuir com a aproximação mãe e filho, em especial à criança em ventilação mecânica, partindo do princípio de que ela estará mais acostumada com esta tecnologia, e compreenderão mais fácil as informações prestadas pela equipe de saúde. Percebemos também, após análise das falas, que o fato de permanecer no espaço desta unidade, oferece para a mãe acompanhante oportunidade de receber informações por parte dos profissionais envolvidos no cuidado à criança crítica em ventilação mecânica. As orientações fornecidas são pontos de fundamental importância para a excelência e qualidade do cuidado com foco na família, pois a internação da criança enferma em Unidades de Cuidados Intensivos é um forte indicador ansiogênico para os pais. Sendo assim, a comunicação torna-se um instrumento de trabalho indispensável na assistência pediátrica e deve ser utilizado pelas profissionais da saúde a cada encontro de cuidado com o binômio, pois o acompanhante pode não reconhecer a condição (de gravidade ou complicação) da criança para realizar determinados procedimentos, até mesmo os que parecem ser mais simples. Desta forma, sendo orientada em relação às rotinas da unidade e sobre os procedimentos realizados, a mãe acompanhante terá a possibilidade de manter laços afetivos com o seu filho, além de estabelecer maior confiança com os membros da equipe. E, é através dessas orientações que a mãe acompanhante começa a fazer parte dos cuidados direcionados a essa criança. Isso fica bastante claro nas falas das entrevistadas. A permanência da mãe em tempo integral na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica oferece para a equipe de enfermagem a percepção de que essa mãe pode ser mais uma aliada aos cuidados prestados à criança. Participar de procedimentos de menor complexidade traz a essa mãe a sensação de poder ajudar e ver seu filho aos seus cuidados. A satisfação da mãe é refletida no tocar a criança, que irá perceber a sua presença, favorecendo a manutenção do vínculo mãe e filho,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

oferecendo estímulos positivos para a estabilidade e possibilitando assim uma evolução clínica dessa criança. Na análise das falas das entrevistadas percebemos que a equipe de enfermagem possibilita para a mãe acompanhante a oportunidade de participação em alguns cuidados de menor complexidade, como estratégia de cuidado, com vista a aproximá-la da criança criticamente enferma e com necessidade de suporte ventilatório artificial. Os dados apontaram para o fato de que a participação da família no cotidiano da Terapia Intensiva Pediátrica é primordial para a realização de um cuidar na sua totalidade. Evidenciamos neste estudo que o fato de a criança nesta condição não implica a separação de sua genitora. Por outro lado, a equipe de enfermagem deverá estar mais sensível neste momento, para diminuir os impactos que a internação infantil provoca na família, em especial na mãe, que em grande parte é a responsável pelo acompanhamento da recuperação clínica da criança. A hospitalização é uma das situações que envolvem profunda adaptação do homem às várias mudanças que acontecem no seu dia-a-dia. É durante este momento, que a equipe de enfermagem começa a adaptar-se com a presença da família em tempo integral na unidade e saber se relacionar com essa família que, tanto quanto a criança esta em um estado debilitado. A permanência da mãe acompanhante no espaço do hospital é uma realidade que se concretiza dia-a-dia. Desta maneira, o cuidado de enfermagem deverá ser baseado em estratégias de baixo custo e de alto impacto, voltado para a excelência e qualidade do mesmo. Entretanto, a equipe precisa repensar o seu processo de trabalho para que a presença da família não represente simplesmente a possibilidade de diminuição da carga de trabalho profissional, mas, de fato, um meio de fortalecer a criança durante a hospitalização e minimizar sua permanência na unidade.

Palavras-chave: UTI pediátrica, enfermagem, criança hospitalizada.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**195 - De frente para o desconhecido: o ser adolescente hospitalizado com
doenças crônicas não-transmissíveis***

Lilian Castro Padela[†]

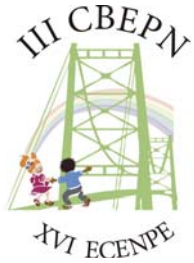
Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos[‡]

Introdução: Quando nos referimos aos adolescentes é esperado que vivam situações de saúde para crescer e desenvolver-se entro dos limites da normalidade, porém quando, nos defrontamos com eles, na condição de doente, como todo ser humano, tem seu comportamento modificado. Sua reação diante dessa experiência desconhecida que é a doença, pode lhe trazer sentimento de culpa, medo, angústia, depressão e apatia, e ameaçar a rotina do seu dia-a-dia. O desenvolvimento científico e tecnológico tem possibilitado o diagnóstico precoce das doenças, e a terapêutica adequada permite, muitas vezes, o controle de sua evolução e cura. Mesmo com esses avanços, algumas doenças, especialmente as crônicas, promovem alterações orgânicas, emocionais e sociais, que exigem constantes cuidados e adaptação. O adolescente com doença crônica pode ter seu cotidiano modificado muitas vezes, com limitações principalmente físicas, devido aos próprios sinais e sintomas da doença e podem freqüentemente ser submetido à hospitalização para exames e tratamentos, à medida que a doença progride. Na hospitalização o processo de desenvolvimento psicossocial pode se modificar, em maior ou menor grau em seu cotidiano, separando-os do convívio de seus familiares e ambientes. Desta forma, a doença crônica impõe modificações na vida dos mesmos, exigindo readaptações frente à nova situação e a criação de estratégias para o enfrentamento. No que diz respeito a atender as peculiaridades e complexidade das necessidades dos adolescentes, faltam espaços e suporte apropriado as suas demandas, seja no campo da orientação, proteção ou recuperação da sua saúde. Seus sentidos bem como as desigualdades e diferenças de distintas ordens são freqüentemente ignoradas, num processo de homogeneização e simplificação de sua saúde, ou seja, o adolescente perde sua identidade não sendo tratado como um indivíduo único e indivisível. a complexidade da doença, o seu tratamento, o uso e o acesso às tecnologias influenciam a trajetória da doença crônica. Assim, algumas fases da doença podem ser previsíveis, e outras, incertas, porém todas causam impacto e danos à criança e família. Cada fase tem tarefas próprias, requerendo delas força, mudanças de comportamento, de atitude e readaptações. Apesar das políticas públicas de saúde voltada para o adolescente, nota-se um despreparo dos serviços de saúde bem como dos profissionais de saúde especialmente no âmbito hospitalar, para o trabalho com os mesmos. **Objetivo:** Identificar os sentimentos vivenciados pelos adolescentes hospitalizados com DCNT e Descrever os sentimentos vivenciados pelos adolescentes com DCNT durante a hospitalização. **Metodologia:** Para o desenvolvimento do estudo optei pela pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que se caracterizou em identificar e descrever os sentimentos vivenciados pelos adolescentes hospitalizados portadores de DCNT. Considerando objeto e os objetivos desta pesquisa, o método escolhido foi História de Vida porque nos permite uma maior aproximação com os sujeitos, para assim, compreendermos

* Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, para obtenção do título de Enfermeiro e Licenciado em Enfermagem.

[†] Enfermeira Graduada e Licenciada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ e Enfermeira Residente do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira/IFF/FIOCRUZ. Endereço: Rua Sargento Osmar Claro, 392, Campo Grande, Rio de Janeiro (RJ). Endereço Eletrônico: lilianpadela@gmail.com.

[‡] Professor Dr^o Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

melhor suas vivências e seus sentimentos. Os sujeitos da pesquisa foram dois(02) adolescentes internados na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro e cinco(05) na Enfermaria do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente do Hospital Universitário Pedro Ernesto com faixa etária entre 13 a 19 anos.. Para preservação do anonimato dos adolescentes serão atribuídos nomes fictícios de super-heróis escolhido por eles próprios. Para a realização da coleta de dados, foi realizado um contato prévio com os adolescentes e seu responsável na enfermaria. Neste contato, foram esclarecidas questões sobre: a natureza do estudo, suas etapas, esclarecimento sobre o instrumento de coleta de dados, as contribuições da pesquisa e a liberdade para a sua desistência em qualquer etapa do estudo. Diante disso, foi feito o convite para a participação na pesquisa; caso o adolescente e seu responsável aceitassem participar, era feita a leitura e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido e iniciada a coleta de dados. Como técnica de coleta de dados foi escolhida a entrevista aberta não-estruturada, considerando o objeto de estudo, os objetivos e o método da pesquisa. Esta técnica se mostrou a mais adequada porque nela é possível dar voz ao sujeito, sem impor limites a sua fala, valorizando sua forma de expressão verbal e não verbal, ou seja, considerando a maneira como cada sujeito expressa seus sentimentos seja pelo choro, riso, expressões corporais e entonações que acompanham e contextualizam suas falas. As análises das informações foram desenvolvidas a partir de inúmeras leituras das entrevistas tomando como base o objeto de estudo, os objetivos e as questões norteadoras traçadas para o desenvolvimento do estudo. Com essas leituras foi possível identificar os temas comuns nos discursos os quais foram agrupados em categorias.

Resultados: Com base na leitura das informações foram construídas as seguintes categorias: **A descoberta:** agrupa as falas associadas às reações frente ao impacto do diagnóstico. O diagnóstico de uma doença crônica não-transmissível para um adolescente é um acontecimento muito traumático e doloroso, que gera no cliente medo, incertezas e dúvidas visto que para alguns ainda a doença ainda é desconhecida. O primeiro impacto surge quando recebem o diagnóstico e constatam que realmente tem uma doença que não tem cura. **Hospitalização:** agrupa as falas associadas ao sofrimento decorrente a hospitalização. Os adolescentes compreendem a necessidade da hospitalização mais ao mesmo tempo queriam estar em casa e principalmente com o grupo de amigos realizando atividades relacionadas ao seu cotidiano **Os sentimentos vividos durante a hospitalização e frente à doença:** agrupa as falas associadas aos sentimentos vividos pelos adolescentes. **Família e Futuro:** agrupa as falas relacionadas às expectativas e planos para o retorno ao lar e a família. **Conclusão:** a dificuldade do adolescente em descobrir-se como sendo portador de uma doença crônica e como ele convive com tal condição, pelo fato de muitas vezes passarem muito tempo hospitalizados distante de seu grupo de amigos, familiares e das suas atividades cotidianas. Sentimentos diversos e contraditórios emergem e a partir daí a tristeza, o medo, a insegurança, a perda da liberdade, as limitações impostas pela doença começam a fazer parte da sua vida. Todavia, os adolescentes também vêem uma luz no fim do túnel e através do otimismo acreditam e esperam a cura. É importante conhecer o mundo dos adolescentes atentando para os aspectos subjetivos que acercam o processo de adoecimento e suas vulnerabilidades para uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada. O cuidado de Enfermagem não deve ser baseado somente no conhecimento de patologias, administração de medicamentos e realização de procedimentos técnicos e sim no reconhecimento da realidade do ser adolescente, no respeito a sua individualidade para a transformação de limitações em possibilidades e busca pela qualidade de vida e na conscientização de uma prática humanista dando voz a este sujeito para expressar suas insatisfações e seus desejos. PARECER ÉTICO: CEP/HUPE – 1736 CAAE: 0025.0.228.000-07 e CEP/HUAP – 054/07 CAAE: 0044.0.258.000.

Palavras-chave: adolescentes; hospitalização; história de vida.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

196 - Utilização do cateter central de inserção periférica em uma unidade de terapia intensiva pediátrica

Eunice Vieira Cavalcante Silva*
Patricia Vendramim†

A terapia intravenosa em Pediatria teve grande evolução nos últimos anos, o que antes estava restrito à administração de medicamentos, hoje contribui para intervenções e diagnósticos e, muitas vezes, para o sucesso de um tratamento. Esse fato exigiu aprimoramento técnico pela equipe de Enfermagem, e gerou a necessidade de buscar fundamentos científicos para essa prática.¹⁰ Visando prevenir complicações, os enfermeiros devem atentar para a melhor opção de acesso venoso. Para selecionar o mais apropriado devem-se considerar fatores como, o tempo de terapia, potencial de infecção, complicações inerentes ao procedimento e conforto para o paciente.^{1,3} A indicação de um cateter venoso central deve ser fundamentada nas características específicas de cada tipo de dispositivo intravenoso; entretanto, para se obter o acesso venoso em veias centrais, existe outra forma menos invasiva, que pode ser realizada por intermédio do cateter central de inserção periférica (CCIP).¹³ Vários fatores contribuíram para a adesão ao uso desse tipo de cateter, no que diz respeito aos benefícios para os profissionais envolvidos: tecnologia avançada provida de segurança, materiais melhores tolerados pelo sistema periférico, além de redução de custos na terapia e menos tempo de assistência de Enfermagem.¹² Apesar do CCIP apresentar vantagens sobre outros cateteres, em situações específicas, não são isentos de deflagrar complicações durante a utilização. Os Enfermeiros, por serem profissionais envolvidos na implementação de cuidados, desde a instalação até a retirada destes cateteres, devem ter conhecimentos para os resultados da assistência, a fim de dispor de subsídios que permitam avaliar a prática relativa ao uso destes dispositivos.⁹ Adicionalmente, o CCIP permanece por mais tempo do que o cateter venoso periférico e é mais seguros do que os cateteres venosos centrais, no que se refere à inserção, promovendo dessa forma, uma alternativa consistente para o acesso venoso.⁵ Vários autores relatam complicações pós-inserção, como perfuração do cateter, flebites mecânicas, química e infecciosa, celulite, trombose, edema de membros, migração do cateter, rompimento do cateter e potencial embolia, infecção de corrente sanguínea, remoção acidental, oclusão parcial ou total, perfuração pericárdica e tamponamento cardíaco.^{4,5,7-8} Conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 258/2001 e parecer da ABESE, ofício 018/2001, a implantação de cateter central de inserção periférica é de competência do Enfermeiro, desde que seja qualificado e habilitado.² O meu interesse por esse tema surgiu ao ingressar em uma Instituição onde estava sendo iniciado o uso do CCIP, e ter realizado o curso de qualificação e habilitação em inserção de CCIP, conforme determinação dos órgãos reguladores da Enfermagem. Após anos de prática assistencial, deparei-me com uma alternativa para aliviar o desconforto das inúmeras punções que as crianças internadas em unidades de terapia intensiva pediátrica, estão sujeitas, bem como, contribuir para diminuir o risco de infecção a que estão expostas quando utilizam um cateter venoso central. Após a implantação do cateter e no decorrer de sua utilização percebi que muitos cateteres permaneciam pouco tempo em uso, sendo retirados por complicações, quase sempre relacionadas à sua manutenção. Certamente, os questionamentos da prática diária

* Enfermeira Especialista em Cardiologia e UTI Pediátrica. Avenida Conceição, 933, apto 41, Vila Guilherme - SP CEP: 02072-001. E-mail: nice.caval@bol.com.br. Tel.: 2901-5058.

† Ms. Enfermeira chefe UTI Pediátrica Hospital Samaritano



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

mobilizaram o desenvolvimento deste estudo no sentido de medir os resultados e avaliar a prática, podendo, talvez, apontar alguns processos de melhoria na assistência aos pacientes que utilizam esse dispositivo intravenoso. Surgiu, então, a idéia de acompanhar o uso do cateter, desde a inserção até a retirada, medindo algumas variáveis. Teve como objetivo descrever a utilização do CCIP, referente à inserção, manutenção e retirada, em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, relativo à utilização do CCIP em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, de um Hospital privado, de médio porte, da cidade de São Paulo. Para a realização do presente estudo, primeiramente foi encaminhada solicitação para a Instituição, mediante um projeto e, após consentimento e autorização foi iniciada a pesquisa, sendo garantido o sigilo dos dados e uso exclusivo para a mesma. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, tendo como distribuição de leitos, 50% (5) pediátrico e 50% (5) neonatal, com crianças cuja faixa etária variou entre zero dia de vida até 12 anos de idade, que se encontravam internados e utilizavam o CCIP. Os cateteres foram inseridos por enfermeiras qualificadas e habilitadas que registravam cada cateter em uma ficha de controle. Todos os cateteres, independentemente do motivo de retirada, tinham suas pontas encaminhadas para cultura, juntamente com uma amostra de hemocultura periférica; no entanto, não foi coletada hemocultura central, uma vez que, por obstrução, muitos cateteres não apresentavam possibilidade para tal. A amostra foi composta por 30 crianças que utilizaram o CCIP durante a internação. O instrumento de coleta de dados, utilizado para o registro da pesquisa, foi uma ficha de controle referente à utilização dos cateteres, com informações sobre a inserção, retirada, tempo de permanência e resultados das culturas, do CCIP. A coleta dos dados ocorreu no período de maio de 2005 a dezembro de 2006. Os resultados apontaram que 66,66% das crianças que utilizam o cateter são recém-nascidos, 76% são prematuras, 1,9 F foi o cateter mais utilizado, tal predominância está diretamente relacionada à idade da população prevalente, 46,66% que as veias cefálicas foram as mais utilizadas, seguidas pela safena 23,33%, basilicas 16,66%, dorso da mão 10%, jugular externa 3,33%. Embora a literatura aponte as veias basilicas como primeira opção neste estudo houve predominância das veias cefálicas o que pode estar relacionado ao fato de serem mais visíveis embora com mais válvulas. A finalidade terapêutica foi de 73% para uso de NPT e 100% antibióticoterapia. Em 80% as inserções aconteceram na primeira punção, 40% dos cateteres tiveram uma média de permanência de 5 a 9 dias, a média constatada é semelhante a outros estudos onde se observou média de permanência de 10 a 20 dias.^{6,11} 63% das retiradas foram programadas, e 36,67 não programada. Os resultados apurados revelam que, os cateteres investigados apresentaram vários fatores que motivaram a sua retirada, motivos como obstrução e migração apresentaram percentual concomitante de 9,09%. A flebite foi identificada em 9,09% semelhante à localização periférica. A porcentagem relacionada à lesão de pele foi um caso isolado e parece estar diretamente ligada à dificuldade de progressão do cateter. As hemoculturas positivas cujo percentual foi de 18,18%, foi considerada como indicador para a suspensão do cateter. Concluímos com este estudo que, a utilização do CCIP cresce, consideravelmente e que o Enfermeiro encontra-se tecnicamente preparado e com respaldo legal para a sua utilização. Os dados obtidos apontam para percentuais significativos quanto ao seu uso e, os Enfermeiros encontram-se, tecnicamente, preparados para realizar a inserção, manutenção e retirada do cateter. Sabemos que o Enfermeiro possui respaldo legal para a execução deste procedimento, mas, necessita ainda, de conhecimento científico que interfira na tomada de decisão frente às complicações que possam surgir, e que promova bons resultados, melhorando assim a qualidade do cuidado de Enfermagem.

Palavras-chave: cateter central de inserção periférica, enfermagem, unidade de terapia



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

intensiva pediátrica.

Referências:

- 1- Alexander M. Infusion nursing: standards of practice. *J. Intraven Nurs.* 2000; 23(6S).
- 2- Brasil: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 258, de 12 de julho de 2001. Inserção de Cateter Periférico Central pelos Enfermeiros [citado 2003, junho] Rio de Janeiro (RJ), 2001. Disponível em: URL: http://www.portalcofen.gov.br/legislação/r_258.htm. Acesso em: 30/03/07.
- 3- Crawford M, Soukup SM, Woods SS, Deisch P. Peripherally inserted central catheter program. *Nurs Clin North Am.* 2000; 35(2): 349-61.
4. Kossoff EH, Poirier MP. Peripherally inserted central venous catheter fracture and embolization to the lung. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14(6):403-5.
- 5- Lam S, Scannell R, ROESSLER, D.; SMITH, M.A. Peripherally inserted central catheters in an acute-care hospital. *Arch Intern Med.* 1994; 154(22):1833-7.
- 6- Lourenço SA. *et al.* Assistência de Enfermagem Pré e Pós Inserção Imediata do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em Pacientes Neonatais. *Revista Nursing*, v. 63, n. 06, ago, 2003.
7. Miall LS, Das A, Brownlee KG, Conway SP. Peripherally inserted central catheters in children with cystic fibrosis – Eight cases of difficult removal. *J Infus Nurs* 2001; 24(5):297-300.
8. Ng PK, Ault MJ, Ellrodt AG, Maldonado L. Peripherally inserted central catheters in general medicine. *Mayo Clin Proc* 1997; 72(3):225-33.
- 9- Palefski SS, Stoddard GJ. The infusion nurse and patient complication rates of peripheral-short catheters. A prospective evaluation. *J. Infus Nurs.* 2001; 24(2): 113-23.
- 10- Pedreira MLG. Uso de bombas de infusão na terapia intravenosa em crianças assistidas em unidades de cuidados intensivos pediátricos: contribuições para estudos clínicos e técnicos [Tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo, 1999.
- 11- Pettit, J. Assessment of infants with peripherally inserted central catheters: Part 2. Detecting less frequently occurring complications. *Adv Neonatal Care.* 2003; 3(1):14-26.
- 12- Schuller, DM., *et al.* Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em Paciente com Acompanhamento Ambulatorial: estudo de caso. *Rev Nurs*, v. 80, n. 8, jan, 2005.
- 13- Vendramim. P. Cateter Central de Inserção Periférica para Acesso Venoso em Crianças: utilização segundo Enfermeiros de Hospitais do Município de São Paulo. Tese [Mestrado], 2004. São Paulo: UNIFESP, 2004.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**197 - Assistência de enfermagem em pós operatório imediato de correção de
truncus arteriosus**

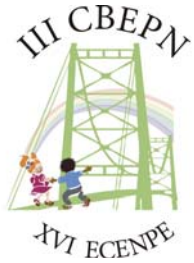
Andrea Martins da Silva*
Janise Dornellas Assunção†
Karla Valéria P. T. Da Silva Arcoverde‡

O presente relato de caso tem por objetivo apresentar as intervenções de enfermagem realizadas durante o pós operatório imediato de uma cirurgia para correção do Truncos Arteriosus realizado no Serviço de Pós Operatório Infantil de um hospital público terciário, especializado em cardiologia, localizado no estado do Rio de Janeiro. A Persistência do Tronco Arterioso (Truncus Arteriosus) se caracteriza pela emergência de um único tronco arterial do ventrículo esquerdo. O tronco pulmonar ou as artérias pulmonares originam-se da face lateral ou posterior da artéria tronco a distâncias variadas acima da válvula truncal. Esta, por sua vez, normalmente é de três folhetos, em forma de semi-lua e superpõe-se a uma comunicação interventricular (CIV) alta. É uma má formação cardíaca incomum que representa 1 a 4% das cardiopatias congênitas e têm prevalência de 0,03/1000 nascidos vivos. A cirurgia para correção do defeito envolve a ressecção das artérias pulmonares do tronco arterial comum; a reconstituição da continuidade Ventrículo Direito – Artérias Pulmonares através de tubos valvados ou de homo enxerto arterial pulmonar; o fechamento da CIV; e a intervenção na valva truncal, ou sua substituição, quando necessário. Deve ser realizada precocemente, preferencialmente no período neonatal, a fim de evitar o desenvolvimento de doença vascular pulmonar irreversível. O pós operatório caracteriza-se pelo longo tempo de entubação traqueal, instabilidade hemodinâmica, desenvolvimento de insuficiência cardíaca e de hipertensão pulmonar, necessitando de assistência de enfermagem especializada, com capacidade de identificação e intervenção precoce nas complicações. Como o tema ainda foi pouco discutido dentro da área de atuação da enfermagem e a patologia é rara, faz-se necessário a realização de estudos que auxiliem na solidificação do conhecimento e na formação de evidências para uma adequada prática profissional. A metodologia utilizada foi o estudo descritivo tipo relato de caso. **Caso:** Recém nascido do sexo feminino com dois meses e quatorze dias de vida, pesando 3450g. Foi encaminhado para Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal da maternidade onde nasceu com 12 horas de vida devido à crise convulsiva. Ao exame físico evidenciado sopro sistólico. Ecocardiograma mostrou truncus arteriosus tipo 2, com disfunção leve da valva truncal, pulmonares confluentes com hipoplasia de ramo esquerdo e função pulmonar preservada. Foi transferido para hospital especializado para avaliação da possibilidade de realização de procedimento cirúrgico com um mês e quatorze dias de vida, em tratamento de sepse por estafilococos epidermidis (em uso de Vancomicina). Após confirmação do diagnóstico e definição da anatomia através da realização de uma angiotomografia foi indicado correção cirúrgica da patologia. Durante internação apresentou novo quadro de sepse e uma atelectasia que fizeram com que a cirurgia fosse suspensa por duas vezes e proporcionou o desenvolvimento de quadro de hipertensão pulmonar. Realizou a cirurgia após 28 dias de internação na unidade

* Enfermeira especialista em pediatria modalidade residência pela UERJ; rotina da Unidade de Pós Operatório Infantil do INC/RJ

† Enfermeira especialista em cardiologia pela UFRJ; chefe da Unidade de Pós Operatório Infantil do INC/ RJ

‡ Enfermeira especialista em terapia intensiva com ênfase em cardiologia pela UFF; rotina da Unidade de Pós Operatório Infantil do INC/ RJ. Endereço: Estrada Caetano Monteiro 2201 casa 19 Badu, Niterói RJ – (21) 88784463. E-maiol: karcverde@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

especializada. Teve um tempo cirúrgico de 6 horas, com 179 minutos de circulação extra corpórea, 137 minutos de pinçamento da aorta e 2 paradas circulatórias totais, de 7 e 4 minutos respectivamente. Admitido no Pós Operatório Infantil sob efeito anestésico, com tubo traqueal nº 4 fixo na posição 10 na comissura labial, sendo colocado em suporte ventilatório em ventilação mandatória intermitente com FiO₂ de 100% Pressão 20 Peep 5 e F 40. Pulmões com roncosp em ambas as bases. Monitorização cardíaca com ritmo regular ao visor. Esterno afastado, cavidade protegida por fechamento de pele e coberta com curativo oclusivo. Com dreno de mediastino que foi colocado em aspiração contínua e drenos pleurais a direita e a esquerda em selo d água, sem drenagem. Acesso venoso profundo em veia subclávia direita pérvio. Cateter de pressão arterial invasiva em artéria radial esquerda pérvia. Fio de marca passo epicárdico posicionado. Sonda nasogástrica em sifonagem, sem drenagem. Abdome globoso e tenso com cateter de tenckoff instalado. Cateter vesical de demora com presença de urina clara no circuito coletor. Sinais vitais: temperatura axilar inferior a 35°C, pulso 148 bpm, frequência respiratória 40 mrm, pressão arterial 57 x 34 mmHg e pressão arterial média 42 mm Hg, saturação de Oxigênio 66%. Medicções em uso: solução de noradrenalina, solução de adrenalina, solução de milrinona, sedação (midazolam e fentanyl), óxido nítrico. Quimioprofilaxia com vancomicina, meropenem e fluconazol. Resultado de exames: lactato 12,2; glicose 135 mg/dl; PTT 66; INR 2,0; hematócrito 32%; plaquetas 91000. Intercorrências no pós operatório imediato: sangramento por dreno de mediastino superior a 5ml/Kg/h, sendo administrado crioprecipitado e protamina; sangramento em ferida cirúrgica, sendo realizado troca de curativo; instabilidade hemodinâmica, sendo ajustado dose de amins e agitação motora, sendo iniciado cisatracúrio e aumentado dose de sedativos. Evolução: tentativa fechamento do tórax no 3º dia de pós operatório sem sucesso. Apresentou bradicardia, sendo necessária realização de manobras de reanimação cardiopulmonar. Realizou o fechamento do tórax no sexto dia de pós operatório. No décimo dia de pós operatório apresentou febre e leucocitose. Hemocultura com estafilococos epidermidis. Iniciou tazocin e trocou o acesso venoso profundo. Foi extubado no 14º dia de pós operatório e recebeu alta da unidade no 20º dia de pós operatório.

Discussão: A assistência de enfermagem no pós operatório tem que atender o paciente em toda sua complexidade, sendo necessária sua individualização e sistematização. Dessa forma, os principais sistemas têm que ser avaliados continuamente, para que as intervenções necessárias possam ser estabelecidas. Na avaliação do desempenho cardiovascular é necessário: monitorizar atividade cardíaca; verificar temperatura, cor e pulsos das extremidades; monitorizar pressão arterial (sistólica, diastólica e média); monitorizar pressão venosa central; monitorizar infusão de amins e administrá-las conforme prescrição médica. No acompanhamento do desempenho respiratório o enfermeiro deve: verificar adaptação do paciente ao ventilador; verificar saturação de O₂; avaliar ruídos pulmonares e entrada de ar; avaliar expansão torácica; observar sinais de sofrimento respiratório (cianose, queda da Sat O₂, batimento de asa de nariz e aumento da FC); e realizar toailete brônquica sempre que necessário. Quando realiza a avaliação do desempenho renal é necessário verificar débito urinário e características da urina eliminada; avaliar presença e evolução de edema; realizar balanço hídrico; e acompanhar resultado de exames laboratoriais. Para realizar avaliação neurológica é preciso: avaliar resposta aos estímulos; avaliar sinais de agitação psicomotora, presença de coma além do tempo esperado, movimentação dos quatro membros e convulsões; monitorizar administração de sedação e avaliar resposta a sedação administrada. No que diz respeito aos sinais de hemorragia deve ser realizada a mensuração das drenagens, que não deve ser superior a 10ml/kg/h na primeira hora de pós operatório e a 5ml/Kg/h nas demais; e a verificação dos curativos. Especial atenção tem que ser dada pela equipe de enfermagem à prevenção das infecções hospitalares. Cuidados com a técnica e protocolos bem definidos devem ser instituídos para a realização de procedimentos como



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

higiene corporal, realização de curativos: cirúrgico, drenos, acessos venosos e arteriais; preparo e administração de medicações; manipulação do tubo orotraqueal e do circuito de ventilação; e manipulação do acesso venoso profundo. **Conclusão:** A cirurgia para correção da persistência do Truncus Arteriosus não é um procedimento realizado com frequência nos Serviços de Cirurgia Cardíaca Pediátrica, devido à baixa incidência da doença. Apesar disso, é um procedimento de alta complexidade que exige atuação especializada e imediata da equipe de pós operatório. Como membro da equipe do pós operatório que se encontra mais próximo ao paciente o enfermeiro deve estar capacitado para a detecção das anormalidades apresentadas pelo paciente a fim de promover uma atuação precoce de toda a equipe.

Palavras Chaves: enfermagem, persistência tronco arterial.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

198 - Impactos do processo de hospitalização infantil na unidade de cuidados intensivos pediátricos sobre a mãe acompanhante

Verônica Mascarenhas Oliveira*
Manuela Vanderlei Mascarenhas†
Luciano Marques dos Santos‡
Uliana Catapano§

Quando a criança adoece e é hospitalizada, quando ela é afastada da sua rotina, passa a conviver com a autoridade médica, ela passa a conhecer e a conviver com sua vulnerabilidade. A experiência de sentir-se doente rompe a relação da criança com o mundo. A doença, o sofrimento, o ambiente e as pessoas desconhecidas, a incapacidade, a dor, a ansiedade, as atividades diárias fora do seu ritmo normal, o medo da morte, provocam na criança e na sua família um processo de desestruturação, tornando-os mais frágeis. A família questiona-se sobre o futuro, sobre o que poderá acontecer. Durante a experiência da hospitalização, a unidade familiar passa por uma quebra da sua rotina e um afastamento entre os seus membros. Aliado a isso, a falta de uma boa relação entre a equipe de saúde e a família, e o afastamento da mãe do cuidado prestado à criança, distanciam a família de sua autonomia e a torna vulnerável à hospitalização de seu filho. A família entra em crise, pois, além de sentir-se culpada pelo adoecimento da criança e sua conseqüente hospitalização, ela sente-se ameaçada quanto a integridade familiar e ansiosa pelas incertezas do tratamento, tendo que enfrentar o medo vivenciado pela ameaça de morte. Por desejar o sucesso do tratamento, a família submete-se ao poder médico, aceitando o tratamento, na maioria das vezes sem questioná-lo, deixando de lado seus medos, dúvidas e anseios. Ao se colocar em segundo plano, a família passa a acreditar que o seu cuidado é ineficaz e, portanto, dispensável, levando a uma quebra do vínculo familiar. Dessa forma, a família passa a adoecer junto com a criança e se essa situação não for prontamente revertida, a criança perde o seu apoio, a sua fortaleza: o aconchego da sua família. Este estudo objetivou analisar os impactos do processo de hospitalização de criança criticamente enferma na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital geral público de médio porte do interior da Bahia, sobre a mãe acompanhante. Trata de um estudo do tipo descritivo e de natureza qualitativa, que foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador, Bahia, sob o parecer nº 0501-2008. Para coleta dos dados utilizamos a entrevista semi-estruturada com nove participantes, no período de março a abril de 2009, através de um roteiro sistematizado, que continha questões sócio-demográficas e as seguintes questões norteadoras: Conte para mim como a senhora reagiu diante da internação de seu filho na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Como ficou sua vida e de sua família após a internação desta criança nesta unidade? O material empírico foi analisado através da análise conteúdo de Bardin, sendo identificadas as seguintes categorias analíticas:

* Enfermeira Assistencial do Banco de Sangue do Instituto de Hematologia de Feira de Santana, Bahia. Membro do GEMUC.

† Graduada do curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus Feira de Santana, Bahia. Membro do Grupo de Estudo sobre a Mulher e a Criança (GEMUC). Rua Juvêncio Erudilho, nº 231, Barroquinha, Feira de Santana, Bahia. e-mail: celestecarneiro85@yahoo.com.br

‡ Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós – graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).

§ Enfermeira Gerente da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Geral Clériston Andrade, em Feira de Santana, Bahia. Membro do GEMUC.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sentimentos maternos diante da hospitalização, que foi dividida em o medo do desconhecido e sentindo-se culpada pela doença da criança; o impacto na rotina da família; e a acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, que foi dividida em participando do cuidado à criança, recebendo apoio e mudando conceitos. Os resultados obtidos apontam que a hospitalização se configura como um momento de crise para a família e para a criança. Os pais cercados de sentimentos de incerteza quanto ao presente e futuro dos seus filhos culpam-se e questionam-se quanto a qualidade do seu cuidado. Eles acreditam que o sofrimento enfrentado pelo seu filho frente à hospitalização e aos procedimentos dolorosos é fruto do seu cuidado ineficaz. Eles acreditam ainda que o seu contato causará danos a seu filho. Estes sentimentos são intensificados quando a criança é internada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, local que os pais caracterizam como local de morte. O poder de decisão dos pais passa a pertencer a equipe de saúde, que passa a decidir sobre a terapêutica aplicada à criança e a estabelecer rotinas e horários que antes, eram definidos pelos pais, fazendo com que estes percam a sua autonomia sobre a criança. Desta maneira, ao oferecer uma assistência voltada para a família e não só para o corpo enfermo, a equipe de enfermagem pode atuar ajudando a família no enfrentamento desse momento difícil, contribuindo para a qualidade e excelência do cuidado, além de vislumbrar uma assistência clínica à família no seu contexto macro espacial.

Palavras-chave: enfermagem, criança crítica, unidade de terapia intensiva pediátrica, acompanhantes.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**199 - Indicadores adotados pela equipe de enfermagem para frequência da
criança a brinquedoteca de um hospital público do interior da Bahia**

Celeste da Silva Carneiro*

²Emmanuele Laurele Oliveira Ribeiro[†]

³Luciano Marques dos Santos[‡]

⁴Meire Mércia Almeida da Silva[†]

A brincadeira e o brinquedo surgem como instrumentos que favorecem o desenvolvimento e estão sendo utilizados para a satisfação das necessidades, que vão surgindo no convívio diário da criança com a realidade. O brinquedo oportuniza a criança desenvolver-se de forma saudável, experimentando, descobrindo, exercitando e, o que é de mais importante nessa relação, desenvolvendo habilidades e competências características da infância. O ambiente hospitalar está associado à dor física, ao distanciamento da família e o fato de a criança ser submetida a procedimentos desconhecidos e dolorosos, traz muitas situações novas e angustiantes com as quais a criança vai ter que se deparar e enfrentar. Como o brincar representa um dos aspectos mais autênticos do comportamento infantil, sendo que para a criança, especialmente, constitui-se principal meio de expressão dos sentimentos e experiências vividas, ele deverá ser utilizado no contexto hospitalar como estratégia de enfrentamento. Nesse sentido, a brincadeira pode trazer alívio ao medo e à ansiedade causada pela nova rotina e pela doença. A hospitalização, em geral, causa um impacto emocional na criança por encontrar-se num ambiente estranho à sua realidade. Neste contexto, a brinquedoteca proporciona um ambiente adaptado para aliviar ou diminuir a ansiedade do paciente infantil, disponibilizando ainda a oportunidade de reorganizar a sua vida, seus sentimentos, auxiliando-a a reconhecer seus sentimentos, assimilar novas situações, compreender o que se passa no hospital e esclarecer conceitos errôneos. Este estudo teve como objeto de investigação os indicadores que são adotados pela equipe de enfermagem da clínica pediátrica da instituição acima mencionada quanto à frequência da criança hospitalizada ao espaço da brinquedoteca. O interesse por este objeto surgiu durante a nossa prática em Campo, do Componente Curricular Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Tecnologia e Ciências, em Feira de Santana, Bahia, no grupo Sorriso Pediátrico, no espaço da Brinquedoteca da Clínica Pediátrica de um hospital geral de grande porte, deste município, onde os acompanhantes, em sua maioria, encaminhavam as crianças hospitalizadas para este local. Por vezes, as crianças hospitalizadas que recebiam terapia intravenosa ou que estavam portando alguma ostomia ou drenagem torácica eram incentivadas pelos alunos que participavam do grupo, mas sob o olhar de reprovação de alguns membros da equipe de saúde e dos próprios acompanhantes. Isto posto questiona-se: Quais são os critérios adotados pela equipe de enfermagem da Clínica Pediátrica de um hospital de grande porte do interior da Bahia, em relação à frequência da criança internada, à brinquedoteca? Este estudo teve como objetivo geral analisar os critérios adotados pela

* Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus Feira de Santana, Bahia. Membro do Grupo de Estudo sobre a Mulher e a Criança (GEMUC). Rua Juvêncio Erudilho, nº 231, Barroquinha, Feira de Santana, Bahia. e-mail: celestecarneiro85@yahoo.com.br. Tel.: (75) 9127-6953.

[†] Graduandas do curso de Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus Feira de Santana, Bahia. Membros do GEMUC.

[‡] Enfermeiro. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, e da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana, Bahia. Mestrando do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Enfermagem Neonatalógica. Líder do GEMUC.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

equipe de enfermagem da Clínica Pediátrica do Hospital Geral Clériston Andrade, em Feira de Santana, Bahia, em relação à frequência da criança ao espaço da brinquedoteca. Trata de um estudo do tipo descritivo, exploratório e de natureza quantitativa. Foram traçados os seguintes objetivos específicos: analisar a opinião da equipe de enfermagem em relação à importância da brinquedoteca e do brinquedo para a criança hospitalizada; identificar os principais critérios adotados pela equipe de enfermagem quanto à frequência da criança ao espaço da brinquedoteca. Este estudo foi de relevância profissional, social e teórica. No tocante ao aspecto profissional, os resultados poderão contribuir com a reformulação do processo de trabalho da equipe de enfermagem do campo empírico estudado, pois evidenciou os critérios adotados por esta, referente à frequência das crianças que vivenciam o processo de hospitalização. Poderá, também, auxiliar na análise de como a criança hospitalizada vem sendo atendida em relação às suas demandas de estimulação dos processos de crescimento e desenvolvimento, por meio do uso do brinquedo e da brinquedoteca. Quanto às questões sociais, esta investigação poderá ser utilizada, como meio para mudanças na prática do cuidado à criança neste setor. Servirá de base para o fomento da discussão do impacto gerado pelo processo de hospitalização infantil, no âmbito individual, coletivo e familiar, bem como estimular novas investigações empíricas, tanto de naturezas quantitativas quanto qualitativas, com o intuito de fortalecer o uso do espaço da brinquedoteca como ferramenta para a recuperação da criança doente e alívio dos impactos gerados pelo processo de hospitalização infantil. Tendo em vista a escassez de publicações na área da enfermagem pediátrica, relativa à brinquedoteca, os dados empíricos poderão contribuir com as evidências científicas sobre o uso do brinquedo e da brincadeira como formas alternativas de amenizar o impacto da hospitalização na criança doente, bem como estimular a produção de novos saberes em enfermagem. Foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador, Bahia, sob o parecer nº 0571/2008. Para coleta dos dados foram utilizadas entrevistas, através da aplicação de um questionário, no período de janeiro a fevereiro de 2009. Verificou-se no estudo que, 100% das participantes da pesquisa concordaram que as crianças hospitalizadas devem ter a oportunidade de participar da brinquedoteca hospitalar, 72,4% da equipe utilizam critérios para que a criança frequente o espaço, enquanto 28,6% relataram que não utilizam; identificou-se que, 22,7% e 20,5% dos profissionais incentivam a ida da criança e do acompanhante de forma direta e indireta oferecendo orientações e 9,1% das participantes não realizam nenhuma intervenção com vistas à utilização da brinquedoteca pela criança doente, de forma direta ou indireta. Além disso, constatou-se que, 100% dos acompanhantes frequentam o espaço da brinquedoteca e permitem que as crianças hospitalizadas participem da mesma. 100% das participantes do estudo relataram que a demanda de trabalho é intensa na Unidade Pediátrica e que essa é uma das causas pela qual a equipe não frequenta a brinquedoteca juntamente com a criança hospitalizada. A pesquisa evidenciou que os profissionais possuem o conhecimento quanto aos benefícios que a brinquedoteca oferece como instrumento terapêutico e os põem em prática de forma direta ou indireta, porém alguns desses participantes contêm o conhecimento, mas não utilizam critérios para por esse exercício na rotina diária de trabalho na pediatria. Neste contexto, visualizamos que parâmetros foram estabelecidos pela equipe os quais afirmaram que a demanda de trabalho é grande, e que acabam afetando o trabalho da assistência no setor desencadeando o desgaste dos profissionais, levando-os a não adotarem nenhum critério para que a criança frequente o espaço da brinquedoteca. Enfim, a prática da enfermagem baseada em evidência precisa ser incorporada nesta unidade pediátrica, tendo em vista a crescente tendência da mesma, com vistas à segurança do paciente, à qualidade, à excelência e a humanização da atenção.

Palavras-chave: enfermagem, brinquedoteca, hospitalização, brincar.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

200 - Intervenções da equipe de enfermagem para o alívio da dor no recém-nascido prematuro

Luciano Marques dos Santos*

Isabelle Santos Ribeiro[†]

Neuza Santos de Jesus[‡]

Samantha Souza da Costa Pereira[†]

A dor é um tema bastante complexo, mas pouco estudado quando se trata de recém-nascido prematuro, pois muitos profissionais ainda acreditam que estes não são capazes de senti-la. Dessa forma, quando discutimos a dor no recém-nascido prematuro, devemos levar em consideração o fato de que desde o momento do nascimento ele já é capaz de responder a estímulos dolorosos e por isso devemos oferecê-lo um cuidado de enfermagem mais humanizado. É possível perceber que a sobrevivência do recém-nascido prematuro em unidades neonatais está associada ao estresse e à dor, pois são extremamente invadidos devido ao número excessivo de procedimentos dolorosos aos quais são submetidos diariamente. Dentre esses procedimentos destacam-se as punções venosas, as sondagens orogástricas e vesicais, as glicemias capilares, a realização de curativos, a aspiração de vias aéreas superiores e de tubo orotraqueal, a entubação endotraqueal, entre outros. Este estudo teve como objeto de investigação a identificação do processo doloroso em recém-nascidos prematuros. Teve como objetivo analisar a prática da identificação da dor no recém-nascido prematuro internado nas unidades neonatais de um hospital público do interior da Bahia e conhecer os cuidados da equipe de enfermagem utilizados no manejo da dor em recém-nascido pré-termo. A realização desse estudo foi de relevância profissional e teórica. Poderá oferecer à equipe de enfermagem da instituição em estudo subsídios para a avaliação da maneira como vem sendo identificada e tratada a dor nos recém-nascidos prematuros, possibilitando algumas modificações em sua prática diária, por meio da adoção de evidências científicas, para que de alguma forma estes recém-nascidos possam ser atendidos de forma mais humanizada, ética e segura. Trata de um estudo do tipo descritivo e de natureza qualitativa, realizado na cidade de Feira de Santana, Bahia. O local propriamente dito da realização do estudo foi o Hospital Inácia Pinto dos Santos, uma instituição pública, considerado Hospital de médio porte da esfera Municipal, que atende mulheres procedentes de todo o município e regiões circunvizinhas. As unidades neonatais foram escolhidas para este estudo por serem unidades de internação de recém-nascidos prematuros. Esta unidade hospitalar possui 16 leitos neonatais, assim distribuídos: 08 para cuidados intensivos e 08 semi-intensivos, e conta com uma equipe multiprofissional no seu quadro de funcionários. Trata de um estudo do tipo descritivo, exploratório e qualitativo. Este estudo foi realizado em conformidade com as instruções contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e submetido à apreciação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador, Bahia, sendo devidamente aprovado sob o parecer nº 0574-2008. Todas as participantes do estudo foram informadas sobre a metodologia, objetivos da pesquisa, benefícios e riscos da mesma, mediante leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido o qual garantiu o sigilo, o

* Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).

[†] Graduandas do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia. Membros do GEMUC.

[‡] Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia. Membro do GEMUC. Rua Dr. Macário Cerqueira, residencial Princesa do Sertão Ala Norte, Bloco 05 Apartamento 102, Muchila II. CEP: 44080-640. Tel: (75) 91515469. e-mail: lucmarxenfo@yahoo.com.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

anonimato e a liberdade em caso de desistência da pesquisa em qualquer momento. As participantes deste estudo foram identificadas por códigos, com o intuito de resguardar o anonimato das mesmas. Para a coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada. A entrevista partiu das seguintes questões norteadoras: como você percebe que um recém-nascido prematuro está sentindo dor durante a realização de um procedimento invasivo? e quais as intervenções que você utiliza para amenizar a dor no RNPT internado nessa unidade neonatal durante estes procedimentos? Participaram desse estudo sete enfermeiras das unidades neonatais do hospital em estudo. Utilizamos como critério para o término da coleta dos dados, a saturação as falas das entrevistadas. O material empírico foi analisado através da análise conteúdo de Bardin. As falas foram gravadas mediante autorização previa das participantes do estudo e, posteriormente, foram transcritas na sua íntegra. No primeiro contato com o material empírico, foi realizado uma leitura superficial, com vistas a aproximação com o conteúdo latente de cada fala das colaboradoras, seguida de leituras exaustivas do material, com o intuito de identificação das unidades de análise, das unidades de significação e construção das categorias analíticas. Sendo assim, identificamos duas categorias analíticas, a saber: reconhecendo a dor através do choro e da expressão facial do recém-nascido e as intervenções da equipe de enfermagem no manejo da dor no prematuro. A segunda categoria foi subdividida em: o conforto no cuidado ao recém-nascido prematuro e utilizando a sucção não-nutritiva antes dos procedimentos dolorosos. Sendo assim, poderia se considerar que um bebê é capaz de expressar uma situação de dor ou desconforto através dele. Desta maneira, ao se realizar uma avaliação clínica de parâmetros sugestivos do processo doloroso no recém-nascido prematuro, faz-se importante a verificação do ambiente ao redor do bebê, bem como a avaliação mais acurada da intensidade e do estado de saúde do mesmo. As unidades neonatais são espaços de cuidado onde a intensidade da iluminação pode representar um dos fatores de estresse para o recém-nascido, tendo em vista a falta de sensibilidade dos profissionais de enfermagem no que se refere à estimulação da manutenção do ciclo circadiano do neonato prematuro. Assim, as ações de enfermagem devem ser dirigidas no sentido de reduzir a luminosidade ambiental, promovendo estratégias tais como, cobrir a incubadora com mantas, evitando desta forma, o excesso de estímulos, além de proporcionar o ciclo natural de sono e vigília. Os resultados obtidos apontam que a equipe de enfermagem utiliza o choro e a expressão facial como parâmetros clínicos indicativos de dor no pré-termo. Estes profissionais utilizam, de forma não sistematizada, medidas não-farmacológicas com o intuito de amenizar a dor identificada por eles. Nesse trabalho e como vimos nos resultados de outras pesquisas clínicas, as escalas funcionam como um ponto chave tanto para a identificação do processo doloroso, bem como para a adequação do tratamento. Porém, com relação aos métodos utilizados observamos que elas conhecem os métodos alternativos, e sua importância e sabem identificar qual o melhor método deveria ser utilizado para melhorar a qualidade de vida do recém-nascido, minimizando assim as sensações dolorosas. Entretanto, em virtude do fato de as escalas não fazerem parte do contexto de sua prática clínica, estas intervenções podem estar se configurando em iatrogenias, potencialmente capazes de provocar danos ao recém-nascido, infringindo os princípios da segurança do paciente. Sugerimos a elaboração e implementação de protocolos assistenciais, nesta unidade, bem como a inclusão da avaliação do processo doloroso como sinal vital de suma importância, a ser avaliado no conjunto da aferição dos outros dados vitais, por meio de instrumentos do cuidado, tais como as escalas neonatais, com vistas à padronização da identificação e como guia clínico para o tratamento efetivo e imediato do mesmo.

Palavras - chave: enfermagem, recém-nascido prematuro, dor.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

201 - Lesões de pele em prematuros internados na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital público do interior da Bahia

Andreia Luiza Leite de Oliveira*
Luciano Marques dos Santos[†]
Cintia Lorena Souza Silva*
Vanessa Souza Oliveira*

A prematuridade vem se configurando no cenário da prática dos profissionais de saúde como um dos grandes problemas de ordem pública, gerando grande impacto de caráter econômico e biopsicossocial. É considerada um dos principais motivos que levam ao internamento de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, principalmente a extrema e a moderada. Nesta clientela em especial, a pele apresenta-se frágil e suscetível a lesões devido à imaturidade desta e a conseqüente realização de procedimentos que dão suporte a vida que podem potencializar seu aparecimento. O cuidado ao prematuro perpassa por todos os seus sistemas orgânicos, com destaque especial para a sua pele, já que a quebra da integridade desta barreira poderá potencializar a ocorrência de desequilíbrios na sua homeostase e no aparecimento de infecções sistêmicas. Neste sentido, a equipe de enfermagem deverá pautar o seu cuidado com base no planejamento e implementação de intervenções seguras, à luz de evidências científicas que possam vir a fortalecer sua prática nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Neste cenário, destaca-se o impacto gerado pelas lesões de pele, em especial na clientela prematura, pois é alvo da moderna medicina que é baseada no uso racional de tecnologias de cuidado, na maior parte das vezes, agressivas à sensível conjuntura da superfície corporal daqueles. Desta forma, este estudo teve como objeto de investigação as lesões de pele em prematuros internados na unidade de terapia intensiva. O interesse por este objeto surgiu quando atuação em um dos Campos de Prática desenvolvida no Componente Curricular Enfermagem na Saúde da Criança e Adolescente da Faculdade de Tecnologia e Ciências em uma unidade neonatal de Feira de Santana a partir de observações da enfermeira articuladora de prática aos demais membros da equipe de enfermagem, principalmente as referentes às lesões de pele que estavam diretamente correlacionadas às más preparações, proteções da pele e fixações dos dispositivos de suporte ventilatório, sondagem gástrica e vesical e mensuração da saturação periférica de O₂ em uso, instituídas na unidade. A equipe não dava tanta atenção à questão das lesões de pele na clientela em estudo levando-nos à necessidade de investigar tal temática. Isto posto questionou-se: quais são as lesões de pele apresentadas por recém-nascidos prematuros hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público do interior da Bahia? Quais são os dispositivos que mais provocam lesões de pele nos prematuros? Este estudo teve por objetivo geral descrever as lesões de pele apresentadas por recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público do interior da Bahia, no período de janeiro a março de 2009. Como objetivos específicos: caracterizar o perfil epidemiológico do recém-nascido prematuro com lesões de pele, caracterizar as lesões, identificar os dispositivos associados ao aparecimento de lesão e identificar os fatores associados ao

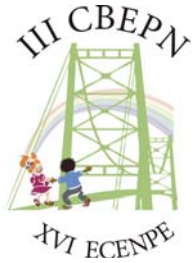
* Graduandas do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia; Membros do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).

[†] Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do GEMUC. Rua Dr Macário Cerqueira, residencial Princesa do Sertão Alá Norte, Bloco 05 Apartamento 102, Muchila II. CEP: 44080-640. Tel: (75) 91515469. e-mail: lucmarxenfo@yahoo.com.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

aparecimento de lesões de em prematuros. Foi do tipo exploratório, descritivo, de corte transversal e quantitativo, onde foi respeitado a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador, Bahia, através do parecer de número 0547 – 2008. Antes da abertura de cada formulário para coleta de dados, relativo ao recém-nascido a ser pesquisado, o responsável por este assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a inclusão dos dados do prematuro na pesquisa. Foi realizado em uma cidade do interior da Bahia, situada no polígono das secas. A cidade caracteriza-se, pela importância geo-econômica, um dos maiores entroncamentos rodoviários do interior do país. O campo empírico foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público de grande porte, inaugurada no ano de 2004 e com cinco leitos. Este hospital possui o título de amigo da criança, oferecido pela UNICEF em 1994 e conta com a instalação do Método Mãe canguru, desde 2000. Os dados foram coletados durante o período de janeiro a março de 2009 através de formulário previamente testado. Foram observados os recém-nascidos pré-termos que estavam inseridos nos critérios de inclusão desta pesquisa e institucionalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Geral Clériston Andrade na cidade de Feira de Santana, Bahia no período em estudo, totalizando um número de quinze recém-nascidos. Os critérios para inseri-los à pesquisa foram: recém nascidos em uso de ventilação mecânica via tubo orotraqueal, sonda orogástrica, acesso venoso periférico, pressão contínua positiva em vias aéreas, idade gestacional menor ou igual a trinta e sete semanas, a partir do primeiro dia instituído na unidade e que estiverem internados nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2009. Os de exclusão foram: RN com idade gestacional maior que trinta e sete semanas, prematuros malformados e os prematuros que não estivessem em uso dos dispositivos supracitados. Os dados empíricos foram analisados pelo programa SPSS versão 15.0 e Microsoft Excel. Participaram da amostra 15 recém-nascidos submetidos a ventilação mecânica via tubo orotraqueal, em uso de sonda orogástrica, acesso venoso periférico e sob suporte ventilatório através de pressão positiva contínua em vias aéreas. As variáveis foram: Idade gestacional, peso, dispositivos em uso, tipo de lesão, dias de uso e dia do aparecimento da lesão. Os principais resultados encontrados foram: 05 recém-nascidos (33,3%) sob uso de tubo orotraqueal apresentaram eritema pesando em média no dia da lesão 1.653g e um intervalo de tempo entre a colocação do dispositivo e o aparecimento da lesão de 7,6 dias; 06 recém-nascidos (40%) em uso de sonda orogástrica apresentaram eritema pesando em média no dia da lesão 1.081g e um intervalo de tempo entre a primeira passagem do dispositivo e o aparecimento da lesão de 7,7 dias; 04 recém-nascidos (26,7%) em uso de acesso venosos periférico desenvolveram eritema pesando em média no dia da lesão 962,5g e um intervalo de tempo entre a inserção do dispositivo e o aparecimento da lesão de 6 dias e 05 recém-nascidos (33,3%) sob uso de suporte ventilatório via pressão positiva contínua em vias aéreas apresentaram eritema de septo pesando em média no dia da lesão 1.097g e um intervalo de tempo entre a colocação do dispositivo e o aparecimento da lesão de 4,4 dias. Assim, a pele do recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal torna-se motivo de preocupação e de cuidado, por tratar-se de um ambiente no qual, procedimentos invasivos são realizados e muitas vezes sem a devida atenção, em decorrência do maior número de manuseios e precauções para que a pele desse bebê não sofra solução de continuidade. Estes cuidados, de certo, contribuirão para minimizar os efeitos nocivos provocados pela hospitalização e contribuirão para uma boa qualidade de sobrevivência dos recém-nascidos. Por outro lado, faz-se importante a reavaliação da retirada e proteção das fixações, por esta equipe, tendo em vista a potencial ocorrência de lesões de pele quando da prática sem os devidos cuidados com estes dois aspectos da clínica cotidiana. A partir desses dados, a prática precisa ser revista apesar da ocorrência baixa de lesões de pele nos recém-nascidos prematuros associados aos dispositivos. Faz-se importante a implementação da prática



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

baseada em evidência haja vista a fundamentação da prática clínica para o estabelecimento de segurança do paciente, na qualidade e excelência do cuidado.

Palavras-chave: enfermagem, recém-nascidos prematuros, unidade de terapia intensiva neonatal, lesões de pele.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

202 - O método mãe canguru: aspectos de estudos de enfermeiras brasileiras

Daniela de Medeiros Lopes*
Luciano Marques dos Santos†
Priscila Tavares Carneiro Silva*
Taisa Pereira Cruz Costa Silva‡

O nascimento de um filho é mais um acontecimento de grande importância para o vínculo mãe e bebê, já que este momento vem acompanhado de intensas emoções. São muito comuns os sentimentos de ansiedade e/ou de inadequação e de muitas preocupações. As mudanças são muitas, especialmente quando se refere ao primeiro filho. A internação do recém-nascido prematuro configura-se como um momento de crise e de estresse para os seus pais, bem como um dos indicadores de desordem no núcleo familiar, além do grande impacto no processo da amamentação. Desta forma, faz-se mister, o reconhecimento, por parte da equipe de enfermagem dos fatores que impactam no processo do aleitamento materno do prematuro, bem como, mapeamento da rede social de apoio disponível no contexto ambiental da puérpera que vivencia este processo. A prematuridade é um fator de grande importância para os profissionais de saúde envolvidos no processo de amamentação, já que deve haver uma maior preocupação quanto à nutrição. Isso porque, os prematuros têm maiores possibilidades de desenvolver desnutrição na infância e posteriormente no decorrer de sua vida. Para garantir a permanência da mãe no ambiente hospitalar e a sobrevivência do recém-nascido prematuro é essencial que a família estimule e vivencie o processo de interação do binômio mãe e bebê, afim de evidenciar o vínculo afetivo dos sujeitos envolvidos. O acolhimento é tão importante para o bebê quanto os cuidados prestados pela equipe de saúde, e durante sua permanência no hospital devem ser estendidos para seus pais e ampliados para sua família. O incentivo da equipe de saúde à mãe e ao prematuro possibilita segurança, confiança, esperança e vitalidade a todos envolvidos neste processo, que vão desde o recém-nascido até as mães, pais e familiares mais próximos. A conscientização de que a criança tem grande possibilidade de recuperação contribui bastante na adesão das mães no cuidado com este prematuro. A parceria estabelecida entre familiares e equipe de saúde proporciona o acolhimento e isso contribuirá para a continuidade dos cuidados domiciliares posteriores. Diante desta realidade, é primordial a utilização de tecnologias leves na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com vistas à adequação de uma prática segura e de qualidade ao neonato prematuro, sendo o método mãe-canguru o mais indicado nesse momento e vem com o intuito de priorizar o contato prolongado junto ao corpo de sua mãe em posição vertical, e essa recomendação tem se mostrado cada vez mais eficiente na rápida recuperação e evolução dos recém-nascidos prematuros. Este estudo objetivou analisar os resultados de estudos de enfermeiras brasileiras sobre aspectos do método mãe canguru, publicados em periódicos de circulação nacional no período de 1999 a 2008. Trata de um estudo do tipo descritivo e de natureza bibliográfica, onde os dados foram

* Graduandas do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana-Bahia. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).

† Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).

‡ Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana-Bahia. Membro do GEMUC. Rua Dr Macário Cerqueira, residencial Princesa do Sertão Alá Norte, Bloco 05 Apartamento 102, Muchila II. CEP: 44080-640. Tel: (75) 91515469. e-mail: lucmarenfo@yahoo.com.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

coletados no período de janeiro a julho de 2009, no portal de Revistas de Enfermagem e na base SciELO. Para a seleção do material secundário utilizamos os seguintes critérios: ter sido elaborado por enfermeiras brasileiras, ano de publicação de 1999 a 2008, tratar de estudo qualitativo que abordasse aspectos do Método Mãe Canguru e ter sido aprovado por comitê de Ética na Pesquisa. Foram encontrados 36 artigos, sendo utilizado apenas seis artigos, tendo em vista os critérios adotados. Os artigos foram lidos na íntegra, sendo em identificadas as convergências dos resultados, e categorizados em sentimentos dos pais diante do Método Mãe Canguru, a percepção dos pais sobre o método e vivências dos pais. Os resultados apontam como principais aspectos promotores para o vínculo entre os pais e o recém-nascido prematuro na vivência do Método mãe Canguru o preparo adequado no pré-natal, o acolhimento no momento do nascimento e a participação ativa no cotidiano neonatal e como complicadores, a ambigüidade de sentimentos, a falta de compreensão sobre a imaturidade do neonato e a complexa demanda para o cuidado do bebê. Destaca-se o papel da enfermeira como sendo a articuladora e a tutora do processo de cuidar da aproximação pais-filhos durante a vigência do Método. A experiência de se tornar pais prematuros desencadeia sentimentos ambivalentes, que a hospitalização do recém-nascido leva a uma separação da mãe do contexto familiar, além do afastamento dos demais membros da família deste recém-nascido, e que, todavia, esses pais parecem buscar na religião o apoio para aceitarem o filho real e continuar acreditando em sua recuperação. Os pais sofrem diante da interrupção prematura do filho, deparando-se com este fenômeno do filho, constatando a necessidade de agir pela sua sobrevivência; e vivendo a decisão e a experiência junto do filho, período que revela a possibilidade, ou não, de permanecer no Método Mãe Canguru. Muito embora as mães compreendam o valor do método para a recuperação de seus filhos, os dilemas e as dificuldades, particulares e de ordem familiar, podem comprometer e até impedir sua participação no programa. Desta forma, o apoio da família e da equipe de saúde é imprescindível para que a mãe consiga atuar no Canguru da melhor maneira possível. Assim os resultados empíricos dos estudos analisados apontam para o fato de que a participação da família neste método configura-se como uma forma de proporcionar o bom processo crescimento e desenvolvimento do neonato prematuro. Assim faz-se importante a avaliação da forma como vem sendo implementada esta prática no cenário da atenção ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso, para a implementação da prática fundamentada pela humanização e pela excelência do cuidado, sendo pautada em evidência científicas. As evidências científicas indicam que o Método Mãe Canguru traz benefícios à saúde do prematuro, reduz custo e tempo de internação hospitalar, humaniza a assistência, melhora o vínculo mãe-filho, ao dar à mãe função essencial no cuidado do recém-nascido, e aumenta a adesão ao aleitamento materno exclusivo. Ainda falta um maior número de estudos comparativos controlados entre o uso deste método e os cuidados convencionais ao neonato prematuro. É importante ressaltar que tanto no Brasil, como nos países desenvolvidos, o Método Mãe-Canguru tem sido proposto como opção para uma parcela dos prematuros e não para substituir a tecnologia hoje utilizada nas unidades neonatais. Assim faz-se importante a avaliação da forma como vem sendo implementada esta prática no cenário da atenção ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso, para a implementação da prática fundamentada pela humanização e pela excelência do cuidado.

Palavras-chave: enfermagem, recém-nascido prematuro, método mãe canguru.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

203 - O processo de amamentação de recém-nascidos prematuros em cuidados intensivos: um enfoque materno

Carine Barreto da Costa*
Daniela de Medeiros Lopes*
Luciano Marques dos Santos†
Taisa Pereira Cruz Costa Silva‡

O nascimento de um filho é mais um acontecimento de grande importância para o vínculo mãe e bebê, já que este momento vem acompanhado de intensas emoções. São muito comuns os sentimentos de ansiedade e/ou de inadequação e de muitas preocupações. As mudanças são muitas, especialmente quando se refere ao primeiro filho. A possibilidade da morte da criança causa um impacto enorme nas relações familiares. No entanto, a espera vivida pela família durante este processo não é passiva. A família não fica simplesmente aguardando o depois; mas, busca caminhos, experimentam situações, elabora estratégias, faz arranjos, enquanto aguarda vivendo a possibilidade de ter seu filho feliz e sadio. O primeiro encontro entre a mãe e a criança é um momento único, que deve ser estimulado, respeitando-se sempre as diferenças individuais. Cabe à equipe facilitar a aproximação, compreendendo que nem todas as mães estão prontas para responder com atitudes padronizadas. O advento tecnológico na área de terapia intensiva neonatal é um fator de grande influência para a sobrevivência do bebê prematuro e tem contribuído para uma prática assistencial mais humanizada, ao mesmo tempo em que, as mães têm oportunidade de acompanhar de perto todo processo de internação e prestação de cuidado pela equipe multiprofissional. Para garantir a permanência da mãe no ambiente hospitalar e a sobrevivência do recém-nascido prematuro é essencial que a família estimule e vivencie o processo de interação do binômio mãe e bebê, afim de evidenciar o vínculo afetivo dos sujeitos envolvidos. O acolhimento é tão importante para o bebê quanto os cuidados prestados pela equipe de saúde, e durante sua permanência no hospital devem ser estendidos para seus pais e ampliados para sua família. É primordial que toda a família entenda o processo de internação como uma ferramenta para recuperação e promoção da saúde deste bebê, sendo esta imprescindível durante um período de tempo, muitas vezes, indeterminado. Este esclarecimento serve para tornar toda a família um aliado incomum no tratamento deste prematuro. A internação do recém-nascido prematuro configura-se como um momento de crise e de estresse para os seus pais, bem como um dos indicadores de desordem no núcleo familiar, além do grande impacto no processo da amamentação. Desta forma, faz-se mister, o reconhecimento, por parte da equipe de enfermagem dos fatores que impactam no processo do aleitamento materno do prematuro, bem como, mapeamento da rede social de apoio disponível no contexto ambiental da puérpera que vivencia este processo. Entretanto, mesmo com a evolução da terapia nutricional, a prática do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros continua sendo um dos pilares da atenção prestada nas unidades neonatais, com vista aos aspectos da humanização. A prematuridade é um fator de grande importância para os profissionais de saúde envolvidos no processo de amamentação, já que deve haver uma maior

* Graduandas do curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus de Feira de Santana, Bahia. Membros do Grupo de Estudos sobre a Mulher e a Criança (GEMUC).

† Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Mestrando do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Enfermagem Neonatológica. Líder do GEMUC.

‡ Graduada do curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus de Feira de Santana, Bahia. Rua A nº 266 Morada do Sol Feira de Santana, Bahia, taisapccs@hotmail.com, (75) 3614 8242, (75) 9191 7637. Membro do GEMUC.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

preocupação quanto à nutrição. Isso porque, os prematuros têm maiores possibilidades de desenvolver desnutrição na infância e posteriormente no decorrer de sua vida. Sendo assim, este estudo tem como objeto de investigação as dificuldades enfrentadas pelas mães de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Geral Clériston Andrade em Feira de Santana, Bahia. O interesse por este objeto surgiu durante a prática em campo do Componente curricular Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia, no Berçário de Alto Risco de um hospital público de médio porte, onde percebemos que as puérperas internadas e que estavam acompanhando a recuperação clínica do seu filho prematuro, participavam do processo de aleitamento materno por meio da ordenha manual ou do aleitamento propriamente dito. Entretanto, não eram levadas em consideração, por parte da equipe de saúde, da unidade acima referida, as necessidades enfrentadas por essas mulheres, ficando em segundo plano a discussão das questões de gênero. Desta maneira, sentimos a necessidade de conhecer esta realidade em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde as mães não participavam diretamente do complexo processo de amamentação do recém-nascido prematuro. Assim, lançamos a seguinte questão de pesquisa: As mães dos recém-nascidos prematuros enfrentam algum problema em relação ao processo amamentação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? O presente estudo teve como objetivo geral conhecer as dificuldades enfrentadas pelas mães de recém nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Geral Clériston Andrade em Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, na forma de estudo de caso. A investigação foi desenvolvida com 03 mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados na unidade acima mencionada, que se propuseram a responder a entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O mesmo seguiu as diretrizes e normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador, Bahia sob o parecer nº 0546 -2008. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2009 através de entrevistas semi-estruturadas, sendo utilizado um roteiro com duas questões norteadoras, a saber: Como está sendo para a senhora alimentar seu filho prematuro nesta Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a senhora está apresentando alguma dificuldade para amamentar seu filho aqui na Unidade de Terapia Intensiva? Quais são estas Participando indiretamente da nutrição. Diante dos resultados obtidos, foi possível atingir o objetivo proposto dificuldades? Conte-me estas dificuldades. As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, durante a visita materna ao filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Foi utilizada a sala de coordenação geral deste setor como espaço para a realização das entrevistas, a fim de garantir a privacidade materna, levando a exposição de seus sentimentos e vivências aos membros da equipe de saúde presentes no setor. Os dados empíricos foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin. Em relação a esta etapa foi realizada a transcrição na íntegra das falas das entrevistadas a fim de constituir o corpo do estudo. Em seguida procedemos com a leitura superficial do material empírico para a aproximação inicial com o conteúdo das mesmas. Posteriormente, foram realizadas leituras exaustivas do material coletado, com o objetivo de construção das categorias analítica, partindo da identificação das unidades de análise e de significação. Desta forma, identificamos duas categorias, assim denominadas: Preocupações Maternas e Participando indiretamente da nutrição. Constatamos que a hospitalização do prematuro gera uma notável mudança na vida social da mãe, sendo necessária a capacitação dos profissionais do hospital para oferecer apoio emocional, contemplando assim as necessidades e vivências maternas.

Palavras-chave: aleitamento materno, enfermagem, recém-nascido prematuro, dificuldades maternas.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**204 - Percepção de puérperas sobre o contato pele a pele com o recém-nascido
no pós-parto imediato**

Áurea Ângela Salles Amorim*
Daniela de Medeiros Lopes*
Luciano Marques dos Santos†
Morgana Pereira Carvalho‡

Nos últimos anos vêm sendo discutidas as condutas e posturas da equipe de saúde, no cenário da prática clínica das unidades de centro obstétrico, no que diz respeito à mulher em processo parturitivo. A mecanização e a medicalização da assistência ao nascimento em nossa sociedade é bastante observada, faltando uma visão integral da mulher e do recém-nascido, devido à rotina e necessidade de agilidade na assistência, permitindo que a mãe veja seu bebê por alguns segundos no centro obstétrico. Estas discussões estão baseadas em evidências científicas, que passam a apresentar dados concretos em relação a tais condutas e posturas, comprovando, ou não os reais benefícios das mesmas. Neste sentido, profissionais da área de saúde, juntamente com entidades sociais organizadas, uniram-se no sentido de lutar por melhores condições no atendimento oferecido à parturiente, no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Vários segmentos da sociedade têm debatido a problemática da medicalização do nascimento, estimulando a utilização de medidas para humanização da assistência à mulher em processo parturitivo, que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de enxugar, aquecer, avaliar e entregar à mãe para um contato íntimo e precoce. Assim, o Ministério da Saúde passa a incentivar a política da humanização nas práticas da saúde, em especial a do parto humanizado. À luz da humanização do cuidado à mulher em processo parturitivo, destaca-se o incentivo ao aleitamento e ao contato precoces, na primeira meia hora de vida, como iniciativa das políticas públicas de saúde, como forma de reduzir os danos advindos da separação mãe e filho, a saber, as elevadas taxas de morbimortalidade de neonatal vigentes, os distúrbios psicoafetivos materno, o desmame precoce e as disfunções respiratórias e intestinais predominantes na infância. Como estratégia para a efetivação das condutas acima citadas, destacou-se o incentivo e implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Particularmente, considerando o quarto passo, a saber, ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento, este recomenda o contato pele a pele precoce e prolongado no período pós-parto imediato, que deve durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar. O contato pele a pele precoce significa colocar o bebê nu em posição prona sobre o peito da mãe imediatamente após o parto. Este contato cria um ambiente ótimo para a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, e é considerado como um potencial mecanismo para a promoção do aleitamento materno precoce. Este estudo teve como objeto de investigação a percepção de puérperas primigestas sobre a prática do contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto vaginal imediato em uma maternidade pública de Feira de Santana,

* Graduandas do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia. Membros do Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).

† Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do GEMUC.

‡ Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia. Membro do Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC). Rua Dr Macário Cerqueira, residencial Princesa do Sertão Alá Norte, Bloco 05 Apartamento 102, Muchila II. CEP: 44080-640. Tel: (75) 91515469, e-mail: lucmarxenfo@yahoo.com.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Bahia. O interesse por este objeto surgiu durante a graduação em enfermagem, na Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus de Feira de Santana, Bahia, cursando o Componente Curricular de Enfermagem na Saúde da Mulher, mais especificamente durante a prática em campo no centro obstétrico do Hospital Inácia Pinto dos Santos. Participamos de alguns momentos de incentivo ao contato precoce e estímulo à amamentação no pós-parto imediato. Destarte, percebemos que tais condutas, por mais que considerássemos a parturiente como autônoma e responsável pelas suas decisões, relativas ao momento do parto, não lhes era permitido espaços para a profunda reflexão das questões envolvidas e capazes de interferir na efetivação do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Por outro lado, o incentivo do contato pele a pele e do aleitamento imediatos ocorria de forma rotineira, não sendo permitido à puérpera o direito de questionar a realização desta prática. Pude notar, também, que neste incentivo, a equipe de enfermagem valorizava mais os benefícios destas condutas para o recém-nascido. Isto nos levou a estudar o incentivo ao contato precoce entre mãe e filho no pós-parto imediato neste serviço. Isto posto, questionamos: como as puérperas primigestas percebem a prática do contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto vaginal imediato em uma maternidade pública de Feira de Santana, Bahia? Como este momento é vivenciado por estas mulheres? Este estudo foi de relevância social, teórica e profissional, já que contribuirá para a reflexão dos atores sociais envolvidos, na cena do parto, no que diz respeito à valorização das escolhas da mulher em processo parturitivo frente às possibilidades ou não da permissão do contato precoce no puerpério imediato. Servirá como base para a re-formulação das políticas públicas referentes ao incentivo destas práticas, pois serão levadas em consideração as questões de gênero e as relações de poder e de dominação aí imbricadas. Poderá fomentar as discussões sobre a temática e sua importância não só na vida acadêmica, mas também para a melhoria da qualidade do cuidado à puérpera e seu recém-nascido no pós-parto imediato. Para a equipe de saúde, em especial a de enfermagem, possibilitará uma mudança nas posturas e atitudes que são adotadas no pós-parto imediato, frente à forma mecânica na condução deste momento, repensando, desta forma a sua prática diária. Isso repercutirá na valorização do contexto histórico, social e cultural trazido para a cena do parto pela mulher. Este estudo teve como objetivo geral conhecer a percepção de puérperas primigestas sobre a prática do contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto vaginal imediato em uma maternidade pública de Feira de Santana, Bahia. Foi do tipo descritivo, exploratório e qualitativo, sendo realizado em uma maternidade pública do interior da Bahia, no período de março a abril de 2009 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador-Bahia, sob o parecer nº 0537-2008. Participaram deste estudo seis puérperas de parto simples natural em vértice, por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas com a utilização de um instrumento que continha dados de identificação, condições sócio-demográficas das entrevistadas e as seguintes questões norteadoras: Como a senhora reagiu quando a equipe de enfermagem do centro obstétrico colocou o seu bebê no seu peito após o nascimento? Como a senhora percebeu o primeiro contato pele a pele com seu filho logo após o seu parto lá no centro obstétrico? Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a abordagem do material empírico coletado, utilizamos a análise de conteúdo, sendo pautada pelo referencial metodológico de Bardin, sendo identificadas as seguintes categorias: O primeiro contato com o filho, Vivenciando sentimentos no contato com o recém-nascido e A rotina da separação brusca. A primeira categoria foi subdividida em Vivências do contato imediato e Preocupação imediata com o estado do recém-nascido. A segunda categoria foi subdividida em Sentimentos no contato imediato e O contato com o filho. Os resultados apontaram para o fato de que as parturientes vivenciam situações de expressão de sentimentos negativos relacionados ao recém-nascido, nos primeiros instantes do pós-parto, podendo representar um momento de escape dos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

desgastes decorrentes do trabalho de parto e do parto. Por outro lado, evidenciamos que estas mulheres neste momento, sentem-se preocupadas com as condições clínicas e não clínicas do seu filho, demandando, desta forma, questionamentos para com a equipe de atendimento obstétrico. Por outro lado, a rotina de promoção do contato pele a pele e do aleitamento na primeira meia hora de vida, deverá levar em consideração a opinião das mulheres envolvidas nesta prática, já que a simples execução e o seguimento desta, não seguir de forma alguma os princípios da humanização e da qualidade e excelência do cuidado.

Palavras-chave: enfermagem, contato pele a pele, centro obstétrico, humanização da atenção.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

205 - Resultados da aplicação do método mãe canguru no cuidado ao neonato prematuro no Brasil: uma revisão de literatura

Thyale Bacelar*
Andressa Arapiraca Ferreira†
Luciano Marques dos Santos‡
Tamilis de Jesus Almeida*

O nascimento de um filho é mais um acontecimento de grande importância para o vínculo mãe e bebê, já que este momento vem acompanhado de intensas emoções. São muito comuns os sentimentos de ansiedade e/ou de inadequação e de muitas preocupações. As mudanças são muitas, especialmente quando se refere ao primeiro filho. A internação do recém-nascido prematuro configura-se como um momento de crise e de estresse para os seus pais, bem como um dos indicadores de desordem no núcleo familiar, além do grande impacto no processo da amamentação. Desta forma, faz-se mister, o reconhecimento, por parte da equipe de saúde dos fatores que impactam no processo do aleitamento materno do prematuro, bem como, mapeamento da sede social de apoio disponível no contexto ambiental da puérpera que vivencia este processo. A prematuridade é um fator de grande importância para os profissionais de saúde envolvidos no processo de amamentação, já que deve haver uma maior preocupação quanto à nutrição. Isso porque, os prematuros têm maiores possibilidades de desenvolver desnutrição na infância e posteriormente no decorrer de sua vida. Para garantir a permanência da mãe no ambiente hospitalar e a sobrevivência do recém-nascido prematuro é essencial que a família estimule e vivencie o processo de interação do binômio mãe e bebê, afim de evidenciar o vínculo afetivo dos sujeitos envolvidos. O incentivo da equipe de saúde à mãe e ao prematuro possibilita segurança, confiança, esperança e vitalidade a todos envolvidos neste processo, que vão desde o recém-nascido até as mães, pais e familiares mais próximos. A conscientização de que a criança tem grande possibilidade de recuperação contribui bastante na adesão das mães no cuidado com este prematuro. A parceria estabelecida entre familiares e equipe de saúde proporciona o acolhimento e isso contribuirá para a continuidade dos cuidados domiciliares posteriores. Diante desta realidade, é primordial a utilização de tecnologias leves na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com vistas à adequação de uma prática segura e de qualidade ao neonato prematuro, sendo o método mãe-canguru o mais indicado nesse momento e vem com o intuito de priorizar o contato prolongado junto ao corpo de sua mãe em posição vertical, e essa recomendação tem se mostrado cada vez mais eficiente na rápida recuperação e evolução dos recém-nascidos prematuros. Este estudo objetivou analisar os resultados de estudos quantitativos brasileiros sobre aspectos do método mãe canguru, publicados em periódicos de circulação nacional no período de 1999 a 2008. Trata de um estudo do tipo descritivo e de natureza bibliográfica, onde os dados foram coletados no período de janeiro a julho de 2009, no portal de Revistas de Enfermagem e na base SciELO. Utilizou-se para a seleção do material secundário os seguintes critérios: ano de publicação de 1999 a 2008, tratar de estudo quantitativo que

* Graduandas do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana-Bahia. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).

† Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana-Bahia. Membro do GEMUC. Rua Dr Macário Cerqueira, residencial Princesa do Sertão Ala Norte, Bloco 05 Apartamento 102, Muchila II. CEP: 44080-640. Tel: (75) 91515469, e-mail: lucmarenfo@yahoo.com.br.

‡ Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

abordasse aspectos do Método Mãe Canguru e ter sido aprovado por comitê de Ética na Pesquisa. Foram encontrados quatorze artigos que foram lidos na íntegra. Os resultados dos estudos foram agrupados em categorias, sendo analisados em conjunto e com base nos achados quantitativos. Os resultados demonstraram que os bebês em decúbito lateral assumiram uma postura de maior flexão, associada a um maior enrolamento do tronco. A posição em decúbito lateral trouxe maiores benefícios com relação ao desenvolvimento neuromotor precoce dos bebês que participaram da posição canguru. Os recém-nascidos submetidos à posição canguru mostraram diminuição no tempo de internação hospitalar, com diferença estatística significativa, resultando em alta hospitalar mais precoce. O Método mãe canguru promove a melhora da temperatura corporal, o aumento da saturação periférica de oxigênio, melhorando a oxigenação tecidual, e a redução na frequência respiratória, trazendo maior conforto respiratório aos prematuros, sugerindo que este método contribui para alterações benéficas nos sinais vitais. Em relação aos impactos no processo do aleitamento materno, este método revelou baixos índices de desmame precoce quando comparados aos percentuais observados em pesquisas realizadas no âmbito nacional. A maior causa de desmame precoce está relacionada aos fatores sócio-culturais. No que se refere aos resultados maternos, melhoraram o humor, sentiram-se mais calmas, fortes, com idéias claras, ágeis, dinâmicas, satisfeitas, tranqüilas, perspicazes, relaxadas, atentas, competentes, alegres e amistosas. O Método Mãe-Canguru mostrou-se eficaz na melhora nos estados de humor de mães de bebês pré-termo, contribuindo assim para a minimização dos efeitos negativos da internação neonatal. Desta forma, o programa de atenção humanizada Método Mãe Canguru mostrou-se eficaz no que diz respeito ao incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Em relação à postura materna durante a execução da posição canguru os resultados sugerem que a postura adotada no Método Mãe-Canguru exige muito da musculatura de tronco superior, região na qual o bebê é posicionado, e da musculatura que sustenta o peso das mamas, constituindo-se, assim em fator desencadeante ou agravante de dor na coluna vertebral. As evidências sugerem que a estratégia de humanização adotada pelo Ministério da Saúde é uma alternativa segura ao tratamento convencional e uma boa estratégia para a promoção do aleitamento materno. Porém, a realização de novos estudos de acompanhamento a longo prazo é importante. Faz-se necessária a necessidade de acompanhar o recém-nascido em pequeno, médio e longo prazo e ampliar as discussões sobre o acompanhamento do crescimento como uma estratégia de atenção básica, visando uma assistência de qualidade. Assim faz-se importante a avaliação da forma como vem sendo implementada esta prática no cenário da atenção ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso, para a implementação da prática fundamentada pela humanização e pela excelência do cuidado, sendo pautada em evidência científicas. As evidências científicas indicam que o Método Mãe Canguru traz benefícios à saúde do prematuro, reduz custo e tempo de internação hospitalar, humaniza a assistência, melhora o vínculo mãe-filho, ao dar à mãe função essencial no cuidado do recém-nascido, e aumenta a adesão ao aleitamento materno exclusivo. Ainda falta um maior número de estudos comparativos controlados entre o uso deste método e os cuidados convencionais ao neonato prematuro. É importante ressaltar que tanto no Brasil, como nos países desenvolvidos, o Método Mãe-Canguru tem sido proposto como opção para uma parcela dos prematuros e não para substituir a tecnologia hoje utilizada nas unidades neonatais.

Palavras-chave: enfermagem, recém-nascido prematuro, método mãe canguru.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**206 - Morbimortalidade hospitalar de recém nascidos por sífilis
congênita: indicador da qualidade da assistência perinatal**

Stelânia Sales da Silva*
Yarla Cristine S. Jales Rodrigues†
Rejane Maria Carvalho de Oliveira‡
Conceição de M. de Albuquerque§

Introdução: As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) estão entre os problemas de saúde pública mais graves e comuns em todo o mundo, devido a gravidade de algumas delas, contagiosidade e elevada prevalência, como também o forte estigma social que carregam, dificultando muitas vezes o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Tendo em vista o crescente número de casos de sífilis congênita apesar da disponibilidade de uma terapêutica eficaz, resolvemos realizar este estudo a fim de buscar maiores informações e identificar as características comuns entre os recém-nascidos acometidos por sífilis, bem como investigarmos a realização dos exames preconizados para diagnóstico; manifestações clínicas mais frequentes e a realização do tratamento, pois muitos estudos têm demonstrado que a qualidade da assistência pré-natal é precária e que por esse motivo é grande o número de recém nascidos acometidos por sífilis, porém nos parece que existem poucos estudos que investiguem sobre o estado dessas crianças. **Objetivos:** O estudo teve como objetivo analisar as informações sobre a morbimortalidade e o padrão de cuidados oferecidos aos recém nascidos com sífilis congênita em um hospital público de Fortaleza-ce. Instituímos como objetivos específicos: Identificar as principais manifestações clínicas de recém nascidos com sífilis; Investigar as intervenções diagnósticas preventivas e terapêuticas a que são submetidos tais recém nascidos; Obter informações sobre a taxa de mortalidade hospitalar perinatal deste grupo de recém nascidos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, dentro de uma abordagem quantitativa, pois, segundo Lakatos & Marconi (2001) consistem em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave. A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Distrital, de referência secundária, localizado no bairro de Messejana no município de Fortaleza, Estado do Ceará. Pertencente a Secretaria Executiva Regional VI (SER VI). Estudamos através de variáveis o perfil de morbimortalidade e os aspectos relativos à assistência perinatal dos recém-nascidos no referido hospital, que tiveram diagnóstico de sífilis congênita, no período de Janeiro de 2006 à Julho de 2008. Os dados foram coletados em dois momentos primeiramente através das fichas de notificação de sífilis congênita e no segundo momento através da busca junto ao SAME (Serviços de Arquivo Médico e Estatística) dos prontuários dos RN com diagnóstico de sífilis que estiveram internados no hospital em estudo no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007 e dos prontuários das respectivas mães. Através de um formulário especialmente desenhado para esta finalidade. Os dados serão analisados estatisticamente, agrupados em tabelas e gráficos de frequência absoluta e relativa, sendo posteriormente discutidos à luz da literatura pertinente.

* Acadêmica do 9º semestre do curso de enfermagem na Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

† Acadêmica do 9º semestre do curso de enfermagem na Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

‡ Professora Adjunta da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, Mestre em Saúde da Criança e do adolescente, enfermeira assistente da unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital infantil Albert Sabin –Fortaleza-Ce

§ Mestre em enfermagem, enfermeiras assistente da Unidade Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Gonzaga Mota de Messejana(HGMM) e docente da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Resultados: A amostra de 160 fichas de notificação possibilitou verificar que a idade materna precoce associada à baixa escolaridade pode estar contribuindo para a manutenção da prevalência de sífilis congênita. Verificamos que a assistência neonatal foi oportuna, evidenciado pela realização dos exames, tratamento e encaminhamento para o seguimento. Conclui-se que apesar dos esforços em reduzir a incidência de sífilis congênita este agravo ainda aparece com um importante problema de saúde pública e que somente será possível preveni-lo quando aliado a um pré-natal de qualidade a população tiver acesso à informação e estiverem conscientes dos riscos. **Análise E Resultados:** Foram registrados 199 casos de sífilis congênita no HDGM, de Janeiro de 2006 a Julho de 2008, entre eles, 24 casos de aborto e 7 natimortos relacionados à infecção pelo *Treponema pallidum*. (DADOS DA MORTALIDADE). A sífilis congênita é responsável por grande morbidade na vida intra-uterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50% dos casos tais como aborto, natimorto e neomortalidade, causando também complicações precoces e tardias nos nascidos vivos. (SARACENI et al., 2005). Participaram da pesquisa apenas 160 casos, pois 6 casos foram inviáveis devido a falta de informação das fichas e os abortos e natimortos não encontravam-se nos critérios de inclusão da pesquisa. A utilização de dados secundários colhidos através das fichas de notificação e dos prontuários trouxe limitações às conclusões da pesquisa devido a falta de registro de informações clínicas e de exames, falta de preenchimento de variáveis e discordâncias nas informações, levando a um valor distinto entre o número de mulheres investigadas e o número de RNs pelas causas já citadas. Dentre as 160 mulheres estudadas observou-se que 45 (28,1%) tinham idade ≤ 20 anos, 80 (50%) tinham entre 21 à 29 anos. O grau de escolaridade dessas mulheres também foi avaliado e como resultado prevaleceu o ensino fundamental incompleto representando 95 (59,4%) mulheres. Esses dados são relevantes, pois, a idade materna precoce e a baixa escolaridade mostram-se como um fator de risco para aquisição da doença. Os resultados estão em consonância com outras pesquisas anteriores que enfocaram essas variáveis como um dos principais fatores de risco para a sífilis congênita. Esses fatores sociais estão contribuindo para a manutenção da prevalência da sífilis congênita em nosso estado e no Brasil. **Conclusão:** Apesar dos esforços do Ministério da Saúde para a erradicação da sífilis até o final do século XX, ainda não foi possível alcançar esta meta. A prevalência desta em nosso meio é bastante elevada, explicando os novos casos que acometem os recém-nascidos a cada ano. A sífilis congênita ainda está longe de atingir a meta de erradicação proposta pelo Ministério da saúde. O resultado desta pesquisa nos permite afirmar que embora a ausência do acompanhamento pré-natal seja um fator contribuinte para a sífilis congênita este dado não é tão relevante, pois a maioria das mães dos recém-nascidos acometidos pela doença havia realizado algum acompanhamento pré-natal. Portanto, a ocorrência da sífilis não esta relacionada à realização ou não do pré-natal, mas sim na qualidade desse. A realização da triagem sorológica somente à época do parto entre as gestantes no local do estudo e a falta de informação sobre a realização do VDRL durante a gestação, aponta uma falha na assistência pré-natal, e certamente contribuiu para que a detecção e o tratamento precoce da forma congênita da doença não ocorram. Entre os principais pontos frágeis da assistência cabe destacar: os atrasos das sorologias solicitadas às gestantes; investigação inadequada dos casos na gravidez e tratamento inadequado ou inexistente das gestantes e seus parceiros. Vale ressaltar que quando falamos de qualidade na assistência não estamos apontando somente para as ações profissionais, mas para todos os fatores que interfere na qualidade da assistência prestada, como os recursos materiais e humanos. É certo que as ações do profissional de saúde são de grande importância no combate a sífilis congênita já que é esse que faz o diagnóstico da doença e é durante o momento do diagnóstico que precisa fazer com que sua cliente conheça a doença (prevenção, a cura e etc), assim como, fazer com que ela compreenda a importância do seu tratamento e do parceiro para diminuir o risco de infecção



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

para o seu filho. Mas não estamos sozinhos nessa batalha, precisamos contar com a ajuda do governo para que existam incentivos em favor de campanhas educativas sobre a realização do pré-natal e a importância desse, assim como incentivos financeiros para a melhoria do atendimento e realização dos exames. A assistência neonatal foi oportuna, evidenciada pela atenção ao parto, atendimento neonatal, tratamento dos recém-nascidos com a utilização de penicilina, realização de exames laboratoriais e o encaminhamento dessas crianças ao seguimento, o que certamente está contribuindo para uma boa evolução dos casos e redução das taxas de mortalidade infantil. Torna-se claro que as medidas de educação em saúde - em especial em relação a doenças sexualmente transmissíveis - uma melhor cobertura e, principalmente, uma assistência de qualidade no pré-natal com a realização da triagem sorológica no primeiro e terceiro trimestres da gestação e na época do parto, a interpretação apropriada dos resultados da sorologia de sífilis realizada nas gestantes, a busca dos parceiros sexuais e o tratamento efetivo do binômio mãe - filho, além do conhecimento do assistente a respeito dos critérios epidemiológicos para o diagnóstico da doença, são essenciais para diminuir a incidência e, possivelmente, erradicar a sífilis congênita.

Palavras-chave: sífilis, sífilis congênita, pré-natal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

207 - Criança portadora de doença crônica na visão do acadêmico de enfermagem: relato de experiência

Janete Giuliane Tavares*
Kelly Cristina Suzue Iamaguchi Luz[†]

Tenho em mente que o atendimento a uma criança portadora de uma doença crônica é um desafio, considerando que a mãe é uma adolescente de 17 anos com histórico de problemas emocionais e intercorrências na gestação. Silva (2009) em seu livro diz que embora os procedimentos de enfermagem sejam para restabelecer e promover o bem estar são percebidos como ameaçadores e agressivos, aumentando os sentimentos de impotência e fragilidade. O objetivo deste relato é promover reflexão a cerca da formação acadêmica, atendimento e vínculo equipe-paciente-família. Diante do caso de J.M.L de 9 meses, que foi admitido em um hospital de referência pediátrica com estado vacinal em dia, peso e altura adequado para idade, tosse crônica e uma massa mediastinal, passou por cirurgia para retirada do tumor onde pôde-se diagnosticar um Neuroblastoma, tumor maligno que origina-se frequentemente no período embrionário, mas é encontrado quando o tumor toma forma, começa a crescer e gerar os sintomas (ONCOPEDIATRIA, 2009), pude verificar a importância de ter uma equipe treinada para cuidar de um paciente como esse, onde a expectativa da família é grande e na maioria das vezes não possuem conhecimento algum sobre a doença, o tratamento e as conseqüências. J.M.L passou por 2 cirurgias para retirada de tumores, primeiramente realizou 4 sessões de quimioterapia sem sucesso, passou por nova cirurgia e mais 20 sessões de quimioterapia, todo o tratamento foi realizado fora do domicílio da família que viajava semanalmente uma distância de 450 km para trazê-lo para o atendimento, isso me leva a pensar como foi a assistência prestada à esse paciente e a essa mãe? Será que a equipe de enfermagem que tem uma formação generalista está apta para atender casos tão específicos? Será que eu enquanto acadêmica teria uma abordagem correta para essa família? Um bom enfermeiro, muitas vezes não é reconhecido pela sua capacidade de puncionar uma veia, mas pela capacidade de trazer alegria com um simples bom dia e pela capacidade de fazer com que as pessoas acreditem novamente na vida (SILVA, 2006). Levando em conta todas essas dúvidas me sinto motivada a buscar respostas para tal acontecimento. Pude verificar que mesmo o atendimento sendo realizado em um hospital de referência pediátrica a nível nacional, embora tenha toda tecnologia e os melhores especialistas, a equipe de enfermagem deixa a desejar na questão do cuidado, ainda mais se tratando de um paciente de doença crônica. Pode-se verificar que no prontuário do paciente não se encontra prescrição e evolução de enfermagem, possuem poucas informações relatadas por técnicos e de forma bem escassa. Segundo Lima (2005) os atos de enfermagem são acontecimentos que requerem excelente preparação, constituída por talento, conhecimento, esforço, competência e imaginação. Cabe à enfermeira ajudar não só a criança, mas também a família, a enfrentarem uma doença que requer muito tempo de tratamento, com muitos efeitos colaterais, uma doença que mesmo após muita luta, pode terminar em morte. A presença dos pais ao lado do filho é muito benéfica, pois podem participar da assistência sentindo-se assim mais úteis. Acompanhando a evolução do tratamento, confiará na equipe de saúde melhorando o relacionamento equipe-família-paciente (PAULA et al., 2007) Enquanto acadêmica e apaixonada pela área de pediatria penso que o atendimento a esses pequenos pacientes não deve ser um atendimento comum,

* Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR giunet@hotmail.com.

[†] Enfermeira. Especialista. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sem menosprezar os demais pacientes, acredito que ainda mais se tratando de uma doença tão penalizante como câncer, muitas vezes o apoio psicológico, motivação e atendimento diferenciado vale mais do que a sessão de quimioterapia tanto para o paciente quanto para os familiares. Concordo plenamente no que diz Waldow (2007) no seu livro “*Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*” onde relata que a enfermagem nada mais é do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da prática dos conhecimentos, de atitude e habilidades apropriadas que cabe ao profissional. Diz ainda que a educação exerce um papel fundamental na qualidade do cuidado que será realizado futuramente pelo profissional. Isso mostra a importância de uma formação comprometida com a moral e com a ética, instituições de ensino devem estar preparadas para formar bons profissionais, embora isso não garanta o bom desempenho, mas influencia, motiva, direciona o acadêmico para cuidado humano. J.M.L conseguiu fazer seu tratamento em um período de 2 anos devido as intercorrências que aconteceram por causa das reações dos quimioterápicos. A mãe diz que se dedicou somente a ele todo esse tempo e que buscou informações sobre a doença e o tratamento de acordo com os seu interesse, relata ainda que o atendimento prestado foi excelente enquanto consultas, cirurgias e quimioterapia. A assistência médica realmente foi muito boa, tanto é que J.M.L está no controle e considerado curado pelos médicos, porém o atendimento poderia ter sido mais qualificado se a assistência de enfermagem tivesse sido mais acolhedora. A equipe de enfermagem é que passa maior parte do tempo com o paciente, como é possível não ter um vínculo? Será que esses profissionais dos setores de oncologia e das demais especialidades estão preparados para atuar nessa área? Tiveram um treinamento adequado? São especialistas? Isso me preocupa, este caso teve um final feliz, mas quantas famílias estão agora com seus filhos entregue nas mãos destes profissionais e confiando que irão fazer o melhor por eles. De acordo com Cagnin, et al (2004) a família que convive com uma criança com câncer, também convive com o sofrimento, o desespero, o medo e a impotência, o apoio à compreensão e o respeito vêm preservando a união familiar. A experiência do câncer é um momento difícil, tanto para a criança como para os familiares sendo comum que a presença desta enfermidade carregue sentimentos dolorosos e negativos, até por que a família está lidando com uma situação cheia de incertezas e com a expectativa de morte. Cabe considerar que, dentre as atribuições do enfermeiro, encontra-se a de educação visando à melhoria de saúde da população, na assistência à criança e adolescente com câncer, no pós-quimioterapia ambulatorial, lembrando-se que a informação e orientação são fundamentais para que os pais se adaptem às alterações que ocorrem no seu cotidiano.

Palavras-chave: cuidado de enfermagem, família, criança portadora de doença crônica.

Referências:

- CAGNIN, E. R. G.; LISTON, N. M.; DUPAS, G. Representação social da criança sobre o câncer. Revista Escola Enfermagem da Usp, v. 38, p.51-60, 2004.
- LIMA, Maria José de. O que é enfermagem. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- ONCOPEDIATRIA. Neuroblastoma. Obtido via internet www.oncopediatria.org.br. Em: 20/08/2009.
- PAULA, Erica Sempionato de; SEGÓVIA, Andréia da Costa; TAVARES, Edmara Cândida. A família frente ao tratamento oncológico da criança: uma revisão da literatura Revista Fafibe On Line. n.3, ago. 2007. obtido via internet www.fafibe.br/revistaonline. Em: 22/08/2009
- SILVA, Lucia Cecília da. O cuidado na vivencia do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica. Maringá: Eduem, 2009.
- SILVA, Maria Julia Paes da. O amor é o caminho: maneiras de cuidar. São Paulo: Loyola, 2006.
- WALDOW, Vera Regina. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

208 - Conhecimento e percepção dos profissionais de uma unidade neonatal a respeito das repercussões do ruído*

Daniela Daniele[†]
Maria Magda F. G. Balieiro[‡]
Flávia Simphronio Balbino[§]
Eliana Moreira Pinheiro³

Introdução: Com o avanço tecnológico das unidades de terapias intensivas neonatais (UTIN), são impostas aos profissionais o manejo de equipamentos que por um lado traz benefícios ao cuidado neonatal e que por outro podem trazer malefícios ou danos à saúde tanto para o recém-nascido quanto para a equipe dessa unidade, que ficam expostos a altos níveis de pressão sonora produzidos pelos equipamentos, interação, circulação de pessoas e manipulação de material para realização de procedimentos, bem como a estrutura física inadequada da unidade. Os profissionais da unidade neonatal sofrem conseqüências devido ao elevado nível de ruído deste ambiente, caracterizado como ansiedade e estresse. Além disso, pode desencadear elevação do nível de pressão arterial, alteração no ritmo cardíaco e no tônus muscular, cefaléia, perda auditiva, confusão, baixo poder de concentração, o que pode induzir ao erro e irritabilidade. Trabalhadores da área de saúde cumprem longos plantões e são expostos diretamente a todo tipo e níveis de ruído. O limite de decibéis para uma área de trabalho, segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas, é de não mais que 8 horas exposto a 85 dBA, 4 horas exposto a 90 dBA, 2 horas a 95 dBA. Não é permitido ficar exposto a um ruído contínuo acima de 115 dBA para indivíduos que não estejam fazendo o uso adequado dos equipamentos de proteção individual ou um ruído de impacto acima de 140 dBA. Considerando esses aspectos, interroga-se se os profissionais de saúde conhecem os efeitos do ruído para si e como percebem o ruído na unidade neonatal? **Objetivo:** verificar o conhecimento e percepção dos profissionais de uma UTIN de um hospital de ensino do município de São Paulo, Brasil, a respeito das repercussões do ruído para o profissional, antes da implementação de um programa educativo. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo descritivo, o qual tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. O local do estudo foi uma UTIN que dispõe de uma área física dividida em 4 salas, duas salas com 4 leitos cada para a assistência aos recém-nascidos criticamente doentes e duas salas com 6 a 8 leitos para os de cuidados intermediários, de um hospital de ensino do município de São Paulo. Os sujeitos do estudo foram profissionais da unidade incluindo: pós-graduandos, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas, totalizando uma amostra de 90 profissionais. Utilizou-se o questionário como instrumento de coleta de dados que continham questões abertas e fechadas, considerando-se as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de formação, período de trabalho, profissão, características do ambiente neonatal quanto ao ruído ambiental, o conhecimento dos profissionais quanto ao ruído na UTI Neonatal sobre os aspectos sócio-políticos e psicofisiológicos, as conseqüências do ruído para o desempenho do trabalho e

* Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo.(FAPESP) sob N^o. 2008/50874-9

[†] Aluna do curso de graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem (EPE), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e bolsista da FAPESP.

[‡] Enfermeira, Professora Doutora da Disciplina de Enfermagem Pediátrica da Escola Paulista de Enfermagem (EPE) – UNIFESP.

[§] Enfermeira, Mestre em Ciências, Professora da Disciplina de Enfermagem Pediátrica da EPE – UNIFESP. Rua Napoleão de Barros 754. São Paulo. E-mail:balbinoflavia@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

segurança do paciente. A análise de dados utilizou-se da estatística descritiva. **Resultados:** Evidenciou-se que 49,4% são da equipe de enfermagem, seguido de 17,9% de medicina e o restante de outras áreas que incluíram a fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e escriturária. A média de idade dos profissionais foi de 33 anos, com desvio padrão de ± 9 ; sendo que a maioria 43,2% possuía curso de pós-graduação, seguida de 23,9% com ensino médio completo e 21,5% com ensino superior completo. O turno de trabalho foi distribuído em manhã, tarde, noite e plantões de 12 horas. Quanto à percepção da característica do ambiente da UTIN foi referido como mais ou menos (47,7%) e muito ruidoso (45,3%), incomodando mais ou menos (43,5%) e com efeitos na jornada de trabalho (72,6%). Apesar de 67,1% dos profissionais referirem preocupar-se às vezes em não provocar ruído, a maioria desconhecia a legislação sobre o ruído, sendo que 65,2% a NR15, que trata do tempo máximo de exposição a 80dBa por 8 horas e 68,2% a recomendação da Organização Mundial de Saúde, que trata do Leq máximo durante o dia de 40dBa e no período noturno redução de 5 a 10 dBA. Os maiores efeitos citados do ruído ambiental durante a jornada dos profissionais foram: irritação (33,3%), cefaléia (17,9%) e após o turno de trabalho, memória do ruído (42,1%) e cansaço físico (10,5%). Porém os efeitos a longo prazo citados com maior frequência foram irritabilidade (27,0%), estresse (23,8%) e distração (17,5%). **Discussão:** Os resultados da pesquisa confirmam outros estudos que apontam que embora alguns profissionais parecem se habituar aos níveis intensos de ruído nos hospitais, especialmente em unidades de cuidados intensivos, outros podem manifestar estresses, irritabilidade e ansiedade. Além disso, o ruído pode afetar a habilidade de alguns cuidadores em concentrar-se nos cuidados com os pacientes. Os efeitos do ruído diminuem a performance dos profissionais na jornada de trabalho, fato demonstrado nas pesquisas que descrevem uma relação entre o ruído e a distração, interferindo no estado de alerta, atenção, segurança e eficiência na prestação do cuidado de saúde. Na área de saúde os profissionais vivenciam demandas complexas no cuidado intensivo que necessitam habilidades de atenção, tomada de decisão e destreza manual. O atendimento ao recém-nascido na UTIN está estreitamente ligado à avaliação contínua, especialmente durante os períodos críticos. Sabe-se que a atenção aos detalhes da condição física do RN é a chave para o cuidado e a tomada de decisão rápida em situações onde muitas das habilidades manuais em cuidados a essas crianças dependem de habilidades motoras finas, qualquer perturbação na atenção provocada pelo ruído pode ser um fator de risco a segurança do neonato nessa unidade. Neste estudo, os profissionais de saúde reconhecem que a UTIN é um ambiente ruidoso e conhecem a interferência deste efeito a curto e a longo prazo em sua jornada de trabalho e fora do ambiente hospitalar. **Conclusão:** A partir desses resultados foi elaborada a construção de um programa educativo de redução do ruído nessa unidade.

Palavras chaves: ruído, unidade de terapia intensiva neonatal, profissionais de saúde



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

209 - Instrumentos para mensurar qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes brasileiros

Maria Fernanda Cabral Kourrouski*
Maria Carolina Ortiz Whitaker[†]
Regina Aparecida Garcia de Lima[‡]

Introdução: A qualidade de vida de crianças e adolescentes em condições crônicas de saúde tem recebido atenção dos profissionais de saúde devido as repercussões que o diagnóstico e tratamento da doença traz para suas vidas. Existe uma grande variação nas definições de qualidade de vida relatada na literatura, muitas dessas definições concordam com a definição dada pela Organização Mundial de Saúde que define qualidade de vida como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto da cultura, do sistema de valores em que vive e a relação dos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição revela que a qualidade de vida é um constructo multidimensional, subjetivo e dinâmica, podendo ser influenciado por aspectos culturais, religiosos e éticos e de valores pessoais sendo, provavelmente, na atualidade um dos conceitos com mais alcance multidisciplinar. A qualidade de vida relacionada a saúde surge com a preocupação dos profissionais da saúde com o objetivo de mensurar o impacto objetivo e subjetivo da doença e tratamento na vida do indivíduo. Há um consenso, na área da saúde entre os pesquisadores sobre as dimensões envolvidas na qualidade de vida relacionada a saúde. O estado funcional, o sintoma físico, função emocional e social são as dimensões da qualidade de vida relacionada a saúde. As medidas de qualidade de vida têm sido cada vez mais utilizadas para avaliar a qualidade do serviço, a necessidade de cuidados de saúde, a eficiência das intervenções e a análise de custos/benefícios. O uso dessas medidas reflete um crescente reconhecimento da importância de como os pacientes sentem-se de modo geral e quão satisfeitos estão com o tratamento, em vez de apenas focalizar os resultados da doença. As medidas de qualidade de vida buscam capturar as perspectivas do paciente sobre sua doença e tratamento e suas conseqüências a curto, médio e longo prazo. Os instrumentos para avaliar qualidade de vida relacionada a saúde, surgem para mensurar a percepção geral da qualidade de vida, porém enfatizam sintomas, incapacidades ou limitações ocasionados pelas enfermidades e são classificados em genéricos e específicos. Instrumentos genéricos são aqueles que possibilitam avaliação simultânea de várias áreas ou domínios, podem ser usados em qualquer população e permitem a comparação entre diferentes patologias. Os instrumentos específicos são aqueles destinados a doenças específicas como fibrose cística, artrite, diabetes. São instrumentos sensíveis, porém não permitem comparação entre as patologias. Atualmente é crescente o interesse em avaliar qualidade de vida/ qualidade de vida relacionada a saúde em crianças e adolescentes devido a mudança do perfil epidemiológico das doenças e tratamento que acometem crianças e adolescentes. É conhecido que instrumentos genéricos e específicos para avaliar qualidade de vida/ qualidade de vida relacionada a saúde em crianças e adolescentes estão sendo utilizados em diversos

* Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, Especialista em Pediatria, Enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, Rua Bernandino de Campos nº 1000 – Ribeirão Preto – SP; e-mail: mfck@yahoo.com,

[†] Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, Doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.

[‡] Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, Brasil, e-mail: limare@eerp.usp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

países, desses instrumentos, alguns foram adaptados e validados para o Brasil. **Objetivo:** Esse trabalho teve por objetivo identificar os instrumentos para avaliar qualidade de vida e qualidade de vida relacionada a saúde que foram adaptados e validados para o uso em crianças e adolescentes brasileiros. **Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de levantar artigos que relatavam a adaptação e validação de instrumentos no Brasil, para qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes. A busca dos artigos ocorreu por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), utilizando as cinco bases de dados disponibilizada por essa biblioteca virtual para ciências da saúde. O acesso a essas bases de dados foi realizado pelo endereço <http://www.bvs.br>. Para iniciar a seleção dos artigos, buscou-se a Terminologia em Saúde, consultando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Utilizamos para a busca dos artigos, a combinação das palavras: qualidade de vida (quality of life), questionários (questionnaires) e Brasil (Brazil). Para a inclusão dos artigos foram considerados os seguintes critérios: artigos cujo objetivo principal foi adaptação trans-cultural e validação para uso no Brasil de questionários já validados em outros países e idiomas; artigos que relatavam o desenvolvimento e aplicação de instrumentos brasileiros para crianças e adolescentes e artigos onde foram criados instrumentos e validados para avaliação de qualidade de vida relacionado a saúde de crianças e adolescentes brasileiros. Foram excluídos desse estudo trabalhos que não apresentavam resumos na primeira busca, estudos de dissertações e teses que não foram publicados. **Resultados:** Em uma primeira busca foi encontrado 295 artigos, em seguida foi realizado a leitura dos títulos e resumos para identificar o tema e objetivo principal de cada artigo, muitos desses artigos apareceram duplicados, outros apesar de abordarem a temática qualidade de vida e qualidade de vida relacionada a saúde para crianças e adolescentes não tinham como objetivo principal a adaptação e validação para o Brasil, apenas sendo citados fatores que poderiam interferir na qualidade de vida destes sujeitos. Dessa forma, a amostra desse estudo foi composta por 15 artigos que tinham como objetivo principal a validação de instrumentos de qualidade de vida para crianças e adolescentes brasileiros. Destes, quatro eram genéricos, sendo um destes sobre o impacto da doença na família; e 11 específicos. Os artigos levantados nesse trabalho identificou instrumentos específicos validados para Brasil das seguintes doenças: paralisia cerebral (dois), asma (um), rinite alérgica (um), sobreviventes com câncer (um), HIV/AIDS (um), epilepsia (três), fibrose cística (um), diabetes tipo 1 (um). Todos os estudos dessa amostra foram publicados após o ano de 2000, sendo que a maioria deles ocorreu no ano de 2008, e publicados na revista Health Quality Life Outcomes. Dos 15 artigos analisados, 14 foram de instrumentos onde ocorreu a adaptação trans-cultural e validação para uso no Brasil e um foi a criação e validação de instrumento de qualidade de vida para uso em crianças com epilepsia. **Conclusão:** Apesar do aumento de publicações sobre esta temática, ela ainda é pouco explorada no Brasil, sendo necessário não apenas a validação de mais instrumentos, como também a criação e maior utilização dos que já temos validados para a língua portuguesa. É através da avaliação da qualidade de vida que poderemos mensurar vivência das crianças e adolescentes perante a doença nas dimensões física, emocional, social e escolar e planejar um cuidado interdisciplinar e integral, voltado para uma melhor qualidade de vida dos mesmos nos campos que necessitam intervenção.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

210 - Proposta de um guia de conduta e capacitação dos profissionais de saúde da UTIN para prevenção do ruído*

Eliana Moreira Pinheiro[†]
Flávia Simphronio Balbino[‡]
Bruna Ribeiro dos Santos[§]
Marta José Avena[‡]

Introdução: A prática baseada em evidência tem o compromisso com a busca, avaliação e aplicação das informações relevantes para o contexto clínico. Na enfermagem neonatológica tem sido muito valorizada a construção de guias de conduta baseada em evidências, pois estes possibilitam lidar com questões que os profissionais têm autonomia e são capazes de implementar mudanças no cuidado de saúde. Aplicar os princípios do cuidado baseado em evidência favorece os profissionais a atingirem os objetivos da segurança na prestação da assistência, promoção da qualidade e alcance dos melhores resultados no cuidado do cliente. Certos fatores ambientais da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) foram demonstrados com efeitos deletérios no prognóstico infantil. As publicações de Enfermagem mostram evidências que uma boa prática no período neonatal é o manejo do ambiente para a redução do ruído ambiental e do estresse do neonato. Em geral para a construção de guias de intervenções de enfermagem há necessidade das melhores evidências de pesquisas, que provêm de estudos clínicos sobre a acurácia e a precisão dos exames diagnósticos (incluindo o exame clínico), sobre o poder dos indicadores prognósticos e sobre a eficácia e segurança dos esquemas terapêuticos, de reabilitação e preventivos. A qualidade da evidência é atribuída pela sua validade e relevância. Isso quer dizer que, antes de se usar uma informação numa decisão clínica, ela deve ser avaliada quanto a sua acurácia, relevância e aplicabilidade na situação em questão. Partindo desses pressupostos e da importância, do manejo do ambiente neonatal para o cuidado seguro e humanizado aos neonatos e como parte do desenvolvimento de um projeto de avaliação dos níveis de pressão sonora em uma UTIN antes e após uma intervenção educativa (FAPESP Nº 2008/50874-9), optou-se em realizar um estudo de construção de guia de conduta. **Objetivo:** elaborar um guia de conduta para redução de ruído ambiental em uma UTIN de um hospital de ensino do município de São Paulo para subsidiar o desenvolvimento de um programa educativo da equipe de saúde dessa unidade. **Método:** Revisão Integrativa tendo como fontes de dados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), CINAHL e Cochrane, utilizando os descritores “enfermagem”, “enfermagem pediátrica”, “enfermagem neonatal”, “ecologia ou ambiente”, “UTI neonatal” e “ruído”. Os critérios adotados para coleta de dados foram: ser artigo de pesquisa em periódicos nacional ou internacional em inglês, francês ou espanhol; ter sido publicado no período de 1982 a 2008; ser estudo descritivo ou analítico sobre aspectos do manejo do ambiente neonatal para a redução do ruído. A análise dos dados ocorreu de forma indutiva,

* Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo.(FAPESP) sob Nº. 2008/50874-9

[†] Enfermeira, Professora Doutora da Disciplina de Enfermagem Pediátrica da Escola Paulista de Enfermagem (EPE) – UNIFESP. Rua Napoleão de Barros 754. São Paulo. E-mail: mmfgbalieiro@unifesp.br

[‡] Enfermeira, Mestre em Ciências, Professora da Disciplina de Enfermagem Pediátrica da EPE – UNIFESP. Rua Napoleão de Barros 754. São Paulo. E-mail: balbinoflavia@hotmail.com

[§] Aluna do curso de graduação em Enfermagem da EPE -UNIFESP e bolsista da FAPESP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

inicialmente fazendo um fichamento de todos os artigos encontrados, caracterizando-os segundo ano de publicação, periódico publicado e método adotado. Posteriormente, para a construção do guia de conduta adotou-se o referencial de Handbook (1994) que adota as seguintes etapas: 1. Definição precisa da questão clínica e quais as informações necessárias para respondê-la. 2. Condução de uma busca eficiente da literatura. 3. Seleção dos estudos relevantes e metodologicamente adequados. 4. Construção de um resumo estruturado com o conteúdo de cada artigo com suas vantagens e desvantagens. 5. Definição clara das conclusões de cada artigo que poderão ser aplicadas no dia-a-dia. Para a classificação dos níveis de evidências e grau de recomendação adotaram-se os seguintes critérios: Nível **I**- evidência baseada em ensaios clínicos randomizados ou metanálise de ensaios clínicos - Ação fortemente recomendada. Nível **II**- evidência baseada em estudos prospectivos não randomizados - Ação recomendada. Nível **III**- evidência baseada em relatos de casos ou opinião de especialistas - Ação pouco recomendada. Quanto ao grau de recomendações: **A** - a recomendação é baseada em um ou mais estudos nível I; **B** - A melhor evidência disponível está em nível II; **C** - A melhor evidência disponível está em nível III e **D** - A melhor evidência disponível está menor que nível III e inclui opinião de especialistas. **Resultados:** As recomendações elaboradas foram direcionadas a redução dos níveis de pressão sonora (NPS) ambientais das UTIN e a prevenção dos fatores desencadeadores de ruído bem como das complicações tanto para o neonato e família quanto profissionais que atuam nesses ambientes. O guia de conduta para a prática foi considerado no contexto da instituição, elaborado, também, com base na existência de evidências científicas, na experiência da equipe, na aplicabilidade e viabilidade para o serviço e seu impacto econômico para a instituição. Os aspectos abordados no guia de conduta foram: **1 Educação e treinamento dos profissionais** quanto os efeitos fisiológicos do ruído para os neonatos a curto prazo e a longo prazo; quanto os efeitos deletérios do ruído para os profissionais relacionando-os a influência nas alterações físicas, psicológicas, emocionais e desempenho do cuidado seguro ao recém-nascido; e quanto à utilização pelos profissionais de dados epidemiológicos das alterações auditivas na população de neonatos que estiveram internados na unidade neonatal do serviço. **2. Educação em saúde para as famílias:** distribuição de informativos sobre as implicações dos altos níveis de pressão sonora para os recém-nascidos e profissionais **3. Modificações na arquitetura da unidade neonatal:** quanto à participação da equipe nos projetos de reformas arquitetônicas da unidade; modificação do planejamento arquitetônico para a atenuação do ruído atendendo as preconizações do nível de pressão sonora para cada área da unidade hospitalar: recepção 55dBA, posto de enfermagem 55 dBA, salas de internação dos recém-nascidos 40 dBA, sala de reunião 55dBA, área de trabalho da equipe 55dBA e corredor 55 dBA, redução do número de leitos por sala na unidade neonatal e instalação de sensores de ruídos luminosos no ambiente neonatal que indiquem quando o nível de pressão sonora ultrapassar 50 dBA. **4. Cuidado com os equipamentos:** desde a escolha dos equipamentos para a aquisição considerando o critério de ruído máximo de 35dB, até a programação do alarme, bem como sua manutenção preventiva e seu uso adequado. **5 Modificações no ambiente da unidade neonatal:** por meio de uso de lembretes de áreas de silêncio, monitorização periódica de nível de pressão sonora do ambiente e comunicação para a equipe de saúde. **6. Modificações comportamentais dos profissionais de saúde,** como: responder aos alarmes rapidamente e silenciá-lo ao atender a intercorrências que o disparou; manipulação cuidadosa das incubadoras; padronização de calçados com sola de borracha para redução do ruído; limitação das conversações próximas de incubadoras e berços e que os gestores da unidade neonatal assumam o papel de modelo na mudança de comportamentos para a redução do ruído. **7. Cuidados com o neonato para a redução do ruído ambiental, que envolve:** responder rapidamente ao choro do recém-nascido; utilizar coberturas de tecido sobre a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

incubadora para reduzir a reverberação do som para o recém-nascido; programar uma hora de silêncio no fim de cada plantão para evitar o estresse do recém-nascido internado na unidade neonatal; observar as pistas e comportamentos emitidos pela criança relacionados com os subsistemas: autônomo, motor, estado comportamental, atenção e interação e sistema regulador para atendê-la mais prontamente dentro de suas necessidades. Após a elaboração do guia de conduta e tendo por base os resultados dos níveis de pressão sonora do ambiente da UTIN e incubadoras associado ao levantamento do conhecimento e percepção da equipe multiprofissional dessa unidade deu-se início o programa educativo envolvendo os profissionais da equipe de enfermagem, médica, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e secretaria. A capacitação foi planejada para encontros com pequenos grupos, com duração de uma hora e utilizou-se dos resultados da pesquisa sobre o conhecimento e percepção dos profissionais de saúde sobre a repercussão do ruído para a equipe, neonato e família e das mensurações dos níveis de pressão sonora da UTIN e do protocolo elaborado para redução do ruído ambiental. **Conclusão:** Os estudos encontrados sobre o manejo ambiental para proporcionar um ambiente saudável ao neonato, família e profissional mostram limitações, pois os seus desenhos metodológicos são realizados com amostras pequenas, utilizando experimentos não randomizados, com grau de rigor variado e que incluíram múltiplas intervenções o que dificultou a determinação dos efeitos de uma intervenção isolada como o controle do ruído dentro do cuidado voltado ao desenvolvimento do neonato. O protocolo traz as melhores evidências sobre a temática e aponta a necessidade de investimento em pesquisas sobre delineamento mais claro das intervenções, estudos que demonstrem os efeitos do cuidado desenvolvimental e seus resultados a curto e longo prazo. Além da investigação do impacto econômico da implementação e manutenção de um programa de redução de ruído ambiental em uma UTIN.

Palavras-chaves: ruído, unidade de terapia intensiva neonatal, protocolo clínico.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

211 - As terapias alternativas e a humanização do cuidado de enfermagem à criança com dor oncológica

Carla Zimmermann*
Laura Cristina da Silva[†]
Sandra Greice Becker[‡]
Jussara Gue Martini[§]

A dor na criança com câncer está relacionada não somente à doença, mas também aos diversos procedimentos que compõem a terapia oncológica e suas conseqüências, portanto uma cautelosa avaliação algica e medidas de alívio de dor na criança são imprescindíveis no tratamento, mesmo na impossibilidade de cura da doença. (RAMOS et al, 2006). Nesse sentido, este estudo busca refletir sobre o uso das terapias alternativas no cotidiano de cuidado de enfermagem às crianças com dor oncológica. Como fomento para discussão, trazemos algumas considerações obtidas de pesquisa realizada em uma unidade de internação pediátrica de um hospital público de Santa Catarina. Com abordagem qualitativa, delineou-se como um estudo exploratório, descritivo, tendo como referencial teórico a teoria humanística de Paterson e Zderad. Constituíram a amostra 16 crianças acompanhadas de suas famílias e 15 profissionais de enfermagem. Os sujeitos foram selecionados aleatoriamente, sendo considerados critérios de inclusão: crianças de 0 a 14 anos e suas famílias que apresentaram dor durante a hospitalização, entre os períodos de abril e maio de 2008, bem como profissionais de enfermagem que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, submetido e aprovado, concomitantemente com todo o projeto, pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina. Para a coleta de dados utilizou-se observação participante e entrevista semi-estruturada aos profissionais de enfermagem. Utilizou-se durante o cotidiano de cuidados de enfermagem à criança com dor, diversas terapias não-farmacológicas propostas por Kasanowski e Lacetti (2005), entre as quais pode-se citar: massagem, toque terapêutico, brinquedoterapia, termoterapia, musicoterapia e distração. Durante a o manejo da dor infantil buscou-se avaliar o quadro algico utilizando-se escalas de dor, sugeridas por Torritesi e Vendrúsculo (1998), antes e após as intervenções de enfermagem objetivando assim, verificar a eficácia do plano terapêutico instituído, bem como registrar as informações em prontuário médico. Por meio da Análise de Conteúdos, emergiram como resultados a conscientização da equipe de enfermagem sobre a importância de incluir as intervenções complementares no cotidiano de cuidados à criança com dor, visto que estas promoveram o relaxamento, sensação de bem-estar, controle das emoções, além de reduzirem e proporcionarem distração do foco da dor, resgatando assim o que há de saudável no templo da doença. Apreendeu-se no estudo que a equipe de enfermagem ao ampliar a qualificação do cuidado à criança com dor utilizando-se de recursos terapêuticos complementares, criou oportunidades de estar com e fazer com estabelecendo-se entre criança e profissional de enfermagem uma relação intersubjetiva que vai em direção ao estar melhor proposto pelos ideais humanísticos de Paterson e Zderad.

* Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de São Borja-RS. Endereço eletrônico: zt.carla@gmail.com

[†] Enfermeira-chefe do setor de pediatria do Hospital Universitário Polidoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), docente em Enfermagem na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

[‡] Docente na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

[§] Docente na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Palavras-chave: terapias alternativas, cuidado da criança, oncologia.

Referências:

KASANOWSKI, Mary k.; LACETTI, Margaret Saul.. Dor Fundamentos, abordagem, clínica e tratamento. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005

RAMOS, Gilberto; OLIVEIRA, Maria Benigna de; RODRIGUES, Karla Emília de Sá. A Dor no paciente Oncológico. In: Dor em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TORRITESI, Patrícia; VENDRÚSCULO, Dulci Maria Silva. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. Rev. Latino- Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, 1998, p. 49-55.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

212 - A hospitalização infantil na unidade de cuidados intensivos pediátricos: o que pensam as mães acompanhantes?

Verônica Mascarenhas Oliveira*
Luciano Marques dos Santos†
Keila Barbosa de Souza‡
Ana Paula Pereira Farias§

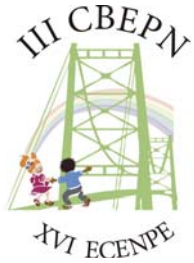
A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica foi criada com a finalidade de tratar crianças críticas, oferecendo um cuidado individualizado, onde a equipe de saúde monitora e acompanha de perto a evolução infantil frente a uma terapêutica de excelência e específica para tratar a doença grave, diferenciando-se de outras unidades hospitalares pediátricas, que oferece um cuidado às condições patológicas mais leves. Por outro lado, as evidências científicas apontam para a questão de a hospitalização também se configura como um momento de crise para a família e para a criança. Os pais cercados de sentimentos de incerteza quanto ao presente e futuro dos seus filhos culpam-se e questionam-se quanto à qualidade do seu cuidado. Eles acreditam que o sofrimento enfrentado pelo seu filho frente à hospitalização e aos procedimentos dolorosos é fruto do seu cuidado ineficaz. Com isso, o vínculo familiar torna-se prejudicado graças às sensações de fracasso e autopunição vivenciados pelos pais. Eles acreditam que seu contato causará danos a seu filho. Este estudo objetivou conhecer a percepção materna sobre o processo de hospitalização de criança criticamente enferma na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital geral público de médio porte do interior da Bahia, sendo do tipo descritivo e de natureza qualitativa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador, Bahia, sob o parecer nº 0501-2008. Para coleta dos dados utilizamos a entrevista semi-estruturada com nove participantes, no período de março a abril de 2009, através de um roteiro sistematizado, que continha questões sócio-demográficas e as seguintes questões norteadoras: Conte para mim como a senhora reagiu diante da internação de seu filho na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Como a senhora percebe a internação do seu filho nesta unidade? O material empírico foi analisado através da análise conteúdo de Bardin, sendo identificadas as seguintes categorias analíticas: vivenciando situações de vulnerabilidade; o espaço da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica como local de morte e a religiosidade materna. A realização deste estudo foi de grande importância, pois permitiu conhecer os sentimentos que as mães vivenciam diante da hospitalização do filho criticamente enfermo na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, além de identificamos as principais fontes de apoio que as mães utilizam para se fortalecerem a fim de enfrentar o processo de hospitalização da criança. Observamos que a hospitalização é considerada um momento de crise não só para a criança, mas para toda a sua família. Nas falas das mães acompanhantes, ficou explícito a culpa pela hospitalização da criança, o pré-conceito em

* Enfermeira Assistencial do Banco de Sangue do Instituto de Hematologia de Feira de Santana, Bahia. Membro do GEMUC.

† Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).

‡ Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana-Bahia. Membro do GEMUC. Rua Filinto Marques Cerqueira, nº 1460, Brasília, Feira de Santana, Bahia. Kakaba18@hotmail.com. Tel.: (75) 8841-0390.

§ Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana-Bahia. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher e da Criança (GEMUC).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

relação ao ambiente da unidade de cuidados intensivos, o medo de vir a perder o filho, a desvalorização do cuidado materno à criança, a perda da autonomia dos pais para a equipe médica, a impotência dos pais por acharem que nada podem fazer para ajudar a tratar do filho, a irresponsabilidade por deixar em casa os seus outros filhos sem o cuidado materno e a sensação de abandono por não ter com quem dividir a responsabilidade da patologia do filho. A enfermagem deve estar atenta aos cuidados prestados pela família, em especial pela mãe acompanhante, durante a hospitalização da criança. As mães acompanhantes, durante a entrevista, relataram a importância dos grupos de apoio entre os pais das crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Elas acreditam que a troca de experiências, a retirada de dúvidas acerca do tratamento, a relação de amizade e apoio que se estabelece entre os pais, é de suma importância para o enfrentamento do momento de crise, característico da hospitalização. Desta maneira, ao oferecer uma assistência voltada para a família e não só para o corpo enfermo, a equipe de enfermagem pode atuar ajudando a família no enfrentamento desse momento difícil, contribuindo para a qualidade e excelência do cuidado, além de vislumbrar uma assistência clínica à família no seu contexto macro espacial.

Palavras-chave: enfermagem, criança crítica, unidade de terapia intensiva pediátrica, acompanhantes.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

213 - A família frente à prematuridade: uma revisão sistemática*

Carolina Felipe Pinheiro[†]
Marcela Alves de Araújo Moreira[‡]
Fabiane de Amorim Almeida[§]

Introdução: A família é considerada a entidade social mais significativa e relevante para a sociedade, pois nela está inerente a concepção de valores e crenças para a formação de seus membros. Para a mulher, vivenciar a gestação de um filho, ser mãe e poder segurar seu bebê nos braços é um momento de plenitude inesquecível, aguardado durante meses, sendo este o enfrentamento mais comum de ampliação do núcleo familiar. Ao experienciar o nascimento de um filho prematuro ou com complicações patológicas que impliquem a hospitalização em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ou unidade semi-intensiva, a mãe vislumbra a possibilidade de morte de seu bebê. Essa possibilidade de perda faz emergir, do âmago de seu ser, sentimentos de temor ante à situação e culpa pelo nascimento de um filho antes do tempo. A internação de um filho na unidade de terapia intensiva é quase sempre um momento difícil para a família, que pode experienciar sentimentos de incerteza quanto ao presente e futuro de seu familiar. Nota-se, com frequência, que a ansiedade, insegurança e culpa frente à situação tornam os pais mais exigentes, solicitantes e temerosos quanto aos cuidados prestados ao seu filho internado, gerando, em algumas vezes, certo grau de insatisfação. A separação do binômio mãe-recém-nascido frente à hospitalização, muitas vezes prolongada, dificulta ou afeta significativamente o processo de vínculo entre mãe e filho, que vem se moldando durante a gestação. A presença dos pais na UTIN e sua participação nos cuidados ao filho hospitalizado são importantes não só para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, mas também para a redução do estresse causado pela hospitalização e no preparo para o cuidado à saúde no domicílio. Porém, o que se observa, é que essa participação da família na assistência ao prematuro em uma UTIN é limitada. A presença materna nos cuidados de maternagem é pouco acolhida, justificada por inúmeros fatores, destacando a execução de procedimentos invasivos, horário de visita médica, espaço físico pequeno, além da inexistência de uma relação de parceria entre equipe e família. Diante desse momento específico vivenciado pelas famílias de recém-nascidos prematuros, este estudo propõe-se a refletir sobre como os profissionais percebem a perspectiva da família frente à prematuridade em seu cotidiano, buscando explorar os conhecimentos existentes na literatura em relação a essa temática. **Objetivo:** Identificar o conhecimento existente em relação à perspectiva da família frente à prematuridade e as estratégias relacionadas ao cuidado à família que vivencia o nascimento de um bebê prematuro. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo-exploratório e de natureza qualitativa. O estudo foi desenvolvido adotando, como linha metodológica, a revisão sistemática. A busca dos artigos em língua portuguesa, inglesa e

* Monografia apresentada para a obtenção do Título de Enfermeira Especialista em Pediatria e Neonatologia no Curso de Especialização *Lato-Sensu*, em 12/2008: Enfermagem Pediátrica e Neonatal da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo (SP) – Brasil.

[†] Enfermeira do Berçário Anexo à Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, especialista em enfermagem pediátrica e neonatal. E-mail: carolinafp@usp.br; pinheiro_carolina@yahoo.com.br, Rua Gal. Raposo, 145, Vl. Clementino, São Paulo, SP, CEP:04044-070

[‡] Enfermeira da UTI Neonatal interna do Hospital Unimed Santa Helena, especialista em enfermagem pediátrica e neonatal.

[§] Enfermeira Doutora em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo, Coordenadora e docente do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica da Faculdade de Enfermagem Israelita Albert Einstein e orientadora deste projeto.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

espanhola foi realizada nas seguintes bases de dados BDNF, ADOLEC, MEDLINE, LILACS, SCIELO, CINAHL E PERIENF (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo). Para a busca de artigos de periódicos publicados nos últimos 15 anos, foi utilizada a lógica booleana *and*, considerando as seguintes palavras-chave (DECs): Prematuro, *Premature*, *Infant*, *Prematuro*, *Relações Familiares*, *Family Relations*, *Relaciones Familiares*. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados segundo os princípios da revisão sistemática, utilizando-se um instrumento para registro dos dados de cada publicação, constituído pelos seguintes itens: dados referentes a publicação, dados referentes aos autores, dados referentes à pesquisa. Os dados foram analisados qualitativamente, construindo-se categorias em relação às temáticas dos periódicos selecionados relacionados à família frente à prematuridade. **Resultados:** Inicialmente foram identificados 39 artigos, sendo selecionados apenas 33 para serem lidos em sua íntegra e analisados nos idiomas português, inglês e espanhol. Três artigos foram desqualificados por não contemplarem a temática, um por estar disponível em bibliotecas de outros países, estando inacessíveis e dois por se tratarem de teses de doutorado e mestrado, sendo que a solicitação de empréstimo não foi acatada em tempo hábil para inclusão destas no estudo. Verifica-se que as publicações sobre a família frente à prematuridade no tempo determinado apresentam em maior porcentagem de publicações nos biênios de 2005-2006 (25%), seguidos de 2003-2004 (21%) e 2007-2008/1999-2000 cada um com 18%, permitindo identificar o crescimento das produções neste período. Ao se proceder a análise qualitativa dos conteúdos dos 33 artigos selecionados, agrupando-os em categorias que contemplassem a temática dos estudos, foi possível identificar dois grandes momentos vivenciados pelas famílias de bebês prematuros, que originaram duas categorias distintas. A primeira delas nos permitiu compreender o impacto inicial do nascimento do bebê para a família (“A chegada prematura”) e a outra evidencia o momento no qual a família tenta se adaptar à nova situação de cuidar de um prematuro (“Vivenciando a prematuridade”). **Conclusão:** De modo geral, a literatura retrata a importância da presença dos pais, sobretudo da mãe durante o processo de hospitalização do seu bebê, o que favorece o estabelecimento de vínculos afetivos futuros. A estratégia de permitir que elas exerçam algumas tarefas de maternagem nas unidades de internação mostra-se eficaz, pois elas se sentem seguras, menos ansiosas, mais participativas, e tem a oportunidade de aprimorar os conhecimentos adquiridos no berçário para o cuidado do bebê em casa, após alta hospitalar. Houve consenso dos estudos analisados sobre a importância do papel da enfermagem no estabelecimento do vínculo entre o binômio mãe-filho e na humanização da UTIN, porém este processo enfrenta barreiras relacionadas às normas e rotinas institucionais, e, sobretudo, às crenças de alguns profissionais que se sentem ameaçados diante à presença dos familiares durante a realização de procedimentos com o RN. É preciso que a equipe de enfermagem planeje a assistência de forma individualizada para cada família, uma vez que estas apresentam necessidades próprias. Entendemos que a prematuridade, por vezes inesperada, é um momento ímpar na vida de cada família, repercutindo drasticamente nos planos familiares, criando-se uma realidade contraditória, em especial para a mãe, que tem que lidar com a diferença entre o bebê imaginário e o real, pequeno e frágil, bem como a diversidade de sentimentos envolvidos, seja culpa, medo ou fé. Assim, o papel da enfermeira, nesses primeiros momentos e durante o curso da internação, consiste em permitir que os familiares expressem seus sentimentos e se tornem peças fundamentais na assistência do RN, somando seus esforços aos da equipe multidisciplinar na busca de um só objetivo: o restabelecimento pleno do seu RN prematuro.

Palavras-chaves: prematuro, relações familiares, enfermagem neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

214 - Acesso vascular em neonatologia

Grasiely Masotti Scalabrin Barreto^{*}

Marivone Verlim[†]

Janete Aracy R. Maziero[‡]

Francislene Biederman[§]

Introdução: A prática profissional nos leva a refletir sobre os inúmeros procedimentos que os Recém-Nascidos são submetidos diariamente relacionados a acesso venoso, apresentando instabilidade fisiológica e hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas e asfixia perinatal e outros que necessitam de assistência multiprofissional e cuidados intensivos logo após o seu nascimento, ocasionando estresse, aumento do risco de infecção e gastos calóricos. Fatores esses nos motivaram a realizar essa pesquisa, principalmente pelo fato de que um dos procedimentos altamente dolorosos e que acontecem corriqueiramente nas unidades intensivas dizem respeito aos acessos venosos. Com isso dirigimos nossa pesquisa, buscando informações sobre os benefícios e malefícios que os acessos venosos centrais e periféricos trazem aos Recém-nascidos, a fim de minimizar as punções repetidas de acessos venosos periféricos. Trabalhamos com a seguinte problemática: a escolha do acesso vascular ao recém-nascido criticamente doente interfere em seu prognóstico? Com base no problema levantado, temos a hipótese de que o recém-nascido que utiliza acesso venoso central, desde que com rigor asséptico na sua inserção e nos cuidados, apresenta menor manipulação, menor índice de complicações. **Objetivos:** Correlacionar riscos/benefícios da utilização dos acessos periféricos e centrais nos RNs e complicações desses procedimentos em Rns submetidos a esses procedimentos no período pesquisado, além de quantificar as punções periféricas realizadas por dia naqueles Rns em que não foi opção ou não houve possibilidade da realização de um acesso venoso central. **Metodologia:** O estudo buscou prontuários de RNs internados entre 1º de Outubro a 31 de Dezembro de 2006, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com 10 leitos em um Hospital Universitário na Cidade de Cascavel – PR, sendo previamente autorizada pela Instituição e pelo Comitê de ética em Pesquisa da FAG (Faculdade Assis Gurgacz). A população do estudo constitui-se de cinquenta prontuários médicos. O caminho metodológico percorrido deu-se mediante ao uso de um formulário estruturado direcionado para os objetivos estabelecidos. Trata-se de um estudo não experimental, realizado segundo a metodologia quantitativa, onde foi utilizado o método estatístico para a análise dos dados. **Resultados e Discussões:** Como resultados obtidos, temos a seguinte apresentação dos dados: Em uma população de 33 recém-nascidos, foram inseridos 28 cateteres umbilicais, 17 cateteres do tipo PICC, 14 cateteres do tipo flebotomia, e 01 cateter do tipo intracarth. Desses cateteres centrais inseridos tivemos 12 Rns que receberam apenas o cateter do tipo umbilical; 03 RNs que receberam somente o cateter de flebotomia; 14 Rns que tiveram a inserção de cateter do tipo umbilical seguido do cateter do tipo PICC; 02 Rns foram submetidos a cateter do tipo

* Enfermeira, especialista em saúde do trabalhador e terapia intensiva, coordenadora da unidade de terapia intensiva neonatal e unidade de cuidados intermediários neonatal do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP. End: Rua Gurgel, 847, Jardim Universitário – Cascavel/PR. e-mail: grasi-barreto@hotmail.com.

† Enfermeira, especialista em Cuidados intensivos – UTI, e-mail: marivone.verlim@bol.com.br.

‡ Enfermeira, especialista em Uti e especialista em Saúde coletiva, docente Faculdade Assis Gurgacz, e-mail: janete@fag.edu.br.

§ Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva com ênfase em saúde da criança, supervisora da unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Universitário do oeste do Paraná – HUOP. E-mail: francislenebiederman@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

umbilical e posteriormente receberam 02 cateteres do tipo PICC; 01 Rn recebeu cateter umbilical, e como não foi possível a inserção do cateter do tipo PICC, foram inseridos 03 cateteres do tipo flebotomia seguidos de 01 cateter do tipo intracath; 01 Rn recebeu por duas vezes o cateter do tipo flebotomia e após 01 cateter do tipo PICC; 01 Rn teve a inserção de 01 cateter do tipo umbilical seguidos de 02 cateteres do tipo PICC e posteriormente 01 cateter do tipo flebotomia; 01Rn utilizou 01 cateter do tipo flebotomia seguido de 01 cateter do tipo PICC; 01 RN utilizou 01 cateter do tipo umbilical seguido de 02 cateteres do tipo flebotomia. Vimos que no que diz respeito quanto ao tipo de dispositivo central mais utilizado, o cateter do tipo umbilical é a primeira escolha descrita na literatura, o que também ocorreu na unidade de pesquisa, pois esse cateter obteve 47% das inserções realizadas nos Rns do período da pesquisa, seguido do cateter PICC com 28% das inserções; porcentagens menores apontam a flebotomia e o intracath como opção de acesso venoso central; Quanto ao cateter periférico temos 100% das inserções de cateter tipo flexível nº 24. Obtivemos dados quanto ao tempo de permanência que variou conforme o cateter escolhido, sendo que o cateter do tipo PICC foi o que mais tempo ficou inserido, sendo esse período de 45 dias; já o cateter do tipo umbilical, 39% deles ficaram inseridos por um período de cinco 05 dias devido protocolo da instituição. Quanto aos acessos periféricos, fica evidenciado o tempo de permanência por um período extremamente curto, sendo que o maior tempo que o cateter periférico ficou inserido foi de 24 horas, perfazendo um total de 2%, e a maioria deles, 98% permaneceu por um período curto de tempo, ou seja menos de 24 horas de utilização; ocasionando assim punções repetidas, estresse ao recém-nascido e exposição a fatores de risco, como queda de temperatura. A indicação do acesso central foi 59% para uso de antibióticoterapia, prematuridade e soroterapia, e do acesso periférico 39%; o que também está correlacionado com a literatura; as complicações decorrentes do uso do cateter central não ocorreram; já o cateter flexível causou complicações, sendo que 80% das inserções ocasionaram edema e hematoma. Em relação ao motivo da retirada, 88% dos cateteres periféricos foram por infiltração, e os cateteres centrais, 39% foram por protocolo de tempo máximo de permanência. A quantidade de inserções centrais foi de 60 cateteres em 33 RNs, 498 inserções de cateter periférico em 50 RNs. **Conclusão:** O estudo encerra-se com convicção do objetivo alcançado, havendo comprovação de que os acessos vasculares central, mesmo com possibilidades teóricas de complicações relacionadas a sua inserção e manutenção, essas não ocorreram dentre os avaliados, melhorando o prognóstico dos pacientes; conquanto que os cateteres periféricos apresentaram desde edema até queimadura por extravasamento de soluções, sendo necessário que o RN fosse submetido a cirurgia plástica. Face à isso, vemos que a escolha do acesso vascular é primordial para melhor assistência ao recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva neonatal, devido seu tempo de interação elevado, necessidade do uso de terapia intravenosa, antibióticoterapia, e um acesso vascular periférico não proporciona condições adequadas para esse tratamento, pois comprova-se que a troca do cateter se repete por várias vezes durante este tratamento. É sabido que a manipulação excessiva do RN, além de causar estresse, dor, perda de calor, expõe os Rns às complicações das punções conforme dados encontrados. O enfermeiro é fundamental para avaliar, assistir e discutir sobre o acesso a ser realizado, principalmente nesta clientela com características inerentes a faixa etária.

Palavras-chave: enfermagem, neonatologia, acesso vascular.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

215 – Cuidar de crianças e orientar famílias: autoconfiança de graduandos de enfermagem

Diane Militão Yamamoto^{*}

Lívia Bianco[†]

Débora Falleiros de Mello[‡]

Atualmente, a formação de enfermeiros no Brasil vem se inserindo na perspectiva de um compromisso voltado para o Sistema Único de Saúde, com ênfase na integralidade, a fim de promover a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora e da humanização da atenção à saúde. Os profissionais de saúde precisam de uma formação adequada, com competência e capacidade resolutiva, essenciais para a garantia da atenção integral e de qualidade à saúde da população (Ministério da Saúde, 2009). O profissional enfermeiro tem uma posição chave para o desenvolvimento e utilização de estratégias inovadoras na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e educação em saúde, proporcionando interação com famílias e profissionais de saúde para aquisição de conhecimentos, trocas de experiências e ampliação da atenção à saúde. O ensino de enfermagem abordando a criança tem como foco apreender a saúde infantil no contexto familiar e articular ao sistema de saúde local. Assim, os estudantes de enfermagem precisam vivenciar o cotidiano das crianças em visitas domiciliares, núcleos de atendimento à família, hospital, entre outros. Este estudo tem por objetivo identificar a confiança de estudantes de enfermagem no cuidado da saúde da criança, em suas experiências durante o curso de graduação em uma universidade pública do interior do estado de São Paulo. **Metodologia** Estudo exploratório-descritivo, de natureza quantitativa sobre a aprendizagem durante o ensino de graduação em enfermagem, com destaque para aspectos de confiança do estudante para o cuidado da criança no contexto da família. O estudo foi desenvolvido com estudantes do final do terceiro ano de graduação em Enfermagem, após o término das disciplinas que envolviam o cuidado da criança e do adolescente em uma universidade pública do interior do estado de São Paulo. Participaram do estudo 34 estudantes, a partir de uma amostra aleatória. Foi aplicado um questionário estruturado com questões fechadas contemplando os seguintes aspectos: confiança no planejamento e realização de intervenções com a equipe de saúde e família ou mãe, de acordo com os recursos disponíveis no serviço de saúde; confiança na comunicação com a criança e família e orientações durante o atendimento para a criança e para a família ou mãe e encorajar o envolvimento da família no cuidado com a criança. Em cada um desses itens havia três alternativas de respostas, sendo elas: Nunca, Às vezes e Sempre. **Resultados e Discussão** Inicialmente, o instrumento utilizado buscou conhecer se os estudantes se sentiam confiantes para efetuar uma comunicação de forma próxima com a criança e com a família durante o cuidado. Os resultados mostram que, na comunicação com a criança, 73,5% se sentem seguros, 23,5% às vezes e 2,9% nunca, e com a família 73,5% se sentem seguros para estabelecer uma comunicação e 26,5% às vezes. Em relação a orientações prestadas à família e às mães, considerando o contexto social de cada criança, 64,7% se sentem confiantes para orientar e 35,3% às vezes. Por outro lado, quanto às orientações sobre os cuidados à saúde da criança a serem realizados no domicílio, 53% se sentem seguros para orientar a família e a mãe da criança e 47% às vezes. No tocante a

^{*} Enfermeira, Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Rua: Florianópolis, 286, Vila Aeronáutica; CEP: 16056-750, Araçatuba, SP. dianeyamamoto@yahoo.com.br

[†] Acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

[‡] Enfermeira, Professora Associada do Departamento Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

perceber a disponibilidade e envolvimento da família, da mãe ou cuidador para o cuidado da criança, 56% demonstram essa sensibilidade e 44% às vezes. Além desse aspecto, 50% afirmam estar confiantes em encorajar a família a se tornar mais ativa no cuidado à saúde da criança e 50% às vezes sentem-se seguros. Nas questões que relacionam o planejamento e realização de intervenções de acordo com os recursos de saúde, 44% dizem ter firmeza em estabelecer planos adequados e consonantes com o que o serviço dispõe e 56% às vezes. Quanto ao estabelecimento de intervenções em parceria com a equipe de saúde e família, mãe ou cuidador, 58% dos estudantes dizem que às vezes se sentem confiantes e 41% se sentem mais confiantes. Nos aspectos sobre a confiança para a criação de vínculo com a criança e sua família, 64,7% afirmaram que se sentem seguros e 32,3% às vezes. No ensino de graduação a avaliação da aprendizagem é necessária, particularmente quanto à apropriação pelo estudante de conhecimentos, atitudes e capacidade de relacionar teoria e prática (Provenzano, Moulin, 2000). Neste estudo, houve uma aproximação à avaliação com um caráter exploratório e de diagnóstico. Os estudantes, sucintamente, mostram alguns aspectos de sua autoconfiança para o cuidado à saúde da criança. A educação em enfermagem é considerada um objeto de estudo complexo e que pode ser abordado de diferentes perspectivas da formação profissional (Rosa, Cestari, 2007). Em geral, o ensino para graduandos na área de saúde da criança e pediatria tem algumas limitações, tais como uma tendência a concentrar o ensino, principalmente, em unidades hospitalares, com pouca flexibilidade para experiências com pacientes ambulatoriais ou no domicílio, e essa ênfase pode não prover o estudante de oportunidades de aprendizagem para o desenvolvimento de habilidades e necessidades para o trabalho de saúde com a família e na comunidade (WHO, 2006). Para a inovação na saúde, são relevantes as práticas que contribuem para o avanço da produção da saúde e do cuidado, tendo em vista a qualidade e a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes (BRASIL, 2001).

Considerações Finais Os estudantes tiveram experiências na saúde da criança em diferentes ambientes de cuidado, e verificou-se que, em sua maioria, eles identificam percepções que contribuíram para sua formação e para o cuidado da saúde da criança. Nessa perspectiva, na formação do profissional enfermeiro, é relevante que o cuidado de enfermagem seja vivenciado de forma ampliada, englobando diferentes situações de vida e saúde, os principais problemas de saúde da criança no contexto da família, a prevenção, a promoção, o tratamento e o seguimento, procurando assegurar importante impacto sobre a saúde infantil. É de extrema importância desenvolver nos profissionais de enfermagem liderança e protagonismo para uma atuação na perspectiva do cuidado integral à saúde, valorizando a qualificação para intervenção na promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde de forma indissociável.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

216 – Reduzindo o nível de pressão sonora da uti neonatal: estratégias adotadas pelos profissionais de saúde*

Daniela Daniele[†]
Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro[‡]
Eliana Moreira Pinheiro[‡]
Tereza Yoshiko Kakehashi[‡]

Introdução: A unidade neonatal é um ambiente muito estimulante. A todo o momento, aqueles que nela permanecem estão expostos a diversos tipos de ruído como: circulação de pessoas na unidade, ruídos dos equipamentos de suporte à vida, como respiradores mecânicos, berços aquecidos, aparelhos de fototerapia, bombas de infusão, monitores cardiorespiratórios, motor das incubadoras, abertura e fechamento das portinholas das incubadoras, conversa dos profissionais de saúde e da família, alarmes sonoros, rádios, dentre outros. Esses ruídos podem causar danos psicológicos e fisiológicos ao recém-nascido, tais como alteração do sono, desorientação, estresse, irritabilidade, alteração do ritmo circadiano, frequência cardíaca, pressão sanguínea, oxigenação, respiração, peristaltismo e consumo de glicose, além de perda auditiva, os quais acabam por prejudicar a recuperação do bebê. Outra influência dos altos níveis de pressão sonora para o recém-nascido é a interferência no estado de sono profundo, o qual possui um papel importante para a maturação das funções cerebrais, induz a irritabilidade e o choro freqüente, que leva a instabilidade fisiológica, aumento da pressão arterial e altera a irrigação craniana intraventricular, aumentando os riscos de hemorragia nessa área. Os profissionais que trabalham na UTI, também, sofrem conseqüências do elevado nível de ruído do ambiente, que se caracteriza como ansiedade e estresse. Além disso, pode desencadear elevação do nível de pressão arterial, alteração no ritmo cardíaco e no tônus muscular, cefaléia, perda auditiva, confusão, baixo poder de concentração, o que pode induzir ao erro e irritabilidade. Não podemos esquecer que o ruído também influencia na saúde da família dos recém-nascidos internados nas unidades neonatais, uma vez que estas estão inseridas no ambiente e acabam sofrendo sua conseqüência. Quando o ruído é excessivo, pode desencadear para os pais: aumento da irritabilidade, medo, dificuldade para interagir com o recém-nascido, dificuldade para estabelecer vínculo com a equipe de saúde, o que acaba por dificultar a compreensão sobre o estado de saúde do bebê, afasta os pais e aumenta o período de internação do recém-nascido, pois a presença dos pais é essencial para a melhora do prognóstico. Partindo da importância dos efeitos deletérios do ruído ambiental em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e do papel dos profissionais de saúde no controle e monitoramento dos níveis de pressão sonora dessa unidade, questionamos quais as estratégias utilizadas pela equipe de saúde de uma UTIN. **Objetivo:** verificar as fontes de ruído e as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde de uma UTI neonatal de um hospital de ensino do município de São Paulo, antes da implementação de um programa educativo. **Método:** Trata-se um estudo quantitativo, descritivo, o qual tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. O local do estudo foi uma UTIN que dispõe de uma área física

* Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo.(FAPESP) sob N°. 2008/50874-9

[†] Aluna do curso de graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e bolsista da FAPESP.

[‡] Enfermeira, Professora Doutora da Disciplina de Enfermagem Pediátrica da Escola Paulista de Enfermagem – UNIFESP. Rua Napoleão de Barros 754. São Paulo. E-mail:mmfbalieiro@unifesp.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

dividida em 4 salas, duas salas com 4 leitos cada para a assistência aos recém-nascidos criticamente doentes e duas salas com 6 a 8 leitos para os de cuidados intermediários, de um hospital de ensino do município de São Paulo. Os sujeitos do estudo foram profissionais da UTIN incluindo: pós-graduandos, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas, totalizando uma amostra de 90 profissionais. Utilizou-se o questionário como instrumento de coleta de dados considerando seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de formação, período de trabalho, profissão, características do ambiente neonatal quanto ao ruído e cuidados adotados na prevenção do ruído ambiental. **Resultados:** Evidenciou-se 49,4% são da equipe de enfermagem, seguido de 17,9% de medicina e o restante de outras áreas. A média de idade foi de 33 anos com uma mediana de tempo de trabalho na UTIN de 5 anos. O ambiente da UTIN foi considerado muito ruidoso (45,3%). As fontes de ruídos apontadas foram: alarme dos monitores (19,7%), conversa (17,9%), som dos equipamentos (13,3%) e sons externos (4,9%). As estratégias adotadas para a redução do ruído foram: o cuidado na manipulação da incubadora (34,6%), a diminuição do tom de voz (25,8%), cuidado em não provocar ruído (18,9%), ajustes dos alarmes (10,6%), o respeito da hora do soninho (2,8%) e outras intervenções (7,3%). **Discussão:** A partir da análise dos dados, percebemos que a maioria dos profissionais que atuam na unidade neonatal percebe que o ruído está presente e quase metade deles consideram-na muito ruidosa. Estratégias são adotadas para minimizar o nível de pressão sonora e, conseqüentemente, reduzir a nocividade do ruído na saúde de todos que estão presentes na unidade neonatal. As estratégias adotadas pelos profissionais vão de encontram as recomendações apontadas na literatura, que demonstram que um programa educativo pode reduzir significativamente os níveis de pressão sonora no ambiente quando comparado ao período antes da intervenção por meio da conscientização do problema pela equipe. A adesão a um programa de cuidados voltados ao desenvolvimento do neonato que inclua o controle de ruído é um papel dos profissionais de saúde que devem adaptar o prematuro a vida extra-uterina pelo controle, redução e modificação dos estímulos visuais, táteis e auditivos na UTIN. As estratégias adotadas pelos sujeitos deste estudo contemplam as utilizadas na literatura. Outro fator importante é a modificação arquitetônica da unidade neonatal para que contemplem painéis de redução do ruído, redução de leitos por salas, pisos adequados à absorção do ruído e uma acústica adequada na unidade para que evite a reverberação do som, pois somente a conscientização da equipe no controle do ruído é insuficiente sem essas medidas de estrutura física. **Conclusão:** A partir desses resultados, concluiu-se da necessidade de prover maiores informações sobre o ruído e seus efeitos nocivos para os profissionais, os recém-nascidos e para a família. Portanto, foi elaborado um programa educativo de redução do ruído nessa unidade, que foi aplicado para todos os profissionais de saúde que trabalham na UTIN com o objetivo de mostrar-lhes as fontes de ruído mais freqüentes na unidade e o nível de ruído provocado em dB(A), conscientizando-os quanto aos efeitos nocivos causados para todas as pessoas que freqüentam esse ambiente.

Palavras-chaves: ruído, unidade de terapia intensiva neonatal, profissionais de saúde.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**217 - Produção acadêmica de enfermagem na área de neonatologia:
contribuições para o cuidar na perspectiva da humanização da assistência em
saúde**

Rita de Cássia de Jesus Melo*
Ivis Emília de Oliveira Souza[†]
Cristiane Cardoso de Paula[‡]

Introdução: Os avanços tecnológicos na área perinatal datam principalmente das três últimas décadas, sendo a neonatologia relativamente recente se considerarmos a organização de um espaço específico para assistir às crianças com problemas no período neonatal¹. Desse modo, registra-se na literatura científica nacional e internacional, o empenho dos profissionais de saúde em aprimorar cada vez mais a qualidade de assistência prestada a esses recém-nascidos, buscando não somente a sobrevivência dos recém-nascidos cada vez mais prematuros ao nascer, mas, de modo especial, sua a qualidade de vida. Neste sentido, a análise dos parâmetros de crescimento e de desenvolvimento desses recém-nascidos, perpassa por diversos fatores que exercem efeitos duradouros na constituição do ser humano. A equipe de enfermagem, constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assume a realização de uma atenção cada vez mais diferenciada e determinada por protocolos e procedimentos que exigem competência e habilidades, nem sempre garantidas na etapa de formação profissional. As características de tratamento intensivo voltado para a população neonatal, agredida pela prematuridade e/ou outras condições patológicas, não favorecem o acesso freqüente de estudantes a este ambiente de cuidados, daí ser indicada uma especialização pós-média ou após a graduação. Assim, a produção científica interessa aos profissionais lotados neste setor e mais ainda àqueles que buscam a atualização numa ótica de educação permanente. **Objetivos:** Entendendo que o acesso e a disseminação do conhecimento produzido é etapa a ser considerada na elaboração de novos estudos, busca-se neste trabalho traçar um perfil dos objetos investigados nas produções acadêmicas de enfermagem, na área da neonatologia, analisando marcos e tendências do cuidado ao recém-nascido prematuro, que considera o envolvimento de mães e familiares nestas teses e dissertações. Trata-se da etapa de revisão bibliográfica para fundamentação de proposta de dissertação de mestrado na temática da saúde da criança, com enfoque no que significa para a mãe de recém-nascido prematuro a possibilidade de tocar o filho na UTIN. De modo a evidenciar as contribuições para o cuidar tenho como objetivos: a) identificar as tendências assistenciais a partir das problemáticas estudadas; b) discutir as perspectivas teóricas e c) analisar a abrangência das propostas assistenciais implícitas nos resultados encontrados. **Metodologia:** A busca bibliográfica foi desenvolvida no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES) e nos Catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEn/ABEn) com as seguintes palavras: recém-nascido, prematuro, terapia intensiva neonatal, enfermagem, humanização, toque, vínculo afetivo. A seleção foi realizada por leitura refinada de todos os títulos com seleção daqueles de interesse. **Resultados:** Foram encontradas 135 produções sendo 114 dissertações e 21 teses referentes ao período de 1981 a 2007. Sendo analisado que a primeira dissertação data de 1981 do mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery, e a primeira tese em 1993 pela Escola Paulista de Medicina. Nota-se que o desenvolvimento da pesquisa na área neonatal em relação a outras áreas de

*Enfermeira, Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestranda da EEAN do NUPESC. cassiajmelogamail.com

[†]Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular de Enfermagem Obstétrica do DEMI/EEAN/UFRJ.

[‡]Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica. Professora Adjunta do DENFE/UFSM/RS.

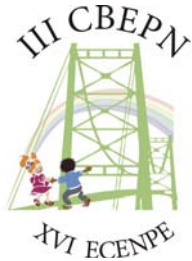


**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

conhecimento desenvolveu lentamente, com aproximadamente duas produções anualmente encontrada até o ano de 1996. A partir desse ano há um crescimento das produções de enfermagem nesta área, com destaque para o ano de 2002 onde houve apresentação de 16 dissertações e 04 teses. Dentre as regiões brasileiras, a Sudeste apresenta a maior concentração de produções, principalmente, nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Dentre os estudos apenas um era experimental e duas revisões bibliográficas. As abordagens quantitativa e quanti-qualitativa apresentam um equilíbrio de produções e tinham foco temático voltado para equipamentos, materiais, técnicas e procedimentos aplicados na assistência ao recém-nascido na UTIN, com vista a um aprimoramento da qualidade dos cuidados prestados. As abordagens qualitativas com utilização de diferentes referencial teórico e metodológico são as mais utilizadas nos estudos, dadas às características e a complexidade do trabalho em saúde, no qual os processos que se desenvolvem possuem conotações diferenciadas que passam por discursos, atitudes, valores e saberes. Estas abordagens, por sua natureza têm possibilitado tanto a interpretação quanto a construção de análises que valorizam as significações dos fenômenos estudados, uma vez que grande parte das produções encontradas contempla a busca de percepções, significados das vivências, experiências, sentimentos e representações. Além disto, há o privilégio do enfoque relacional das pessoas envolvidas no processo de internação e assistência no cenário da UTIN: pais, mães, família, recém-nascidos, profissionais de enfermagem e demais categorias profissionais. Observa-se que um dos instrumentos de coleta de dados mais utilizados é a entrevista, seja fenomenológica, semi-estruturada ou estruturada. A qual permite ao investigador, conforme o rigor do método, estar próximo ao sujeito pesquisado. Buscam compreender as experiências de ser mãe de recém-nascido prematuro, significado da internação do filho para os pais, vivências maternas em UTIN, percepção da equipe frente a presença dos pais, do cuidado ao recém-nascido, do entendimento sobre humanização, conforto dentre outros. Os temas destacam patologias, procedimentos específicos, condições desfavoráveis na prestação da assistência, como dimensionamento de pessoal, riscos de infecções, falta de informações precisas, atuação profissional frente a procedimentos dolorosos e invasivos. São abordados numa perspectiva de aprimoramento do cuidado, numa construção de possibilidades para cuidar, pelo qual a aliança de saberes favorece a comunicação, a expressividade, permitindo que sejam criados, transformado, mecanismos que alcance de maneira complexa, porém singular cada sujeito desse cenário. **Conclusão:** A produção acadêmica de enfermagem contribui no sentido de ressignificar a presença e participação da família e dos profissionais de saúde como pessoas sensíveis. Mediante a proposta de humanização, integralidade da assistência, melhorando a comunicação verbal e não verbal. Promove sua base fundamental no apoio, suporte, intermediação de saberes, vínculo, reciprocidade, dialogicidade, prevenção de agravos, promoção da saúde, bem-estar, conforto e rede social. Investiga ainda a si próprio “Enfermagem” na busca por uma equidade no atendimento ao recém-nascido e sua família, transpondo assim barreiras. Vive momentos difíceis que demandam da Enfermagem habilidades e competências para sentir, pensar e agir, que, muitas vezes, ultrapassam suas possibilidades conhecidas. A família do recém-nascido necessita de um enfermeiro que lhe ajude a refletir os momentos vividos como possibilidades de crescer e superar-se nas habilidades e virtudes que lhes faltam².

Referências:

1. Arone EM, Cunha ICK. O Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da assistência. Rev. Bras. Enferm. 2007; 60(6): 721-3.
2. Pedroso GER, Bouso RS. O significado de cuidar da família na uti neonatal: crenças da equipe de enfermagem. Revista Ciência, Cuidado e Saúde 2003; 2(2): 123-9.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

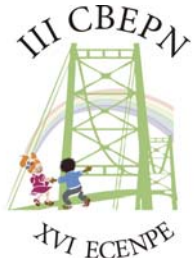
218 - Prevenção de acidentes na infância: conhecimento das mães

Sabrina Cardoso Ricciardi*
Vanessa Rauber Guimarães*
Liane Einloft†

Os acidentes são evitáveis e não devem ser encarados como uma fatalidade, três fatores devem ser observados: a criança suscetível, o ambiente inseguro e o agente desencadeador (FONSECA et al, 2002). O presente estudo de caráter descritivo quantitativo buscou identificar o conhecimento das mães em relação à prevenção de acidentes em crianças de 0 a 6 anos, objetivando a elaboração de uma cartilha de orientação. O método utilizado neste estudo é o de pesquisa quantitativa do tipo exploratório-descritivo. Esse tipo de pesquisa envolve a coleta sistemática de informações numéricas, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação utilizando procedimentos estatísticos (PEREIRA,1999). Sabe-se que as investigações epidemiológicas, de cunho descritivo, têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento na população, em termos quantitativos (BECK,HUNGLER,POLIT,2004). A coleta de dados foi realizada através do preenchimento de um questionário com perguntas abertas e fechadas, aplicado nos meses de janeiro e fevereiro de 2008. A amostra é constituída por 100 mães de crianças nessa faixa etária que freqüentam uma Unidade Básica de Saúde no município de Canoas/RS. A análise estatística e o tratamento dos dados foram realizados com auxílio de SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 10.0). As respostas demonstraram que 86% testam a temperatura do alimento antes de oferecer à criança, 93% deixa o cabo da panela corretamente no fogão, 87% guardam os produtos de limpeza adequadamente e 93% não possuem fios elétricos expostos em casa. Apesar disso, somente 17% das mães possuem protetores nas tomadas elétricas e 55% sabe os telefones de emergência. O número de acidentes ocorridos foi de 41%. Diante da análise dos resultados obtidos, percebemos um desfecho episódico, pois as mães-sujeitos dessa pesquisa demonstraram através de suas respostas um bom conhecimento sobre os cuidados que devem ter com seus filhos em algumas das situações pesquisadas. Levando em conta que a maioria delas tem muito pouco estudo e é oriunda de classe socioeconômica baixa, a tendência seria demonstrarem menor conhecimento do assunto, como já foi visto em algumas pesquisas semelhantes. Porém, mesmo com essa realidade, um número significativo de entrevistadas mostrou carência de muitas informações, entre elas como prevenir os acidentes e, em situações de emergência, não sabiam qual o telefone a chamar por ajuda. Os resultados mostraram que o conhecimento das mães sobre tais assuntos é bom, mesmo com o baixo nível de estudo das entrevistadas. Atribuímos o conhecimento à mistura de alguns fatores, como as diversas campanhas na mídia alertando sobre o assunto, o intenso trabalho dos profissionais da área de saúde que cada vez mais se preocupam com a prevenção e também ao fato da pesquisa ter sido feita por entrevista, cujas perguntas, muitas vezes, acabam influenciando as mães a responderem da forma como acham que deveriam agir, e não da forma como agem. Muitas mães sabem o que devem fazer, mas não o fazem por desleixo ou desconhecimento da motivação de tais ações. Assim, acabam respondendo o que sabem que deveria ser feito e não

* Acadêmicas do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS. E-mail: saricciardi@hotmail.com; vanessa.rauber@hotmail.com

† Enfermeira Pediátrica. Mestre em Gerência de Serviços, Professora do Curso de Graduação de Enfermagem da ULBRA – Canoas/RS. Orientadora. E-mail: liane.einloft@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

o que realmente fazem. Por outro lado, analisando o crescente número de acidentes, é possível suspeitar que muitas das mães responderam como acham que deveriam agir, não como realmente agem. Chega-se à importância dos profissionais de saúde educar as mães para a prevenção, salientando que se deve ensinar não somente o que fazer, mas o porquê, para que o conhecimento adquirido seja realmente utilizado na prática.

Palavras-chave: criança, prevenção de acidentes, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

219 - O nascimento de crianças com baixo peso: relação com o pré-natal e tipo de parto*

Marli Terezinha Stein Backes*
Maria Cristina Flores Soares[†]

Introdução: A assistência pré-natal qualificada e com número adequado de consultas pré-natais, desempenha um papel importante na prevenção do baixo peso ao nascer (BPN). Segundo o Ministério da Saúde (2000a; 2000b), o acompanhamento pré-natal deve cumprir os requisitos básicos de ser precoce (iniciar no primeiro trimestre), periódico e contínuo, dispensado a toda a mulher grávida durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos, acompanhando-a tanto na unidade de saúde como em seu domicílio, e por meio de reuniões comunitárias, uma vez em que toda a gestação traz em si risco para a mãe ou para o feto e, a ausência de controle pré-natal constitui, por si mesma, um fator de risco para a gestante e o recém-nascido. Autores apontam que a ausência do acompanhamento pré-natal e/ou o número de consultas pré-natais inferior a 07(sete) realizadas durante a gestação é apontado como fator de risco para o BPN (NASCIMENTO; GOTLIEB, 2001; KILSZTAJN et al., 2003; CARNIEL et al., 2008). Por outro lado, também já está comprovado que a assistência pré-natal adequada desempenha um papel importante na prevenção do BPN, pois, os filhos de mães que realizam mais de 06(seis) consultas pré-natais, apresentam menor prevalência de BPN e/ou prematuridade (NASCIMENTO; GOTLIEB, 2001; KILSZTAJN et al., 2003). Entretanto, ainda há controvérsias sobre os efeitos do pré-natal no que se refere a prevenção do BPN (CARNIEL et al., 2008). Em relação ao tipo de parto, no estudo realizado por Nascimento e Gotlieb (2001), a prevalência de baixo peso foi maior entre os nascidos de parto vaginal do que por cesariana. Já Silva et al. (2001), encontraram associação positiva entre o parto cesáreo e o BPN, em São Luís/Maranhão. Diante destas controvérsias relacionadas tanto ao número de consultas pré-natais realizadas pelas mães durante a gestação, como também em relação ao tipo de parto e seus efeitos sobre o BPN, nosso **objetivo** através do presente estudo foi avaliar a influência do número de consultas pré-natais realizado pelas mães durante a gestação e do tipo de parto sobre o peso dos recém-nascidos. **Método:** O presente estudo de casos e controles foi realizado no município de Rio Grande/RS, no período de abril a novembro de 2003. A coleta de dados ocorreu através de um questionário aplicado, ainda na maternidade, a 547 mães (138 do grupo dos casos, que tiveram recém-nascidos com BPN, ou seja, com peso menor que 2.500 gramas e, 409 do grupo controle, que tiveram recém-nascidos com peso igual ou maior que 2.500 gramas) que deram à luz nos dois hospitais existentes neste município. Buscou-se todos os recém-nascidos de BPN, de partos únicos, neste período (casos). Para cada caso foram incluídos três controles. Os

* Resumo expandido integrante da Dissertação de Mestrado intitulada "O baixo peso ao nascer em recém-nascidos de mães residentes nas comunidades próximas ao parque industrial do município de Rio Grande/RS: um estudo de casos e controles (Backes, 2004), apresentado no III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica (ECENPE) - Florianópolis/sc - 06 a 08 de outubro de 2009.

* Doutoranda do Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES) do PEN/UFSC. Endereço: Av. Rubens de Arruda Ramos Nº 1784 / Aptº 1103 - CEP: 88015-700 / Florianópolis/SC. Fone: 0XX (48)3322-0629 /3209-2813. E-mail: marli.backes@bol.com.br.

[†] Doutora em Fisiologia da Reprodução/Departamento de Ciências Fisiológicas da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

controles foram as três crianças, também de partos únicos que nasceram imediatamente após o caso, no mesmo hospital, também filhos de mães residentes no município de Rio Grande. O cálculo do tamanho da amostra foi definido para alcançar uma precisão de 5%, com um nível de confiança de 95%, um poder de 80% e um risco relativo de 2,50, estando a prevalência de exposição entre os controles em torno de 9%. Estimou-se que, trabalhando com uma proporção de três controles para cada caso, e incluindo 10% para perdas e 15% para controle das variáveis de confusão seriam suficientes 139 casos e 417 controles. Sendo a taxa de prevalência de BPN em Rio Grande em torno de 9,4%, segundo levantamento realizado para definir a amostragem no qual foi considerado o número total de crianças nascidas no município em outubro de 2002 e, ocorrendo cerca de 3.768 nascimentos ao ano, conforme os dados do IBGE de 1998 (IBGE, 1998). Foram necessários oito meses para recrutar um número suficiente de casos e controles. Houve um total de três recusas entre os casos e uma recusa entre os controles. Entre os controles houve também quatro perdas. Os dados foram avaliados através do método de regressão logística não condicional, obtendo-se as razões de Odds e intervalos de confiança em todas as análises, utilizando um nível de significância de 0,05. Na análise bivariada, o efeito de cada uma das intercorrências sobre o baixo peso ao nascer foi analisado isoladamente. Na regressão logística multivariada foi efetuado o ajuste para as variáveis que permaneceram no modelo hierárquico previamente estabelecido, ou seja, que apresentaram um nível de significância menor que 0,20. Quanto às maternidades dos dois hospitais gerais mencionados acima, ambas atendem mulheres de baixa renda, e também, atendem convênios e/ou particulares. Uma delas pertence a um Hospital Universitário (HU) que é referência no atendimento à AIDS, no atendimento à gravidez de alto risco e neonatologia, e também é reconhecido como Hospital Amigo da Criança, desde o ano de 2002. A outra maternidade pertence a uma instituição filantrópica, onde 70% de seus clientes são atendidos pelo SUS, e não possui UTI pediátrica ou neonatológica. Desta forma, a maior parte da amostra deste estudo, ou seja, 60% das mães eram provenientes do HU. Foram colhidos registros na maternidade de cada hospital. Além disso, um questionário foi aplicado às mães ainda durante a internação hospitalar na maternidade, por um entrevistador treinado. Através deste questionário foram investigados os fatores de risco que poderiam interferir no desfecho estudado. Também foi realizada a mensuração da altura da mãe no final da aplicação do questionário. Em relação aos aspectos éticos, foi levado em conta o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e também a Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996) do Ministério da Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande de Rio Grande/RS, sob o Parecer Nº 16/2006. Todas as mães entrevistadas assinaram a Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** O número de consultas pré-natais foi estatisticamente significativo e, o risco da criança nascer com BPN foi reduzido quando a mãe realizou 05(cinco) ou mais consultas pré-natais (RO=0,38). Cerca de 36,0% das mães dos casos, contra 24,0% das mães dos controles consultaram menos de 05(cinco) vezes durante a gestação. Entre as mães com 05(cinco) ou mais consultas pré-natais, 69,7% faziam parte dos controles, contra apenas 51,4% dos casos. As mães dos casos realizaram, em média, 5,8 consultas, contra 6,7 das mães dos controles. O número de consultas pré-natais também esteve associado significativamente com a renda familiar e com a escolaridade materna. Quanto maior a renda, maior o número de consultas realizadas. Entre as mães que não realizaram o pré-natal, 17,4% tinham renda familiar menor de 01(um) salário mínimo mensal, contra apenas 2,3% das mães com renda igual ou maior que 03(três) salários mínimos mensais. As mães que realizaram 05(cinco) ou mais consultas pré-natais, compreendem 82,4% das mães com melhor renda, contra 40,7% das mães mais pobres. Em relação à escolaridade materna, das mães que não realizaram nenhuma consulta pré-natal, 16,2% tinham até 03(três) anos de escolaridade, contra apenas 2,0% das mães com



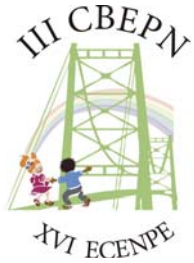
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

08(oito) ou mais anos de estudo. Já as mães que realizaram 05(cinco) ou mais consultas, 79,0% tinham 08(oito) ou mais anos de escolaridade, contra apenas 44,6% das mães com até 03(três) anos de estudo. O tipo de parto não foi significativo em relação ao BPN. No entanto, o tipo de parto associou-se significativamente com a renda familiar. O parto cesáreo foi cerca de 02(duas) vezes mais freqüente entre as mães com melhor renda (67,0%) do que entre as mães mais pobres (36,0%). Na análise multivariada, o número de consultas pré-natais também associou-se significativamente com o BPN. Quando o número de consultas pré-natais foi maior ou igual a 05(cinco), o risco reduziu na análise bivariada (RO=0,38) e, na análise multivariada essa redução do risco foi ainda maior (RO=0,17). Apenas cerca da metade (51,5%) das mães de toda a amostra iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e, 7,9% (43) das mães não realizaram nenhuma consulta pré-natal. Neste estudo o tipo de parto não se associou com o BPN nos dois tipos de análise efetuadas. Quando considerada a amostra como um todo, 53% das mães realizaram parto cesáreo. Esse índice ainda mais elevado poderia ser explicado pelo tipo de estudo caso-controle, o qual dirige sua atenção para recém-nascidos de baixo peso, já determinando assim um desfecho gestacional desfavorável, o que poderia estar associado a um número maior de cesarianas. É importante também destacar que neste estudo, das crianças nascidas de cesarianas (53%), 60,2% aconteceram no Hospital Universitário e 42,2% no hospital filantrópico. O Hospital Universitário tem sido considerado para gestação de risco por possuir uma unidade de cuidados intensivos neonatais. **Conclusão:** os resultados encontrados neste estudo vem somar-se aos resultados dos demais autores, ratificando a importância da assistência pré-natal para evitar desfechos gestacionais desfavoráveis, sobretudo o baixo peso ao nascer. É importante que o pré-natal seja iniciado o mais precocemente possível, tenha a periodicidade correta e possa ser oferecido com qualidade à todas as gestantes, independentemente da condição socioeconômica, cor, e escolaridade da mãe, buscando gestantes faltosas, possibilitando o tratamento das intercorrências na gestação, fornecendo as informações necessárias às mães sobre os fatores de risco envolvidos com o BPN.

Palavras-chaves: recém-nascido de baixo peso, assistência pré-natal, parto.

Referências:

- 1 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal:** manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.
- 2 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco/** Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
- 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº. 196.** Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 1996.
- 4 - CARNIEL, EF; ZANOLLI, ML; ANTÔNIO, MARGM; MORCILLO, AM. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das declarações de nascidos vivos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n.1, p.169-179, 2008.
- 5 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados de 1998.** Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidades@>. Acesso em: 26 janeiro 2003.
- 6 - KILSZTAJN, S; ROSSBACH, A; CARMO, MSN; SUGAHARA, GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, jun; v. 37, n.3, p.303-310, 2003.
- 7 - NASCIMENTO, LFC; GOTLIEB, SLD. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. **Informe Epidemiológico do SUS**, São Paulo, jul/set; v. 10, n.3, p.113-120, 2001.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

8 – SILVA, AAM, LAMY-FILHO, F; ALVES, MTSSB; COIMBRA, LC; BETTIOL, H; BARBIERI, MA. Risk factors for low birthweight in north-east Brazil: the role of cesarean section. **Pediatric and Perinatal Epidemiology**, v.15, p.257-274, 2001.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

220 - Fumo materno, fumo passivo e baixo peso ao nascer*

Marli Terezinha Stein Backes*
Maria Cristina Flores Soares[†]

O hábito de fumar durante a gravidez, causa sérios problemas para a mãe e para o feto, tais como, abortos espontâneos, complicações com a placenta e hemorragias, morte fetal ou neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer (BPN), bebês com menor comprimento e complicações durante o parto. Além disso, quando a gestante é exposta ao fumo passivo, convivendo ou trabalhando em ambientes poluídos pela fumaça do cigarro, a mesma absorve as substâncias tóxicas desta fumaça, as quais passam para o feto, através da circulação sanguínea. Os efeitos sobre o feto são produzidos, principalmente, pelo monóxido de carbono e pela nicotina (Ministério da Saúde, 1996a). Este estudo que integra uma dissertação de mestrado levou em consideração todos os possíveis fatores de risco que levam ao BPN. No entanto o **objetivo** do presente trabalho é divulgar/apresentar a influência do fumo materno e do fumo passivo sobre o nascimento de crianças com BPN. **Método:** estudo caso-controle realizado no município de Rio Grande/RS, no período de abril a novembro de 2003. A coleta de dados ocorreu através de um questionário aplicado, ainda na maternidade, a 547 mães (138 do grupo dos casos, que tiveram recém-nascidos com BPN, ou seja, com peso menor que 2.500 gramas e, 409 do grupo controle, que tiveram recém-nascidos com peso igual ou maior que 2.500 gramas) que deram à luz nos dois hospitais existentes neste município. Buscou-se todos os recém-nascidos de BPN, de partos únicos, neste período. Para cada caso foram incluídos três controles. Os controles foram as três crianças, também de partos únicos que nasceram imediatamente após o caso, no mesmo hospital, também filhos de mães residentes em Rio Grande/RS. O cálculo do tamanho da amostra foi definido para alcançar uma precisão de 5%, com um nível de confiança de 95%, um poder de 80% e um risco relativo de 2,50, estando a prevalência de exposição entre os controles em torno de 9%. Estimou-se que, trabalhando com uma proporção de três controles para cada caso, e incluindo 10% para perdas e 15% para controle das variáveis de confusão seriam suficientes 139 casos e 417 controles. Sendo a taxa de prevalência de BPN em Rio Grande em torno de 9,4%, segundo levantamento realizado para definir a amostragem na qual foi considerado o número total de crianças nascidas no município em outubro de 2002 e, ocorrendo cerca de 3.768 nascimentos ao ano, conforme os dados do IBGE de 1998 (IBGE, 1998). Foram necessários oito meses para recrutar um número suficiente de casos e controles. Houve um total de três recusas entre os casos e uma recusa entre os controles. Entre os controles houve também quatro perdas. Os dados foram avaliados através do método de regressão logística não condicional, obtendo-se as razões de Odds e intervalos de confiança em todas as análises, utilizando um

* Resumo expandido integrante da Dissertação de Mestrado intitulada "O baixo peso ao nascer em recém-nascidos de mães residentes nas comunidades próximas ao parque industrial do município de Rio Grande/RS: um estudo de casos e controles (Backes, 2004), apresentado no III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica (ECENPE) - Florianópolis/sc – 06 a 08 de outubro de 2009.

* Doutoranda do Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES) do PEN/UFSC. Endereço: Av. Rubens de Arruda Ramos Nº 1784 / Aptº 1103 – CEP: 88015-700 / Florianópolis/SC. Fone: 0XX (48)3322-0629 /3209-2813. E-mail: marli.backes@bol.com.br.

[†] Doutora em Fisiologia da Reprodução/Departamento de Ciências Fisiológicas da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

nível de significância de 0,05. Na análise bivariada, o efeito de cada uma das intercorrências sobre o baixo peso ao nascer foi analisado isoladamente. Na regressão logística multivariada foi efetuado o ajuste para as variáveis que permaneceram no modelo hierárquico previamente estabelecido, ou seja, que apresentaram um nível de significância menor que 0,20. Quanto às maternidades dos dois hospitais gerais mencionados acima, ambas atendem mulheres de baixa renda, e também, atendem convênios e/ou particulares. Uma delas pertence a um Hospital Universitário (HU) que é referência no atendimento à AIDS, no atendimento à gravidez de alto risco e neonatologia, e também é reconhecido como Hospital Amigo da Criança, desde o ano de 2002. A outra maternidade pertence a uma instituição filantrópica, onde 70% de seus clientes são atendidos pelo SUS, e não possui UTI pediátrica ou neonatológica. Desta forma, a maior parte da amostra deste estudo, ou seja, 60% das mães eram provenientes do HU. Foram colhidos registros na maternidade de cada hospital. Além disso, um questionário foi aplicado às mães ainda durante a internação hospitalar na maternidade, por um entrevistador treinado. Através deste questionário foram investigados os fatores de risco que poderiam interferir no desfecho estudado. Também foi realizada a mensuração da altura da mãe no final da aplicação do questionário. Em relação aos aspectos éticos, foi levada em conta a Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996b) do Ministério da Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande de Rio Grande/RS, sob o Parecer Nº 16/2006. Todas as mães entrevistadas assinaram a Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** O hábito materno de fumar durante a gestação não associou-se significativamente com o BPN. Entre os casos, 37% das mães eram fumantes, contra 31,1% dos controles. No entanto, esta variável esteve significativamente associada com a renda familiar. Aproximadamente 40% das mães com renda inferior a um salário mínimo mensal eram fumantes, contra apenas 26,1% das mães com melhor renda. A escolaridade materna também esteve associada significativamente com o hábito materno de fumar. As mães com até três anos de escolaridade fumaram duas vezes mais (43,2%) do que as mães com oito ou mais anos de escolaridade (20,6%). Embora o hábito materno de fumar durante a gestação, quando avaliado de forma dicotômica não tenha sido associado significativamente com o BPN, ao se analisar o número de cigarros diários fumados pela mãe foi observado uma associação significativa com o desfecho estudado. Quando a mãe fumava mais de 10 cigarros por dia, aumentou o risco da criança nascer com baixo peso (RO=1,86). Além disso, o número de cigarros fumados por dia pela mãe também associou-se significativamente com a renda familiar. Das mães que fumaram mais de 11 cigarros por dia, 12,8% ganhavam menos de um salário mínimo, contra 6,8% daquelas com renda mensal de três ou mais salários mínimos. A exposição passiva ao tabagismo do companheiro também não foi significativa em relação ao desfecho estudado. Eram fumantes 33,3% dos companheiros das mães dos casos e 29,1% dos das mães dos controles. O fumo do companheiro esteve significativamente associado com a renda familiar, sendo que cerca de 1,5 vezes mais as mães mais pobres eram expostas (34,9%), quando comparadas com as de maior renda (22,7%). O mesmo que ocorreu com o hábito materno de fumar foi observado em relação à exposição ao fumo passivo do companheiro, ou seja, o fumo do companheiro não se associou significativamente com o BPN ao ser avaliado de forma dicotômica, mas quando levado em consideração o número de cigarros fumados por dia, constatou-se associação significativa com o BPN. Quando o companheiro fumou 11 ou mais cigarros por dia, foi observado um aumento do risco da mãe ter um recém-nascido de BPN (RO=1,68). Entre as mães dos casos, a porcentagem de companheiros que fumaram 11 ou mais cigarros por dia foi maior (24,8%), quando comparado com a dos controles (16,4%). O número de cigarros fumados por dia pelo companheiro também esteve associado significativamente com a renda familiar. Entre as mães, cujos companheiros não fumaram ou fumaram até 10 cigarros por dia, 87,4% tinham



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

renda familiar igual ou superior a três salários mínimos, contra 77,9% das mães mais pobres. Opostamente, quando o número de cigarros fumados por dia era 11 ou mais, os companheiros das mães mais pobres fumaram mais (22,1%), do que os das mães com melhor renda (12,6%). A exposição passiva ao fumo de outras pessoas em casa não foi significativa para o BPN e, a proporção de casos e controles expostos foi semelhante (21,7% e 22,0%, respectivamente). Esta variável também esteve significativamente associada com a renda familiar. Das mães com melhor renda, 28,4% eram expostas, contra 12,8% das mães mais pobres. Já a exposição passiva ao fumo no ambiente de trabalho também não foi significativa para o BPN, havendo a mesma proporção entre casos e controles (18,1%). Esta variável não esteve associada com a renda familiar. Resumindo: a **análise bivariada** mostrou que o BPN esteve associado positivamente com o número de cigarros fumados por dia pela mãe e por seu companheiro. Já na **análise multivariada**, apenas o número de cigarros fumados por dia pelo companheiro foi significativo. Embora o fato do companheiro ter fumado mais de 10 cigarros por dia tenha sido significativo em relação ao BPN na análise bivariada, na análise multivariada, apesar do risco ser ainda mais elevado (RO=2,27), foi observado apenas uma tendência de associação significativa com o BPN (p=0,09). **Conclusão:** torna-se necessário investir na redução e posterior e possível erradicação do tabagismo materno, especialmente durante a gestação, seja ele ativo ou passivo, tanto no domicílio, quanto no ambiente de trabalho. Além disso, mais importante ainda, é ajudar as gestantes, seus companheiros e demais pessoas da convivência da gestante sobre como proceder frente à redução e erradicação do hábito de fumar, uma vez em que se trata de um vício com o qual o organismo já se acostumou e com o qual o mesmo sofre para se adaptar sem esse vício. As pessoas em geral possuem conhecimentos dos danos causados pelo hábito de fumar, mas precisam de muita força de vontade e de ajuda para conseguir deixar esse hábito, tão prejudicial para a saúde humana, ambiental e para os fetos, recém-nascidos e crianças, em especial.

Palavras-chaves: tabagismo; poluição por fumaça de tabaco; recém-nascido de baixo peso.

Referências:

- 1 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO – CONTAPP. **“Falando sobre Tabagismo”**. Rio de Janeiro, 1996a.
- 2 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados de 1998**. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidades@. Acesso em: 26 janeiro 2003.
- 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº. 196**. Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 1996b.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

221 - Aleitamento materno até os seis primeiros meses de vida: uma revisão sistemática brasileira

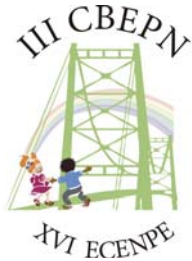
Patrícia Christovão Pereira*

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari†

Introdução: Conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o aleitamento materno confere importante proteção contra a morbidade e a mortalidade por doenças infecciosas nos primeiros anos de vida e também aperfeiçoa o vínculo de afeto entre mãe e filho. Surgem novas evidências a cada dia, que os benefícios do aleitamento materno não se restringem ao tempo de sua prática, mas estendem-se até a idade adulta, com repercussões na qualidade de vida do ser humano. No Brasil, é recomendado o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida, por ser um alimento completo, fornecendo inclusive água, com fatores de proteção contra infecções comuns na infância, isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo da criança. Visto que, o sistema digestivo e o rim da criança pequena são imaturos, o que limita a sua habilidade em manejar alguns componentes diferentes do leite humano. Aos quatro / seis meses a criança encontra-se num estágio de maturidade fisiológica que a torna capaz de lidar com alimentos diferentes do leite materno. A proteção do leite materno contra doenças é mais evidente nos primeiros seis meses de vida. A introdução de qualquer outro alimento nesse período pode reduzir essa proteção, principalmente nos países pobres, onde a contaminação da água e dos alimentos é comum. **Objetivo:** Investigar a produção científica brasileira quanto à prevalência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança nas diferentes regiões e as estratégias de incentivo à prática do mesmo. **Metodologia:** Uma revisão sistemática da literatura científica foi realizada com a palavra-chave “aleitamento materno exclusivo” na base de dados BVS abrangendo o período de 2004 a 2008. Foram identificados 119 trabalhos e, após as exclusões foram lidos 76 resumos. Foram selecionados para análise artigos originais nacionais, excluindo-se, portanto, monografias, teses e capítulos de livros. Foram selecionados 13 artigos, divididos de acordo com as regiões brasileiras trabalhadas: sul (3 artigos), sudeste (5 artigos), norte (02 artigos), nordeste (01 artigo) e Brasil (02 artigos). Os artigos que tratavam dos componentes do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, foram objeto de leitura exploratória e apresentados segundo características gerais. **Resultados:** Entre os 13 artigos selecionados, 2 analisaram as cinco regiões do país como um todo. Os demais trabalhos foram de abrangência estadual e municipal, concentrando-se na Região Sudeste, principalmente na região metropolitana de São Paulo. Além desses na mesma região identificou-se um estudo no município do Rio de Janeiro e um no município de Montes Claros, Minas Gerais. A Região Sul apareceu em segundo lugar no número de estudos produzidos: dois em Londrina, Paraná e um em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Os três estudos restantes foram realizados na Região Norte e Região Nordeste. Na grande maioria dos trabalhos utilizaram-se entrevistas com as mães e avaliação da criança até o sexto mês de vida nos Serviços de Atenção Básica de Saúde como fontes de dados. Os demais trabalhos utilizaram dados secundários: prontuários, pesquisas matriz, registros de peso e altura e Campanhas de Vacinação no âmbito nacional.

* Estudante do 4º ano do Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina, Paraná. Endereço: Rua Natalício Euzébio, 213, Jardim Imagawa, Londrina, Paraná. Email: paty_christovao@yahoo.com.br

† Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Docente área da Saúde da Criança e do Adolescente – Departamento de Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Email: ropimentaferri@uel.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Em relação ao eixo temporal, 5 estudos foram transversais, 2 longitudinais e os 6 restantes foram descritivos, coorte, reanálise de dados e seccionais exploratórios. No caso dos longitudinais, um teve 2001 como último ano de análise e outro terminou antes de 1997. Das revistas publicadas, 3 foram na Revista de Saúde Pública, 3 no Jornal de Pediatria, 2 na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil e os 5 restantes em demais revistas brasileiras. A literatura reconhece que: o AME teve um crescimento nos últimos anos, em todo território brasileiro, devido aos programas de incentivo ao AME desenvolvidos pela atenção básica de saúde (pré-natal e puerpério) e também pela iniciativa dos “Hospitais Amigos da Criança” que preconizaram este atendimento de qualidade visando à saúde da criança e da mãe. Porém, das mães que não amamentaram ou utilizaram de alimento complementar, os principais motivos foram: diminuição/ausência do leite, trabalho externo, doença materna, adolescência e influência familiar. Outros dados encontrados foram em relação à associação do AME com o crescimento das crianças: apresentaram crescimento adequado, dobrando de peso antes do 4º mês de vida, com desaceleração do ganho pondero-estatural após o 4º mês. Em relação a doenças, um dos trabalhos mostrou que: o AME é um fator de proteção contra doenças timpanométricas. **Conclusão:** O objetivo inicial deste estudo foi avaliar como a literatura nacional vem analisando o aleitamento materno exclusivo nos últimos anos. Nessa perspectiva, observou-se que, na maioria dos trabalhos desenvolvidos houve a preocupação de identificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo, que teve um aumento significativo nos últimos anos, devido a implantação dos programas governamentais de incentivo ao aleitamento materno exclusivo. No entanto, ainda é preciso desenvolver estratégias como a capacitação e a disponibilidade de recursos para serem investidos nos serviços de saúde, para a capacitação de profissionais de forma a garantir a promoção do aleitamento materno no meio em que a mulher / mãe está inserida, pois alguns trabalhos mostraram que, a influência de avós, os fatores sócio-econômicos e culturais, ainda interferem de forma significativa na prática do aleitamento materno e desmame precoce. São necessárias estratégias específicas para redução do desmame precoce, salientando os riscos e prejuízos para a criança e para a mãe com essa prática. É imprescindível que a amamentação seja vista sob a ótica da mulher, podendo desta forma compreender o que ela pensa e define sobre si e, também reconhecer as influências contextuais para que se possa ajudá-la a tomar decisões em relação a esse aleitamento, tratando cada caso de forma singular. A abordagem deve ser diferenciada no momento em que se inicia o pré natal na atenção básica de saúde, abrangendo as necessidades descritas pela mãe, seguidas de orientações mais específicas, como: o cuidado com a mama, dificuldades de amamentar, os problemas enfrentados, vantagens que o aleitamento materno exclusivo traz para a criança e para toda a família, como por exemplo, a redução de gastos. Tudo isso de forma gradual, até o momento do parto e depois, sendo reforçados no acompanhamento da mãe e da criança na puericultura.

Palavras-chave: aleitamento materno exclusivo, epidemiologia, desmame precoce, cuidado do lactente, alimentação mista.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

222 - Motivos do desmame precoce nos primeiros seis meses de vida da criança

Patrícia Christovão Pereira*

Josiane Nunes Maia[†]

Rosângela Ap. Pimenta Ferrari[‡]

Introdução: Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o leite materno é o melhor alimento para o lactente porque oferece proteção contra doenças, além de contribuir para o desenvolvimento psicológico e emocional do recém-nascido. São inúmeras as vantagens da amamentação, especialmente nos primeiros seis meses de vida. Em primeiro lugar, ela garante, em muitos casos, a sobrevivência das crianças, e, particularmente, daquelas em condições desfavoráveis e / ou que nascem com baixo peso. Quanto mais a criança mamar no peito, mais protegida estará. Sob o ponto de vista nutricional, a complementação precoce é desvantajosa para a nutrição da criança, além de reduzir a duração do aleitamento materno e prejudicar a absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco. A complementação com outros alimentos e líquidos não nutritivos diminui o volume total do leite materno ingerido, independente do número de mamadas. No entanto, o desmame precoce atinge níveis consideráveis em relação à prática do aleitamento materno, onde fatores podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Alguns desses fatores estão relacionados à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar, e outros se referem à criança e ao ambiente, como as condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida. Amamentar ou não um filho constitui-se, em uma tarefa que ultrapassa as barreiras do querer. A decisão materna de amamentar é um fato que poderá influenciar diretamente na concretização desse ato, porém a amamentação é um advento também social, muda conforme a época, os costumes e os valores e são transmitidos de geração para geração. Nesse período, o apoio de profissionais da saúde à mulher-mãe é importante para que ela se sinta segura e sabendo que não está sozinha, podendo pedir ajuda quando achar necessário. **Objetivo:** Identificar os motivos de desmame precoce nos primeiros seis meses de vida da criança no município de Londrina, Paraná, resultados obtidos através da realização do projeto de pesquisa intitulado “Fatores de risco de morbimortalidade materna, neonatal até o sexto mês de vida”. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo transversal prospectivo realizado através de entrevista com as mães no domicílio seis meses após o parto hospitalar. Participaram da 2ª parte da pesquisa 451 mulheres do total de 742 mulheres, 1ª parte da pesquisa, atendidas pela Maternidade Municipal e Maternidade Pública Estadual do Município de Londrina, Paraná, nos meses de agosto a outubro de 2006. Estas maternidades são Hospitais ‘Amigo da Criança’ e o município conta com Banco de Leite Humano, Centro de Lactação-CELAC no Hospital de Clínicas da UEL e Comitê de Aleitamento Materno Municipal. Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual

* Estudante do 4º ano do Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina, Paraná. Endereço: Rua Natalício Euzébio, 213, Jardim Imagawa, CEP: 86080350, Londrina, Paraná. Fone: (43)91468745/(43) 33388537. Email: paty_christovao@yahoo.com.br

† Estudante do 4º ano do Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina, Paraná.

‡ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Docente área da Saúde da Criança e do Adolescente – Departamento de Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Email: ropimentaferri@uel.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de Londrina, protocolo número 033/05 de 24/06/2005. **Resultados:** Das 451 mães entrevistadas 96% referiram realizar consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no serviço de Atenção Básica de Saúde. Do total, 88,9% receberam orientação e incentivo ao Aleitamento Materno (AM) na maternidade e na Unidade Básica de Saúde. Em relação à prática do AM: 40,8% mantinham até o momento da entrevista ao contrário de 59,2% das mães. Dentre os motivos do desmame precoce: 36,6% das mães referiram ser opção pessoal, 27,8% por preferir o leite artificial e 35,5% por outros motivos não especificados. Cerca de 89% das mães mostraram-se cientes das propriedades do leite materno e 8,6% referiram não conhecer as vantagens. **Conclusão:** Pôde-se observar que a maioria das mães recebeu orientação e incentivo para o Aleitamento Materno, mas nem por isso aumentou o tempo de amamentação até o sexto mês de vida da criança, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A prática do desmame esteve mais relacionada a propósitos que não circunscrevem exclusivamente às questões relacionadas à saúde, já que em sua maioria o desmame foi tido por opção pessoal e preferência do leite artificial, mesmo conhecendo as vantagens e benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento e crescimento da criança. Sugere-se aos serviços de atenção básica desconstruir práticas errôneas de alimentação infantil juntamente com as mulheres nos grupos de pré-natal e acompanhar o desenvolvimento e crescimento da criança desde a primeira semana após o parto para identificar risco de desmame precoce e às maternidades além da execução dos '10 passos de incentivo ao aleitamento materno' (dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos; a partir dos seis meses oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais; a partir dos seis meses dar alimentos complementares – cereais, tubérculos, carnes leguminosas, frutas e legumes – três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, cinco vezes ao dia, caso já tenha desmamado; a alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança; a alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com uma colher, deve começar com consistência pastosa e, gradativamente, deve ter a sua consistência aumentada até chegar à alimentação da família; oferecer à criança diferentes alimentos ao dia; estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições; evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida; cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos e garantir seu armazenamento e conservação adequados; estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação), fazer a contra referência com a unidade básica de saúde identificando as puérperas que apresentem risco de desmame precoce, seja por condições maternas ou infantis, na tentativa de reduzir o desmame precoce antes dos seis meses de vida da criança. É muito importante, também, a valorização do aleitamento materno na sua totalidade, incluindo o processo de desmame, pois as mães muitas vezes podem sentir-se responsáveis pelo sofrimento da criança, quando encontram dificuldades para realizá-lo e não recebem apoio adequado, principalmente dos profissionais de saúde, podendo permanecer culpadas com relação ao desmame precoce. Cabe aos profissionais de saúde a tarefa de garantir, a cada mãe, uma escuta ativa, ou seja, de saber ouvi-la, compreender suas dúvidas e esclarecê-la sobre suas crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não o contrário.

Palavras-chave: desmame precoce, aleitamento materno, alimentação infantil.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

223 - O itinerário terapêutico das famílias de crianças com diarreia

Adalbi Cilonei Souza*
Astrid Eggert Boehs[†]

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa na modalidade de etnoenfermagem que teve por objetivo geral identificar o itinerário terapêutico seguido pelas famílias com crianças menores de cinco anos com diarreia e como específicos: 1- Investigar como a diarreia é entendida pelas mães e outros familiares de crianças com diarreia; 2- Levantar quais os cuidados domésticos ao constatar a diarreia, durante o atendimento no hospital e no posterior retorno ao domicílio; 3- Buscar identificar as razões da escolha pela emergência do hospital pediátrico. O referencial teórico adotado foi o modelo de Arthur Kleinman e conceitos da Teoria de Madeleine Leininger. Os participantes do estudo foram oito famílias com crianças menores de cinco anos da área metropolitana de Florianópolis e que procuraram a emergência de um hospital pediátrico de referência no nível da atenção terciária quando suas crianças apresentaram diarreia. A coleta de dados se deu inicialmente com a observação participante na emergência para a seleção e primeira abordagem das famílias e no domicílio foram realizadas entrevistas com mães, avós e pais com um roteiro guia. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, um diário de campo auxiliou a complementar os registros. A análise ocorreu concomitante à coleta dos dados buscando-se os domínios culturais. A discussão ocorreu à luz do referencial teórico e aproximação com outros estudos. Este trabalho respeitou as questões e os princípios éticos de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética Profissional para normatização das atividades, aprovado no Conep sob o número 064/2007. No perfil das famílias, a maioria dos entrevistados pertencia a estrutura de família nuclear, com o nível de escolaridade de segundo grau completo, pais inseridos no mercado de trabalho formal e informal, união estável e renda familiar igual e superior a 2 salários mínimos. O número de filhos variou de um a dois, com idade entre um mês e quatro anos, sendo a metade das crianças do sexo masculino e outra feminino. Para preservar suas identidades, essas famílias receberam nomes fictícios do folclore popular brasileiro. Os resultados mostraram que o itinerário terapêutico acontecia primeiro no domicílio, quando percebiam que as fezes apresentavam características específicas como cor, cheiro, consistência e frequência, para então categorizar a gravidade do problema, onde o estado geral da criança era observado e ficava constatado que “*ela não é mais a mesma*” ou então a criança apresentava “*moleza*”, fraqueza e outros sinais da desidratação. A evolução da diarreia era então percebida de maneira rápida ou lenta dentro de um quadro de sinais e sintomas e associada ou não a determinadas causas de doença ou agente transmissor, aparecendo então as causas ambientais, como bactérias, vírus e insetos, ou então de ordem comportamental como a “*vontade de comer alguma coisa que não comeu*”, “*manha*” ou então “*os dentes*”. Ao perceber o problema e categorizá-lo dentro de um quadro de sinais e sintomas, as famílias empreendiam uma ação onde decidiam o que fazer e, dentro os setores, aplicavam e avaliavam o cuidado realizado. Muitas vezes, dentro do domicílio, o cuidado era complementar ao que era orientado pelos integrantes do setor profissional, ou seja, fazia “*o que já se sabe*”, como cuidar da hidratação e da alimentação principalmente, retirando doces ou outros alimentos, os quais se acreditam fazerem mal a criança e oferecendo sucos ou

* Enfermeiro, Mestre em enfermagem, Prefeitura Municipal de Florianópolis. E-mail: adalbi@pop.com.br

[†] Enfermeira, Doutora em enfermagem, professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

outros líquidos como os chás. Caso o problema persistisse, os pais procuravam ajuda junto aos parentes, amigos ou profissionais da saúde. Frequentemente, nas redes sociais de apoio, as ações foram efetuadas consultando membros das famílias, principalmente as avós e em alguns casos os vizinhos. As avós tiveram participação expressiva na orientação dos cuidados, além de orientar o tipo de cuidado, elas também foram consultadas sobre qual setor os pais deveriam procurar. Os integrantes das redes sociais de acordo com suas experiências e também de acordo com suas profissões ligadas a saúde. Mesmo diante dessas consultas, os pais apresentavam sua própria razão para justificar a procura por determinados serviços, como a emergência do hospital, ou então não levar ao posto de saúde por acreditar que o hospital é mais completo e poder realizar exames, ou ainda, porque confia nos profissionais do hospital. A tecnologia presente no hospital, como os aparelhos de raios-X ou os equipamentos dos laboratórios, apresentaram-se como símbolos de bom atendimento e eficácia. Associa-se ainda, o vínculo com os profissionais e a confiança no local, por este ser “*especial para crianças*”, perceberam que podiam contar com os profissionais, retornando sempre que se achava necessário ou então sendo atendidos durante a noite ou nos finais de semana, quando os serviços da atenção básica não estão atendendo por estarem fechados. O fato de “*o posto de saúde não atender emergência, apenas agendamentos*” ou não apresentar esses recursos tecnológicos e profissionais especializados para atender crianças, também foram algumas das razões para não procurar os serviços da atenção básica. Ao ser observado pela perspectiva antropológica, o cuidado foi caracterizado como uma manifestação sociocultural, onde as ações empreendidas pelas famílias estudadas apontaram para a diversidade existente dentro de modelos explicativos das doenças, tomando os sinais e sintomas como signos culturais. Assim, diante da constatação do problema e da visão da antropologia simbólica, todos os indivíduos perceberam as alterações do estado da criança como manifestações de *disease*, *illness*. Enquanto *disease*, a alteração apareceu como manifestação orgânica, associada a uma patologia concebida pela biomedicina, sendo tratada então como anormalidades físicas do corpo e de suas funções. Como *illness*, os resultados deste estudo contemplam as explicações para a causa e percepção subjetiva da doença. Todo o problema foi percebido como um processo, onde as famílias percorreram os setores familiar, profissional e popular, mudando e revalidando suas escolhas associadas a fatores de ordem sociocultural, como as redes de apoio social. Nesse sentido, é importante para o profissional de saúde, executor da prática assistencial, colocar seu foco para além dos processos biológicos, atingindo uma perspectiva cultural, a fim de prestar uma assistência mais congruente. Importante salientar também, que as razões apresentadas pelos entrevistados para buscar o nível terciário de assistência para o problema da diarreia, mostram que as Secretarias de Saúde dos municípios precisam estar mais atentas para a maneira como oferecem os serviços de atenção básica e secundária. Ela é atrativa? É resolutiva?

Palavras-chave: diarreia infantil, enfermagem transcultural, assistência à saúde.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

224 - A influência dos hábitos de vida no risco para elevação da pressão arterial de escolares: subsídios para a promoção da saúde

Amanda de Souza Santos*
Ivone Evangelista Cabral†

Introdução: A aquisição de hábitos de vida saudáveis na infância promove a saúde da criança e evita doenças crônicas na idade adulta, como a hipertensão arterial, por exemplo. Os hábitos de vida das crianças ocidentais estão associados ao sedentarismo, acompanhados por dietas com mais gordura e menos fibras. Estes hábitos são respostas adquiridas e apreendidas no meio sociocultural. A presença de alguns hábitos nocivos como o elevado número de horas assistindo televisão (mais que 14 horas semanais) e consumo de açúcares, facilita a presença de outros hábitos de vida não saudáveis na mesma criança. No dia-a-dia há um bombardeio de belas imagens, veiculadas através dos meios de comunicação, associando o consumo de *fast food* à alegria, convivência social, constituidor de espaço de encontro do grupo, os quais favorecem a auto-afirmação, conquista, poder e sedução. O consumo de álcool e o tabaco é naturalizado no espaço de socialização infantil, por vezes associados a imagens de beleza e a tranquilidade. Na Televisão, os filmes mostram a junção de festas, alegria, álcool e cigarro como maneiras de libertação e adesão social. Estas crianças com hábitos de vida desfavoráveis a um estado de saúde apresentam risco para a elevação da pressão arterial. Nesse sentido, as crianças expostas a essas imagens, já com predisposição sociocultural a sobrepeso e sedentárias, possuem uma demanda de cuidados habituais modificados, portanto, requer monitoração dos hábitos de vida diários, situando-as no conjunto das crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES). Estas crianças apresentam limitações no seu estilo de vida, com maiores demandas de cuidados contínuos que as crianças em geral. Metodologia: O delineamento metodológico deste estudo caracterizou-se por um estudo de revisão da literatura orientada pela busca bibliográfica nas seguintes bases de dados de acordo com três categorias: 1) Base de dados geral nacional e internacional: Lilacs, Medline, PAHO, Scielo; 2) Base de dados da saúde especializada nacional e internacional: Boblioteca Chrocane, ADOLEC e CIDsAÚDE; e 3) Base de dados de Enfermagem Nacional: BDEFN. As palavras-chave e os operadores booleanos utilizados foram: (Escolar OR Escolares OR School Children) AND (Hábitos and de and vida OR habits of life) AND (Promoção da saúde OR Health Promotion). A busca foi conduzida em julho e agosto de 2009 e a seleção dos artigos baseou-se na seguinte pergunta de pesquisa: Qual a tendência dos estudos sobre a influência dos hábitos de vida na promoção da saúde do escolares? O Marco Teórico dos estudos foi o ano de 2005 ao ano atual de 2009, baseando-se na Política Nacional de Promoção da Saúde, criada em 2005 e tendo como vertente o Pacto pela vida que se constitui de um conjunto de compromissos sanitários entre os três entes federativos. Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância a Promoção em saúde com ênfase na Promoção de hábitos saudáveis de vida. Critérios de inclusão: 1) estudos qualitativos; 2) Universo populacional constituído de crianças escolares que segundo Wong (1999) se encontre na faixa etária de 6 a 12 anos; 3) Estudos que abordem a promoção da saúde; 4) estudos que abordassem o tema proposto,

* Enfermeira especialista em Pediatria pela Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ. Mestranda em Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ. Endereço: Rua João de Souza, nº56, Vila Izabel, Três Rios, RJ – Brasil. E-mail: mandy_enf@hotmail.com

† Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ. icabral44@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

mesmo o universo sendo heterogêneo; 5) estudos que abordassem os hábitos de vida, mesmo com foco em fatores separados, como: sedentarismo, hábitos alimentares, atividades físicas, fumo entre outras. Critérios de exclusão: 1) estudos correlacionais; 2) estudos quantitativos. Resultados: Seguindo a estratégia definida pelo fuxograma de seleção de artigos, a busca bibliográfica resultou em 44 artigos. Numa primeira análise, através da leitura dos títulos verificou-se que 8 não estavam relacionados especificamente com o tema proposto, restando, portanto, 41 artigos. Por meio da leitura dos resumos e de uma análise mais aprofundada destes 41 artigos, à luz dos objetivos do estudo e dos critérios de inclusão e exclusão, restaram seis artigos. A fim de compreender os textos como um todo, foi realizada busca pelas bases de dados e contatos com autores dos textos, conseguindo desta forma a posse dos seis artigos que foram lidos e analisados na íntegra. Desta análise foram extraídos 4 artigos e estes constituíram o grupo de publicações definitivamente considerado para a análise proposta. Discussão: Os quatro artigos relacionaram o fator cultural como influenciador negativo no desenvolvimento dos hábitos de vida de escolares. Encontrou-se uma lacuna no conhecimento científico nacional, uma vez que dos artigos encontrados 3 apresentavam-se em inglês e 1 em espanhol. Quanto as áreas envolvidas no desenvolvimento dos estudos estiveram presentes: a enfermagem com dois artigos seguidos pela medicina e nutrição com um artigo publicado cada uma. O foco dos artigos centrava-se nos hábitos alimentares, no sedentarismo, na mídia como divulgadora de informação, formadora de conhecimentos e influenciadora de hábitos de vida favoráveis ao aparecimento de doenças crônicas. Todos os artigos relacionam a escola como unidade central na promoção da saúde através da inclusão de grades curriculares que disponibilize para os escolares informações sobre saúde e hábitos de vida saudáveis. Dois artigos descrevem a importância dos pais e familiares paralelos as atividades desenvolvidas com os escolares. No entanto, um dos artigos relata extrema dificuldade de entrosamento dos pais nos grupos de familiares desenvolvidos dentro da escola, e o segundo artigo demonstra a importância de se trabalhar a adoção de hábitos de vida saudáveis com escolares, e pais em paralelo. Em relação ao número de sujeitos envolvidos nos estudos este variou de 3 a 8 escolares envolvidos nos grupos de pesquisa. Conclusão: Este estudo de revisão evidenciou que ações de promoção da saúde direcionada aos escolares devem ser priorizadas uma vez que quanto mais cedo se realiza ações de mudança de hábitos e interiorização de comportamentos saudáveis maior é a eficácia dos resultados. Diante da relevância do tema e dos desafios na adoção de hábitos de vida saudáveis, a implementação de currículos nas escolas com temas relacionados a saúde e a parceria dos familiares nas ações voltadas para a promoção da saúde do escolar representam ações benéficas para a melhoria da saúde brasileira. Há a necessidade de novos estudos voltados para a promoção da saúde dos escolares com risco para a elevação da pressão arterial, uma vez que esta é um problema de saúde pública.

Palavras-chave: escolares, promoção da saúde, enfermagem pediátrica.

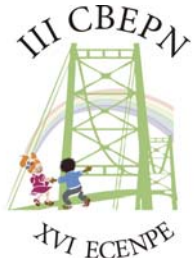
Referencias:

Candela F.F, Malpica D.M.R, Mora A.L. Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas?. Hacia Promoc salud ; (11), PP 21-28, dic;2006.

Hesketh K, et al. Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. Health Promotion International; vol.20(1), pp 19-26; 2005.

Adele L, et all. School-based Programs: Lessons Learned from CATCH, Planet Health, and Not-On-Tobacco. Preventing Chonic Disease; vol 4 (2), pp 9-1, 2007.

Kennedy C; Floriani V. Translating research on healthy lifestyles for children: Meeting the needs of diverse populations. Nursing Clinics of north America; 43(3): 397-417, ix, 2008 Sep.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Wong, D. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RUANO, I.G. Hábitos de vida em uma población escolar de Mataró (Barcelona) asociados AL número de veces diárias que se vê televisión y AL consumo de azúcares. Ver Esp. Salud Pública, Espanha, v.71, n.5, Sep-Out 1997.

NOBRE, MRC, et al . Prevalências de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 52, n. 2, PP 118-24; Apr. 2006.

Monteiro, Vo; Cabral IE. A imagem concreta do álcool na vida dos adolescentes da comunidade Engenho do Mato: intermediando os saberes na prática educativa da enfermeira. Rev. de Enfermagem Anna Nery; vol.3. nº2, PP 68-56; ago. 1999.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

225 - Saúde da criança no Município de São José - SC

Luciany Aparecida Dias*
Carla Regina Galego[†]
Catarina Izabel Silva[‡]

Os indicadores de saúde são utilizados pela Saúde Pública para avaliar as condições de vida de uma população. O coeficiente de mortalidade infantil é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde de crianças, como a qualidade de vida de uma determinada população. Este coeficiente é reconhecido como um dos mais sensíveis indicadores de saúde, pois a morte de crianças menores de um ano é diretamente influenciada por condições de pré-natal, gravidez, história materna, conduta e doenças maternas, ruptura precoce de membrana, gemelaridade, idade materna, procedimentos perinatais, mortalidade perinatal, condições e tipo de parto, prematuridade, baixo peso ao nascer, mães portadoras do HIV e de outras doenças infecto contagiosas e outros (Kozu, 2000). Conhecer o perfil da mortalidade infantil é fundamental para a formulação de estratégias que permitam o seu controle e conseqüentemente sua redução. Este deve ser feito desde uma assistência adequada à mulher durante a gravidez (com consultas de pré-natal com qualidade), o parto e um acompanhamento principalmente das crianças consideradas de risco. Estudos demonstram ainda que existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e seu coeficiente de mortalidade infantil. Nas regiões pobres do mundo, onde esses coeficientes são mais elevados, a maioria das mortes infantis, poderiam ser evitadas com medidas simples e eficazes. Mais de 70% desses óbitos deve-se a causas como a pneumonia, diarreia, desnutrição e afecções perinatais, ou uma associação delas (Maranhão, 2001). A média de mortalidade infantil no primeiro mundo atualmente é de 8 por 1000 nascidos vivos, no ano de 2007 no Brasil foi de 24,3 por 1000, em Santa Catarina foi de 16,1 por 1000. Já no município de São José no ano de 2000 tivemos um índice de 14,7 por 1000 e alcançamos o resultado de 7,8 por 1000 no ano de 2008. Esta redução no coeficiente de mortalidade infantil no município de São José em comparação com os dados citados acima em nível de Brasil e Santa Catarina, demonstra os investimentos realizados na área da saúde pelo município, refletindo na melhoria da qualidade de vida dos munícipes. Parte da diminuição observada dessa mortalidade nesses anos em São José é devida a ações simples relativas ao setor saúde, tais como: consultas de pré-natal com qualidade, o incentivo ao aleitamento materno, a ampliação da cobertura vacinal, à educação materna (com orientações sobre cuidados com o recém-nascido: higiene, alimentação, consultas, exames etc.), o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como de outros profissionais disponíveis na rede, o combate às carências nutricionais e a educação nutricional. No ano de 2000 o município de São José não contava com uma padronização na atenção à saúde da criança e havia um elevado coeficiente de mortalidade infantil, sendo assim foi implantado o “Programa Criança 21”, hoje, chamado de “Programa São José Criança”. O programa conta com um protocolo de atendimento às crianças de 0 a 5 anos de idade no município, com o objetivo de acompanhar as crianças recém-nascidas, lactentes e pré-escolares com ações e serviços de saúde garantindo um crescimento e desenvolvimento saudável, através de ações integradas de

* Enfermeira do Programa Saúde da Criança do município de São José. Endereço: Rua Caxambu, 564 – Serraria – São José. E-mail: luciany@yahoo.com.br

[†] Nutricionista do Programa Saúde da Criança do Município de São José e professora da Universidade do Sul de Santa Catarina.

[‡] Enfermeira Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do Município de São José.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde. As ações iniciam-se durante o pré-natal com as gestantes atendidas pelas equipes de saúde da família e ginecologistas da rede municipal. Sabendo do percentual de gestantes que estatisticamente utilizam o serviço público por ocasião do parto, buscou-se parcerias com as Maternidades públicas da Grande Florianópolis (Maternidade do Hospital Regional de São José, Maternidade Carmela Dutra e Maternidade do Hospital Universitário) sendo que, ainda na maternidade, a puérpera e a criança são visitadas por profissionais técnicos em enfermagem e neste momento é entregue um Kit com produtos destinados aos cuidados dos recém-nascidos e materiais informativos, é realizada a vacina BCG (contra a tuberculose), e a 1ª dose de vacina contra a hepatite B na criança, bem como a vacina contra a rubéola na puérpera. As vacinas são realizadas somente na Maternidade do Hospital Regional de São José. Ainda na visita à puérpera e ao recém nascido, é feito o agendamento dos seguintes procedimentos para as Unidades Básicas de Saúde mais próxima da residência da puérpera: teste do pezinho, entre o 3º e o 5º dia de vida; a consulta pediátrica, entre o 7º e o 10º dia de vida e a consulta odontológica para o bebê no 1º mês de vida, bem como a consulta puerperal e o encaminhamento para realização do Teste da orelhinha no Hospital Universitário. No ano de 2008, o município de São José apresentou 2726 nascidos vivos, sendo que destes, 1975 nasceram nas maternidades visitadas pelo Programa São José Criança e 1970 (99,7%) foram atendidas pelo referido programa. Dentre os recém-nascidos atendidos, 1816 (91,9%) tiveram a consulta pediátrica agendada para as Unidades Básicas de Saúde mais próxima do seu domicílio. Das 1290 crianças nascidas na Maternidade do Hospital Regional de São José, 1215 (94,2%) receberam alta imunizadas. Após o atendimento nas maternidades as crianças têm direito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento até 5 anos, realizado por médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, odontólogos e pediatras. Para os recém-nascidos com baixo-peso, apgar < que 7 ao nascer e filhos de mães adolescentes o acompanhamento é diferenciado, onde é realizado visitas domiciliares até 30 dias após o parto e as consultas são mais frequentes. As crianças com baixo peso para idade (peso/idade abaixo do percentil 3 de acordo com o padrão Organização Mundial de Saúde, 2006) recebem fórmula infantil ou leite em pó integral conforme a idade, para auxiliar na recuperação nutricional, bem como, auxiliar no combate as carências nutricionais. As gestantes de baixo peso também recebem leite em pó integral (5 latas por mês) com o mesmo objetivo já citado acima. Nos 5 anos anteriores da implantação do Programa a taxa de mortalidade infantil era em torno de 16 por 1000 nascidos vivos. Comparando com a situação de base, verifica-se uma tendência de redução neste coeficiente a partir da implantação deste Programa. Constatou-se então, uma redução no coeficiente de mortalidade infantil correspondente a 30% e conseqüentemente uma melhor qualidade no atendimento as crianças.

Palavras chave: Programa São José criança, mortalidade infantil, recém-nascido.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**226 - Cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes asmáticos atendidos em
ambulatório especializado: uma extensão universitária***

Karina Machado Siqueira[†]
Isabela Cristine Ferreira Fernandes[‡]
Wilzianne Silva Ramalho[§]
Ana Karina Marques Salge^{**}

Introdução: A asma é a doença crônica mais comum da infância, sendo responsável por até 30% das limitações de atividades em crianças. É também uma das doenças crônicas mais comuns em todos os países e sua prevalência tem aumentado nos últimos anos, principalmente em crianças e adolescentes. Nas últimas décadas, apesar dos avanços no entendimento da sua fisiopatogenia e no seu tratamento, a morbi-mortalidade de asma tem crescido em todo o mundo. Esta doença em crianças está se tornando um dos principais problemas globais na saúde pública. No Brasil, em 1999 foi assumido um compromisso entre o Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI), Sociedade Brasileira de Clínica Médica e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) estabelecendo diretrizes para a criação do Plano Nacional de Controle da Asma (PNCA). A partir de então, alguns programas de controle e atenção à asma foram criados, consolidados e expandidos, e esse esforço gerou experiências acumuladas de tratamento multiprofissional, melhor controle da doença, redução da morbidade e da procura a serviços de urgência. Em Goiânia-GO, visando o objetivo de garantir atendimento integral ao paciente asmático, foi implantado na rede pública de saúde do município, no ano de 2004, o Programa de Controle de Asma denominado “*Catavento*”. Considerando a importância da assistência qualificada às crianças e adolescentes asmáticos e a relevância da participação do enfermeiro neste contexto, surgiu o interesse em desenvolver um projeto de extensão no ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – HC/UFG, com o propósito de realizar atividades de educação e acompanhamento do estado de saúde de crianças e adolescentes asmáticos, assim como capacitar os acadêmicos do curso de Enfermagem da UFG para ações voltadas a essa clientela. **Objetivo:** Descrever a experiência de um projeto de extensão universitária, denominado “*Aprendendo a conviver com a asma*”, desenvolvido por acadêmicos e docentes da Faculdade de Enfermagem da UFG. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência do projeto de extensão “*Aprendendo a conviver com a asma*”, o qual tem sido desenvolvido no ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, desde março de 2008, junto a crianças e adolescentes asmáticos e seus familiares. As ações desenvolvidas nesse ambulatório são vinculadas ao Programa de Controle da Asma do município de Goiânia-GO, denominado programa “*Catavento*”. **Resultados:** Os acadêmicos do curso de Enfermagem da UFG desenvolvem,

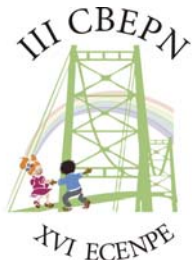
* Projeto de extensão vinculado ao Grupo de Estudos em Saúde da Mulher, Adolescente e Criança da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – GESMAC.

[†] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Coordenadora do Projeto de Extensão “Aprendendo a conviver com a Asma”. Endereço: Rua 58, Qd. B-6, Lt. 20/23, Apto 1004, Residencial Caraibas, Jardim Goiás. Goiânia-GO. CEP: 74810-250. Email: karinams.fen@gmail.com

[‡] Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Bolsista do Projeto de Extensão “Aprendendo a conviver com a Asma”.

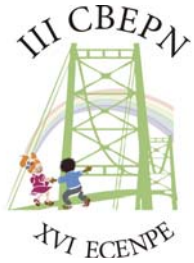
[§] Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

^{**} Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sob supervisão de seus professores, atividades de acompanhamento e educação em saúde junto a crianças e adolescentes asmáticos, assim como, seus familiares e acompanhantes. As consultas de enfermagem são sempre realizadas antes da consulta médica em ambulatório especializado (Pneumopediatria). Utiliza-se um formulário padronizado para consulta da criança ou adolescente asmático, o qual é constituído por duas partes: uma correspondente à consulta de enfermagem e outra correspondente à consulta médica. Durante as consultas de enfermagem faz-se uma avaliação sobre o uso da medicação prescrita especificamente para asma em consulta médica anterior, verificando se o dispositivo inalatório está sendo usado corretamente pela criança/adolescente, também avalia-se o conhecimento dos pais sobre o tratamento farmacológico prescrito e realiza-se o esclarecimento de dúvidas. Devido à cronicidade da doença, o tratamento de asma em crianças/adolescentes é geralmente feito a domicílio, sob a responsabilidade dos pais. De acordo com a literatura, o conhecimento dos pais e crianças/adolescentes sobre a asma podem influenciar na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no controle dos sintomas da doença. Devido à importância do esclarecimento dos pais e crianças/adolescentes sobre a asma e seu tratamento, durante o atendimento de enfermagem tenta-se criar um ambiente favorável para que exponham suas dúvidas. Também são realizadas discussões em grupo de pais e crianças/adolescentes, onde são utilizados vídeos relacionados à temática e técnicas de trabalho em grupo para incentivar a participação e troca de experiências. No que diz respeito ao tratamento farmacológico da asma, a maioria das crianças/adolescentes asmáticos utiliza medicamentos na forma de inalador dosimetrado acoplado a um espaçador ou acoplado a um espaçador e máscara. Devido à necessidade de uso destes espaçadores, à condição econômica desfavorável de algumas famílias de crianças/adolescentes asmáticos atendidas no ambulatório de Asma do HC/UFG, e ainda, devido à valorização aos aspectos relacionados à consciência e saúde ambiental, optou-se por ensinar as crianças/adolescentes e seus familiares a utilizarem espaçadores artesanais, confeccionados com garrafas pet reaproveitadas e frascos de soro. São promovidas oficinas de capacitação dos familiares para a confecção, utilização, higienização e armazenamento destes espaçadores artesanais. A eficácia do uso de espaçadores artesanais tem sido comprovada em alguns estudos, sendo recomendada a incorporação desse tipo de dispositivo no tratamento de crianças asmáticas, especialmente em populações com condições econômicas desfavoráveis. Ainda durante a consulta de enfermagem, mensura-se o pico de fluxo expiratório (PFE) pulmonar em repouso, antes e após o uso de broncodilatador pelas crianças/adolescentes asmáticos. O PFE é uma medida espirométrica, onde se avalia a velocidade com que o ar é expelido dos pulmões, com registro em L/min. Como na crise de asma, os brônquios encontram-se estreitados, obstruídos e conseqüentemente o ar passa com dificuldade, o PFE possibilita analisar o grau de estreitamento e de obstrução dos brônquios. Além disso, realiza-se avaliação do conhecimento e orientações das crianças e adolescentes asmáticos e seus familiares, quanto às medidas preventivas de controle ambiental da asma e fatores desencadeantes de crises. Nesse contexto do controle ambiental são destacados os principais predisponentes de asma e de rinite alérgica, como a hipersensibilidade aos ácaros da poeira doméstica, ao mofo, aos pêlos de animais e outros alérgenos, os quais podem estar presentes nos domicílios e são capazes de precipitar crises de asma em pessoas predispostas. Além disso, enfatiza-se a influência de fatores irritantes como a poluição ambiental, fumaça de cigarro e as mudanças climáticas. Durante as consultas de enfermagem também são feitas considerações sobre a importância do seguimento correto do tratamento farmacológico e não farmacológico, e condutas a serem seguidas diante das crises agudas. **Conclusões:** Na abordagem atual do tratamento da asma, a educação sobre a doença apresenta papel fundamental. Quando as mães/acompanhantes de crianças asmáticas estão educadas para o controle da doença de seus filhos, elas sabem usar adequadamente a terapêutica medicamentosa prescrita, são



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

capazes de identificar o momento adequado de procurar o serviço de urgência e executam apropriadamente as medidas de controle ambiental. Esse projeto de extensão tem proporcionado a capacitação dos acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás quanto ao desenvolvimento de habilidades que envolvem a assistência a crianças e adolescentes asmáticos e, além disso, tem colaborado na prevenção de agravos e melhor qualidade de vida dessa clientela.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, asma, educação em saúde.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**227 - Almanaque “Cuidando de crianças em uso de remédio anticonvulsivante”:
alfabetização científica mediada por histórias de cuidadoras**

Rosane Cordeiro Burla de Aguiar*
Ivone Evangelista Cabral†

Se por um lado, as tecnologias de equipamentos, farmacoterapia e de investigação diagnóstica, contribuíram para a redução das taxas de morbi-mortalidade infantil; por outro, fez surgir um grupo de crianças, cuja atenção e cuidado demandam dos familiares cuidadores saberes que não são próprios do seu cotidiano de cuidar, as chamadas Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES). Dentre essas novas demandas estão àquelas inerentes a complexidade da administração de medicamentos anticonvulsivantes. A terapia com anticonvulsivantes de uso contínuo implica em um conjunto de informações que o familiar cuidador não tem acesso, em princípios da farmacologia e dos cuidados fundamentais de Enfermagem, que a família não domina, pois estão relacionados com o conhecimento científico. A complexa administração de medicamento no domicílio é mediada por uma prescrição médica. Logo, o cuidado familiar requer capacidade de leitura e compreensão dessa prescrição para a implementação desse cuidado. Não existe lugar para o erro, pois a criança precisa da correta administração do medicamento para sua sobrevivência. Para o êxito desse cuidado, o familiar precisa possuir habilidades até então desconhecidas, por exemplo, diluir um medicamento, fracionar a dose, conhecer abreviaturas e símbolos utilizados nas prescrições, fazer operações matemáticas simples e reconhecer os efeitos não esperados do medicamento. Ou seja, conhecimentos do campo científico precisam ser transferidos para o saber popular produzindo sentido para quem cuida. Essas novas demandas de cuidar evidenciam a necessidade da alfabetização em saúde dos familiares cuidadores. Entende-se alfabetização em saúde como a capacidade dos indivíduos obter, processar e entender informações relacionadas às questões de saúde e serviços essenciais para tomar decisões apropriadas sobre sua saúde, indo além de habilidades de leitura. É necessário habilidades de escrever, escutar, falar, realizar operações e cálculos matemáticos simples e conhecer conceitos básicos relacionados à saúde. Estudos apontam a existência de pouco material direcionado aos cuidadores, para auxiliá-los nos cuidados inéditos a família. Considero que há necessidade de instrumentalizar a família para o cuidado medicamentoso. Entendo o almanaque como uma estratégia de alfabetização em saúde mediada pelo universo cultural vocabular dos familiares. Para tanto tenho como base os princípios de uma alfabetização dialógica, problematizadora, inserida em uma rede histórica – social – cultural de aprendizagem que valoriza o saber de experiência feito. A partir do almanaque, mediador de uma variedade de informações, almeja-se que os familiares cuidadores de CRIANES saibam compreender os significados que os textos propiciam, incorporando-os na sua prática social. Sendo assim, definimos como **objeto de estudo** a incorporação das vozes dos familiares cuidadores na produção do almanaque sobre o manejo do medicamento anticonvulsivante. Para atender esse objeto temos a seguinte **questão norteadora**: De que forma as vozes dos cuidadores será incorporado ao gênero de texto almanaque? Qual é a contribuição deste material educativo, como recurso de alfabetização científica em saúde, na instrumentalização do cuidado domiciliar? **Objetivos**: a) Selecionar e incorporar os temas

* Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em educação em ciências e saúde do Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde/ UFRJ. rcburla@yahoo.com.br

† Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Pesquisadora colaboradora do NUTES/ UFRJ. Pesquisadora do CNPq



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

relacionados ao cuidado à criança em terapia anticonvulsivante a partir das vozes das cuidadoras, na produção do almanaque; b) Validar o conteúdo científico da alfabetização em saúde medida pelas vozes das cuidadoras, juntos aos especialistas; c) Validar o almanaque 'cuidando da criança em uso de remédio anticonvulsivante, junto aos familiares cuidadores; d) Analisar o processo de alfabetização científica em saúde dos familiares cuidadores. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa que será desenvolvida em 3 estágios. O primeiro, anterior ao trabalho de campo onde estão incluídas as etapas de elaboração do almanaque: seleção de conteúdos e imagens do banco de dados da minha dissertação de mestrado; incorporação dos conteúdos na versão teste do almanaque; processo de produção e diagramação na forma digital; elaboração do formulário de validação quantitativa da versão teste e do diário de acompanhamento do uso do almanaque pelos familiares cuidadores. O Segundo estágio é relativo ao trabalho de campo propriamente dito, quando ocorrerá a interação com os participantes da pesquisa, inclui os componentes quantitativos e qualitativos da pesquisa. O Componente quantitativo refere-se a validação interna do almanaque junto a especialistas. O componente qualitativo refere-se à elaboração e validação externa do almanaque a ser junto aos familiares cuidadores. O último estágio, posterior ao trabalho de campo, corresponde a geração do produto final, o almanaque propriamente dito, análise e discussão do material empírico produzido pelas DCS, à luz do referencial teórico. Neste trabalho apresento o teste piloto da versão teste do almanaque e do instrumento de validação interna. Participaram do teste piloto 14 membros do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC), destes dois eram acadêmicas de enfermagem, dois docentes pesquisadores, um docente, os outros 09 participantes eram enfermeiras pediatras com diferentes especialidades e experiência assistencial. Para esta etapa da pesquisa selecionamos um tema do almanaque referente as estratégias utilizadas pelas cuidadoras para administrar o anticonvulsivante em seus filhos. Para este tema elaboramos um instrumento de validação interna inspirado na escala do tipo Likert com 8 proposições. Nestas proposições, estavam contidos os conceitos científicos dos princípios dos cuidados fundamentais de enfermagem que norteiam a administração de medicamentos. Foi entregue a cada participante junto com uma cópia da versão teste do almanaque e o instrumento, uma folha de apresentação onde esclarecíamos os objetivos da pesquisa e o passo a passo para responder o instrumento. Os participantes levaram em média 30 min. para ler o almanaque e responder o instrumento. Os resultados do teste piloto nos mostraram que os participantes não conseguiram compreender de forma clara os objetivos da validação interna, por esta razão será preciso reajustar a estratégia de incorporação das vozes das cuidadoras e dos conceitos científicos no almanaque e o instrumento de validação para que fique claro aos especialistas que validarão internamente o almanaque. Consideramos de grande importância a etapa do teste piloto, pois traz subsídios para a elaboração de um material educativo que realmente produza sentido na medida em que traduz a realidade dos cuidadores e possa ser utilizado na sua prática cotidiana de cuidar.

Palavras-chaves: material educativo, educação em saúde, cuidado medicamentos.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

228 - Assistência de enfermagem ao binômio família-criança com estoma intestinal

Kátia Cilene Godinho Bertoncello

Margareth Linhares Martins

Valéria Cyrillo Pereira

Rode Dilda Machado da Silva

Introdução: Relata experiência de produção de texto sobre criança com estoma intestinal, tema pouco abordado na literatura de enfermagem. Material produzido por um grupo constituído de profissionais da área da saúde, pessoas com estoma e voluntários, num Estado do Sul do Brasil. A atenção à saúde da criança com estoma intestinal necessita espaço de reflexão na equipe de saúde para então se espriar para outras áreas de pertinência, dentre elas, a Pedagogia. É uma população que dependendo do ciclo etário de desenvolvimento humano, apresenta determinadas especificidades as quais, terão que ser levadas em consideração pela equipe de saúde, que desempenhará papel significativo na abordagem. A sistematização do suporte à saúde antevê um modo para a construção da aprendizagem sobre as necessidades práticas e cognitivas destas duas unidades: criança e família. Este suporte deverá permear a possibilidade de viver saudável com inclusão social e ambiental, rompendo barreiras sociais, psicológicas, políticas, econômicas, religiosas e afetivas. Os papéis dos profissionais de saúde passam a ter múltiplas facetas e para dar conta delas é necessário compreender o processo de desenvolvimento infantil. Os saberes e fazeres da equipe estão implicados na razão direta da concepção de infância. O conceito de infância é reconstruído cotidianamente com base na sua inserção histórica e cultural, em cada sociedade, de acordo com o mérito que lhe é conferido. A infância é uma categoria social e se constitui através de condições sociais concretas. O caráter dinâmico do conceito de infância cria um contraponto para a sua universalidade, naturalização e estabilidade. Embora a infância seja compreendida de diferentes modos, a criança, no seu meio social, se manifesta através de múltiplos olhares, múltiplas linguagens e são multidimensionais: afetivas, sociais, biológicas, cognitivas, espirituais, e outras. Em seus relacionamentos estão outras crianças e adultos e no ato de tornarem-se experientes na vida refletem sobre as transformações históricas e culturais nos contextos da realidade imediata, da sociedade e no mundo. A criança com estoma intestinal experimenta necessidades muito específicas. Sua família nem sempre está preparada para vivenciar tal circunstância e passa a também ser atendida pela equipe de saúde. A família é surpreendida com o fato de seu filho ser diferente, anormal. As patologias responsáveis por feitura de estomas, sejam temporários definitivos, em crianças e adolescentes, são variadas. No lactente predomina as malformações anorretais, a enterocolite necrotizante, e a doença de Hirschsprung (megacólon); em crianças com mais idade, a doença intestinal inflamatória (doença de Crohn e colite ulcerativa), como também os traumas domésticos e automobilísticos. Objetivo: contribuir com a assistência de enfermagem, na atenção à saúde da criança com estoma intestinal e de seus familiares. O conteúdo tem o propósito de desenvolver competências técnicas e habilidades humanas para a promoção de qualidade de vida do binômio criança-família. Metodologia: descritiva e fundamentada na literatura. A produção textual foi realizada em reuniões de trabalho no grupo entre abril e julho de 2008. Feita revisão de literatura, organizado roteiro do texto e cronograma. Resultados: o conteúdo desenvolvido contém noções de fisiologia e anatomia intestinal, as principais causas de estomas intestinais em crianças, tipos de estomas e elementos para identificá-los. Permite ao profissional avaliação, seleção e indicação de equipamentos. Aponta as principais complicações e suas respectivas condutas, situa os principais cuidadores leigos, acentua a importância de oferecer suporte a estes, reorienta o papel social da criança como cidadã com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

vistas à inclusão social e à diversidade. Defende a necessidade de participação da criança e de seus familiares em grupo de convivência, indicando-o como metodologia de assistência, discute linguagem e meios, de acordo com o nível de desenvolvimento da criança para promover processo de ensino-aprendizagem e conseqüente preparo para o auto-cuidado. Consolida conhecimento, para dar suporte à sistematização da assistência em saúde, primando pelo atendimento interdisciplinar, com base na integralidade de assistência. Considerações Finais: associa a experiência teórico-prática de integrantes do grupo à prática assistencial de aluna no campo de estágio da Enfermagem Pediátrica em Hospital Infantil de grande porte, com elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso. O envolvimento de integrantes na busca atualizada de literatura é um ganho de dupla via – autores e leitores. O resultado desta produção atualiza conhecimentos para a melhoria da qualidade da assistência às crianças e de seus familiares, oferecendo ferramentas para a inclusão social, o auto-cuidado, a sistematização da assistência e articulação entre profissionais na perspectiva da interdisciplinaridade. A emergência no tratamento desta temática indica a necessidade de gerar novas pesquisas para dar sustentação à prática profissional da equipe de saúde. A promoção da saúde de crianças e seus familiares precisam de embasamento teórico e prático com vista a definir competências e gerar habilidades com pertinência a uma vida saudável. O texto reúne conhecimentos técnico-científicos da grande área da saúde e da pedagogia para fundamentar a atenção à saúde de crianças com estoma intestinal e seus familiares com base na reflexão sobre o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à prática da equipe de saúde. Para dar conta deste objetivo foi construído a caracterização da criança com estoma intestinal acentuando a importância da participação de seus familiares como suporte social de primeira grandeza. Algumas questões epidemiológicas, anatômicas e fisiológicas do aparelho digestório foram revisitadas. A identificação dos tipos de estomas intestinais são importantes para sustentar a avaliação, seleção e indicação de dispositivos como bolsas coletoras de fezes e materiais adjuvantes à bolsa e para a pele. As complicações periestomas e o adequado manuseio favorece a assistência com resultados satisfatórios. As competências ao serem desenvolvidas geram habilidades e demandam do profissional o estabelecimento de correlação entre o aprendizado e a prática. A necessidade do domínio de conhecimentos como: os níveis de desenvolvimento infantil; a cidadania da criança e do adolescente, a inclusão social e a diversidade, os grupos de vivência e o objetivo advindo dele enquanto recurso pedagógico para a promoção de educação em saúde para o desenvolvimento de autonomia e auto-cuidado, são discussões importantes neste contexto. Gerar competência para o reconhecimento da importância de políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente com estoma intestinal e de seus familiares é outra preocupação de pertinência.

Palavras-chave: criança com estoma intestinal e seus familiares, sistematização da assistência e assistência de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**229 - Contribuição das agentes comunitárias de saúde no cuidado a criança sob
ênfase da puericultura**

Claudete Demetrio Meurer
Shirla Regina Pinheiro

Introdução: Puericultura é a ciência médica que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano e objetiva a promoção e a recuperação da saúde das crianças, buscando assegurar seu crescimento e desenvolvimento, sob o ponto de vista físico, mental e social, contribuindo para a redução das altas taxas de morbidade e mortalidade infantil que ainda se nota em nosso meio e, conseqüentemente, atuando na qualidade de vida das crianças. O acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, através da aferição periódica do peso, da altura e do perímetro cefálico e sua análise com os novos gráficos da Organização Mundial de Saúde, são excelentes indicadores das condições de vida das crianças. Sempre, a cada consulta, bebês, pré-escolares, escolares e jovens devem ter seu crescimento aferido. Crescimento é o ganho de peso, altura que termina ao final da adolescência. Por outro lado, o desenvolvimento significa aprender a fazer coisas, evoluir, tornar-se independente e, caso queiramos, pode não ter fim. O peso até um ano deve ser aferido uma vez por mês, bimestralmente até dois anos e dos três aos sete anos deve ser aferido semestralmente. Para que a consulta de puericultura seja desenvolvida em sua plenitude, o profissional que a realiza deve conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Isto se torna fundamental para a tomada de decisão e orientações a serem dadas, pois além de serem dirigidas à criança, reflete-se sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, as ações que visem às crianças não terão sucesso. Tais informações quem repassa são os ACS, pois eles têm contato direto com a realidade de cada família da comunidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um programa de saúde pública criado pelo Ministério da Saúde, que se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe interdisciplinar habilitada para desenvolver as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, que caracterizam a atenção primária. Essa equipe interdisciplinar é composta de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Todos possuem um papel de fundamental importância para com a comunidade, tanto na Unidade Básica de Saúde (UBS), quanto no domicílio, estabelecendo vínculo de co-responsabilidade com as famílias e facilitando a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias da comunidade. Esta estratégia foi formulada pelo Ministério da Saúde, em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (antiga denominação), como um programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2004). Alguns dos critérios que se estabelecem é que o ACS resida na comunidade correspondente à área de atuação, ser uma pessoa que se destaca na comunidade por sua comunicação e interação com as pessoas, exercendo algum tipo de liderança, que tem a função de elo entre a equipe de saúde e a comunidade e está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. Através das informações fornecidas pelos ACS, é que a equipe identifica a situação de saúde das comunidades, fundamentando o planejamento do trabalho a ser realizado na unidade de saúde ou no domicílio. Os ACS criam um elo cultural que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

saber popular. Os agentes de saúde têm um papel muito importante na puericultura, pois eles é que irão incentivar as mães, desde a gestação, a trazer o seu filho para fazer a puericultura. Visto que os ACS, no contexto da Estratégia Saúde da Família, são os profissionais que têm um papel de relevância na promoção da saúde da população, a realização de capacitações torna-se uma prioridade, pois à medida que os ACS entendam a importância da puericultura como instrumento de promoção da saúde, estes se tornarão incentivadores da implantação e participação das crianças no serviço de Puericultura. Objetivos: Esta atividade visou sensibilizar os agentes comunitários de saúde sobre a importância da puericultura na promoção da saúde e, conseqüentemente, aumentar o número de consultas de puericultura na UBS. Metodologia: este trabalho constituiu-se de um relato de experiência de uma ação de educação em saúde realizada com 11 ACS de uma ESF do município de Itajaí – SC. Para o desenvolvimento da atividade proposta utilizou-se do método descritivo a partir da revisão bibliográfica, extraída de periódicos, sites do Ministério da Saúde e livros. A socialização do tema se deu através do método expositivo e dialogado, juntamente com dinâmicas integrativas e avaliação de resultado pedagógico. Resultados: Constatou-se que todas as ACS participantes desta educação em saúde são mulheres, com idade entre 21 e 40 anos, casadas, a maioria com filhos. Houve uma grande participação e interesse das mesmas na discussão da temática. Também observou-se que as mesmas têm consciência do seu papel enquanto elemento de ligação entre a equipe e a comunidade, bem como de sua importância no incentivo à puericultura, pois, a partir do seu engajamento se torna possível realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como a identificação e tratamento de várias patologias, precocemente, evitando danos irreversíveis. Logo, é inquestionável o apoio dos agentes de saúde nesta ação. Considerações Finais: Concluiu-se que a comunicação entre a equipe de saúde se faz muito importante para uma boa assistência. Através da informação que as Agentes Comunitárias de Saúde buscam com as famílias visitadas é que se torna possível um planejamento em saúde adequado. Sendo assim, é de fundamental importância a educação em serviço para estas trabalhadoras, no sentido de sensibilizá-las para a relevância da puericultura. Outra consideração a ser feita é que a puericultura constitui-se atividade de grande importância para o aproveitamento integral da potencialidade intelectual da criança, possibilitando o desenvolvimento de crianças e adolescentes, favorecendo a formação de adultos mais preparados para os desafios da vida moderna, bem como instrumentalizando-os para a responsabilização pela manutenção de sua saúde.

Palavras chaves: promoção a saúde, estratégia saúde da família, puericultura.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

230 - Prevalência de aleitamento materno e seus determinantes no Município de Londrina – PR no ano de 2008

Michelle Thais Migoto*

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza[†]

Débora Falleiros de Mello[‡]

Edilaine Giovanini Rosseto[†]

Introdução: o leite materno possui todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança. Sua composição varia com a idade gestacional, hora do dia e o tempo da mamada. Ou seja, se adapta as necessidades nutricionais e as características fisiológicas de cada bebê. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o aleitamento materno deve ser oferecido à criança até o sexto mês de vida de maneira exclusiva e após complementado com outros alimentos até dois anos de idade. No combate à mortalidade na infância, incluída nos Objetivos do Milênio, entre as prioridades nacionais está o incentivo ao aleitamento materno (AM), por ser uma estratégia eficaz e de baixo custo. De acordo com Ariffen (2001) o aleitamento materno exclusivo conferiu uma forte proteção contra os óbitos por diarreia e que o aleitamento predominante ou ausência de aleitamento estiveram associados a risco 2,2 vezes maior de morrer por outras causas de doenças infecciosas e a risco 3,9 vezes maior de morrer por infecções respiratórias e diarreia. Segundo Esculder et. al. (2003) referem um estudo realizado em 14 municípios da grande São Paulo sobre redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) associado ao AM. O período pós-neonatal é responsável por 50% do CMI, apresentando a pneumonia e a diarreia como as principais causas de morte infantil. A mortalidade evitável por infecção respiratória variou de 33% a 72%, segundo cada município e faixa etária das crianças, sendo menores de um ano. Para diarreia, a variação foi de 35% e 86%. Foi obtida uma estimativa média do impacto de 9,3% no CMI, com variações, segundo o município, entre 3,6% e 13%. Com o objetivo de atingir um aumento das prevalências de aleitamento materno é necessário apoio dos profissionais de saúde, que permaneçam ao lado dessas mães para fornecer conhecimento quanto à lactação e as suas práticas técnicas e apóia-la na decisão de amamentar. Uma das estratégias adotada foi a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que tem como objetivo o estabelecimento da proteção, promoção e apoio ao AM no pré-natal e no ambiente hospitalar. Para a Atenção Básica, surgiu, em 2008, a Rede Amamenta Brasil, que capacita profissionais da rede básica a compreender o processo de amamentar para além de sua determinação biológica, entendendo-o como um híbrido-natureza cultura, portanto, biologicamente determinado, porém socioculturalmente condicionado. O Município de Londrina tem uma história de práticas de incentivo ao aleitamento materno, possui três hospitais Amigo da Criança e um Comitê de Aleitamento Materno que conta com a participação de diversas instituições públicas e privadas, de assistência, de ensino, de gestão e da comunidade que coordena as ações de aleitamento materno no município e região. Também é de Londrina o grupo operacional do Ministério da Saúde que elaborou e participa da implementação da Rede Amamenta Brasil nas diversas regiões e estados. A construção dessa nova proposta de capacitação foi baseada, na experiência de docentes com o Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e em ações que já estavam sendo desenvolvidas na atenção básica por meio de um projeto chamado

* Aluna do 4º ano de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

[†] Enf. Mestre Docente do Curso de Enfermagem da UEL.

[‡] Enf. Doutora Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Rua Pará Nº 115 Apartamento 501. Bairro Centro, Londrina, Paraná. E-mail: michelle_enf54@yahoo.com.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Unidade Básica Amiga da Criança, iniciado em 1995, elaborado por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde com a colaboração da UEL. A proposta da Rede Amamenta Brasil tem como pressupostos a pedagogia problematizadora, a educação crítico-reflexiva e a educação permanente em saúde. Foi instituída nacionalmente pela portaria do Ministério da Saúde nº 2799, de 18 de novembro de 2008. Portanto, é de grande valia que os índices de aleitamento materno do município sejam conhecidos para a avaliação e direcionamento das ações nos diversos cenários que assistem à mulher que amamenta. **Objetivo:** esse estudo teve o objetivo de levantar a prevalência em aleitamento materno no município de Londrina, Paraná, no ano de 2008 e alguns de seus determinantes, permitindo reflexão das ações implantadas e discussão das intervenções sobre os fatores que interferem na amamentação, a fim de melhorar os índices de aleitamento materno. **Metodologia:** é um estudo descritivo quantitativo, a partir dos dados obtidos na II Pesquisa Nacional de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, do Ministério da Saúde (MS). Foram entrevistados 770 acompanhantes de crianças menores de um ano de vida que compareceram na segunda etapa da vacinação anti-polio, em agosto de 2008, em 33 postos de vacinação de Londrina-Pr, selecionados em amostragem por conglomerados. As entrevistas foram complementadas por agentes comunitários de saúde (ACS) no período de agosto a novembro de 2008, devido ao baixo comparecimento da população no dia da vacinação por fatores climáticos que dificultaram o acesso da população aos postos de vacinação. Os dados foram digitados em banco de dados on-line e analisados no aplicativo Amamunic, do Instituto de Saúde de São Paulo. **Resultados:** os resultados obtidos foram de 33,9% para prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME), sendo que no quarto mês de vida 53,7% das crianças estavam sendo amamentadas e enquanto que no sexto mês de vida, apenas 7,8%. Em comparação com pesquisa realizada em 2002 (Vannuchi et al, 2005), houve aumento da prevalência do AME de 0 a 6 meses de 21,0% em 2002 para 33,9%, em 2008. O AME de 0 a 4 meses, o aumento foi mais significativo, sendo de 29,3% em 2002 e 53,7% em 2008. Das crianças de nove a 12 meses, 51,5% em AM continuado. Para as crianças amamentadas na primeira hora de vida foram 72,5% e que continuaram em aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa foram 83%. Das crianças pesquisadas, 63,8% faziam uso de mamadeira e 45,6% o uso de chupeta. A relação dos dados da mãe e aleitamento materno exclusivo demonstrou que as que mais amamentaram exclusivamente tinham idade igual ou superior a 35 anos, com terceiro grau, com mais de um filho e que estavam em licença maternidade. **Considerações Finais:** a pesquisa conclui que houve um aumento dos índices de aleitamento materno do município de Londrina, mas ainda se encontram aquém do preconizado pela OMS. Por isso, é necessário analisar as ações desenvolvidas para o estímulo ao aleitamento materno nos serviços de saúde e direcioná-las para a assistência da mãe com maior dificuldade de amamentar, levantado nesse estudo, ou seja, as mulheres mais jovens, primíparas, com condições socioeconômicas precárias e com baixa escolaridade. Também atenção maior deverá ser dada para a mãe após o quarto mês de vida, onde os índices apontam queda acentuada.

Palavras-chave: aleitamento materno, prevalência, estudos transversais, nutrição infantil.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**231 - A gravidez na adolescência e sua repercussão na vida de jovens
adolescentes de Porto Alegre**

Jane Knijnik*

Introdução : A gravidez na adolescência tem sido um tema amplamente discutido e pesquisado por diferentes órgãos de âmbito mundial como OMS, UNESCO, UNICEF, bem como por programas nacionais como IBGE, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), SUS, Ministério da Saúde, que expressam o alto índice de gestação na população jovem. É um problema mundial de saúde pública, pois atinge principalmente a classe social mais pobre e com menores níveis de escolaridade, sendo na maioria das vezes não planejada. Tem repercussões biológicas, familiares, emocionais, sociais, limitando ou mesmo adiando projetos de vidas dessas adolescentes, que muitas vezes param de estudar e passam a apresentar sentimentos de baixa auto-estima. A gravidez na adolescência constitui-se um problema de saúde pública no Brasil e em outros países em razão do aumento de sua incidência. Em função das repercussões sobre a mãe e sobre o conceito, a OMS considerou a gravidez adolescente como gravidez de risco, embora se considere atualmente que este risco seja mais social do que biológico. A literatura aponta os riscos e prejuízos da experiência da gravidez para a mãe adolescente, do descaso e da não aceitação da paternidade, do adiamento dos projetos de vida e do projeto escolar. No Brasil conforme dados do Ministério da Saúde existem 51 milhões de jovens na faixa etária de 10 a 14 anos o que corresponde a quase um terço da população total e segundo levantamento realizado em 2003 adolescentes entre 10 e 19 anos representam 22% nos partos ocorridos no Brasil no período. Segundo dados da Coordenadoria geral da Vigilância da Saúde (CGVS) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos das crianças nascidas em Porto Alegre em 2005, 17,6 % eram de mães menores de 20 anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) a adolescência se refere ao período compreendido entre 11 e 19 anos de idade, parâmetro também adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (Prosad, 1993; Pinheiro 2000). Segundo o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, lei número 8069 de 1990, considera-se criança a pessoa até 12 anos incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Este estudo descreve a vivência de jovens que estão experimentando a maternidade pela primeira vez na faixa etária de 12 a 18 anos, seguindo o conceito do ECA de adolescência, no município de Porto Alegre, RS. O objetivo geral do estudo é analisar os significados da gravidez na adolescência para jovens mães adolescentes de Porto Alegre. Já os objetivos específicos são: apontar os principais fatores que influenciam na ocorrência de gravidez na adolescência, compreender como impactos emocionais se expressam na gravidez adolescente e conhecer as repercussões da gravidez na adolescência na realidade pessoal e social onde as mesmas estão inseridas. A amostra intencional constitui-se de 20 mães adolescentes primigestas com idade entre 11 e 18 anos (ECA) sem patologias prévia, pacientes do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), um Hospital Materno-Infantil público de Porto Alegre, onde a autora do estudo trabalha como psicóloga à 30 anos. Ao tentar entender os significados da gestação adolescente e prevenir suas repercussões é indispensável levar em conta as características psico-sociais da adolescente e seu contexto familiar. Constata-se estarem as adolescentes entrevistadas num nível sócio-econômico muito baixo estando, em sua quase totalidade sem atividades remuneradas e afastadas ou bastante atrasadas em escolaridade. Observa-se, portanto, que

* Psicóloga, mestre em psicologia clínica, psicóloga da Uti-Neonatal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) de Porto Alegre. End: Eça de Queiroz 349 apt 602 –Porto Alegre CEP 90670-020 Jane.k@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

não foi a gravidez que afastou as adolescentes dos estudos, mas sim que elas já estão sem estudar antes da gravidez. Chama-nos a atenção também que a grande maioria dos parceiros escolhidos pelas jovens para serem os pais de seus filhos não são mais adolescentes, provavelmente expressando o desejo de poder contar com a ajuda financeira destes parceiros. Deparamo-nos com um grupo de jovens em estado de vulnerabilidade e exclusão social onde a gravidez parece estar sendo percebida como a possibilidade de uma perspectiva de inclusão social e de manutenção de um padrão social de uma cultura familiar onde as mulheres engravidam precocemente. Nossos resultados nos fazem pensar que o desejo e a busca da gravidez na adolescência estão relacionados à privação social, aos sentimentos de exclusão, inerentes ao meio social tão pobre do qual fazem parte e à insuficiência de interdição da família, no caso representada pela figura da avó que por ter sido também mãe adolescente funciona como um modelo a ser seguido. Pode-se entender que engravidar dentro de uma vida tão sem perspectivas possa representar uma tentativa de valorização pessoal e de busca de aumento da auto-estima bem como de repetição do modelo materno de gestação adolescente. Entendemos que a gravidez na adolescência pode ser vista como multicausal, podendo ser tanto uma tentativa de superar carências afetivas, um desafio à família, uma identificação com outras mulheres da família ou a busca de status social. Constatamos que as perspectivas futuras são muito baseadas em desejo e fantasia, de voltar a estudar e trabalhar, numa realidade pouco favorável para que isto se concretize. Nos últimos anos, muita ênfase vem sendo dada à importância de certas peculiaridades dos programas preventivos para a gestação adolescente, como por exemplo as intervenções dentro do espaço físico da escola e circunvizinhanças, para facilitar o acesso dos adolescentes à informação. No Brasil, os programas destinados à prevenção da gravidez na adolescência são precários, não apenas em número, mas também no que se refere à eficiência e eficácia do atendimento prestado. O grande fracasso observado na prevenção da gravidez na adolescência, em todo o mundo, parece estar associado ao pouco conhecimento dos reais motivos que levam a adolescente a ficar grávida e, em especial, acerca do que representa de fato a gravidez para a adolescente e sua família. Muitos recursos são investidos em programas de prevenção da gravidez na adolescência, tendo por base o enfoque de risco e a orientação e distribuição de métodos anticoncepcionais como principais instrumentos de ação. O resultado tem sido desanimador, com grande índice de falha em seus objetivos. Fica claro que o desconhecimento a respeito de métodos anticoncepcionais, além de não ser o único fator determinante da gravidez na adolescência, talvez nem mesmo seja o mais importante. É possível que muitas gestações, à primeira vista indesejadas e inoportunas, sejam, na realidade, planejadas por jovens que, na busca de afirmação de sua maturidade, não encontram em seu ambiente social outras perspectivas que não a maternidade. Vários autores chamam a atenção para o fato de que, em certas situações, a gestação talvez não seja exatamente um problema, e sim a solução para um problema anterior.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

232 - Programa de acompanhamento e visitação de irmãos internados na uti neonatal do HMIPV

Jane Knijnik*

O Programa de Acompanhamento e Visitação de Irmãos Internados na Uti-Neonatal é realizado no Hospital Materno- Infantil Presidente Vargas, um hospital da Prefeitura de Porto Alegre, tendo como objetivos: estimular o vínculo irmãos-bebês, favorecer a diminuição dos temores e fantasias dos irmãos, valorizar a presença dos irmãos no processo de elaboração da permanência do bebê na Uti-Neonatal e favorecer a Humanização da Uti-Neonatal. O Programa inicia pela divulgação do mesmo entre os familiares, especialmente através do grupo operativo realizado com os familiares dos bebês internados. Em dia específico no caso, sexta-feira pela manhã é combinada a visitação dos irmãos. Estes ao chegar são recepcionados pela psicóloga do setor, mostrando-lhes uma incubadora vazia, explicando sua função e ouvindo suas dúvidas e fantasias. Após este momento as crianças são orientadas a colocar avental e lavar as mãos e acompanhadas pela psicóloga e pela mãe vão até às incubadoras ou berços onde estão seus irmãos, sendo estimulados a acariciá-los e pega-los no colo, sempre que possível. São programados ao redor de vinte minutos para a permanência dos irmãos junto aos bebês. Crianças de menos de cinco anos de idade são orientadas a verem seus irmãos através do vidro, seguindo orientação da equipe médica. Nesta situação a equipe de enfermagem procura aproximar o bebê da janela de vidro onde está seu irmão procurando facilitar o contato entre eles. A equipe procura favorecer o vínculo do irmão com a equipe, com o hospital e com a situação como um todo, esclarecendo suas dúvidas, explicando o objetivo do funcionamento dos aparelhos ligados ao bebê e dando uma idéia do motivo de sua permanência no hospital. Em geral as crianças verbalizam que seus irmãos são mais bonito do que imaginaram, mesmo sendo estes prematuros extremos. Entendemos que por mais difícil que seja a situação real, está será melhor de ser enfrentada do que as fantasias das crianças. Consideramos que as crianças são orientadas pelos pais muitas vezes de forma equivocadas como por exemplo dizer que ela está numa caixa (incubadora). Se entendermos a caixa como um objeto fechado, sem possibilidade de respiração podemos imaginar o quanto pode mobilizar fantasias. Sabemos também que as crianças podem apresentar sentimentos de culpa em função de seus ciúmes e de aspectos de rejeição de sua ambivalência pelo bebê. Neste aspecto ouvimos frequentemente a verbalização de surpresa por parte das crianças de que existem outros bebês na Uti – Neo, que o seu irmão não foi o único a ter problemas, o que parece trazer-lhe um sentimento de alívio. Não foram observadas comportamentos de recusa à visita ou de choro por parte dos irmãos, mas ao contrário, constata-se ser o momento de grande expectativa. Após a visita os irmãos são convidados a relatar sua experiência e a fazer desenhos ou mensagens com material gráfico fornecido pela psicóloga, em uma sala específica. Após a realização dos desenhos ou mensagens as crianças são convidadas a relatar sua produção, sendo trabalhados aspectos relacionados ao vínculo com o bebê, com a família e com a situação de internação. Neste momento eles expressam de uma forma clara suas fantasias e dúvidas em relação à situação. Ao terminarem seus desenhos e mensagens e conversarem sobre eles as crianças vão até onde estão seus irmãos e fixam ou observam a psicóloga fixar os desenhos ou mensagens nas incubadoras ou bercinhos. Neste momento estimulamos que se despeçam de seus irmãos até a próxima visita. Na saída da unidade chama muita a atenção das crianças um painel de fotos

* Psicóloga, mestre em psicologia clínica, psicóloga da Uti-Neonatal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) de Porto Alegre. End: Eça de Queiroz 349 apt 602 – Porto Alegre CEP 90670-020 Jane.k@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

e lembrancinhas deixados pelos pais ,eles demonstram interesse em participar e também trazer a foto de sua família.Concluímos que o Programa traz benefícios não só aos irmãos ,que mostram-se mais tranquilos e participantes do tratamento ,havendo vários relatos de mães de que as crianças passaram a dormir melhor e a diminuição ou eliminação de sintomas que apresentava desde o nascimento do irmão ,especialmente sintomas regressivos,mas também ao bebê internado ao já iniciar um vínculo familiar ;aos pais que tranqüilizam-se ao ver sua família interagindo de uma forma integrada e à própria equipe que através da presença dos irmãos beneficia-se pela manutenção de um clima de trabalho mais humanizado.Procura-se dentro do possível ir entrando na unidade e apresentando os irmãos à equipe,caracterizando que cada bebê faz parte de uma família que estabelece com ele vínculos afetivos importantes. As crianças após a visita ,mostram-se mais tranqüilas ,aceitando melhor a situação de internação e o afastamento dos irmãos e das mães ,que ficam grande parte do dia na UTI-NEO ,evidenciando o alívio de suas ansiedades e temores,bem como uma participação mais efetiva no tratamento dos irmãos. Segundo relatos das mães vários sintomas observados em casa ,como insônia ,inapetência,roer unhas ,que aliviam suas manifestações após a visita.A presença dos irmãos na unidade ,a visão de seus desenhos fixados pelos berços,incubadoras,e paredes da unidade favorece a toda a equipe um ambiente de trabalho mais humanizado. O Programa de Acompanhamento de irmãos Internados na UTI-NEONATAL do HMIPV traz benefícios não só a estes que tranqüilizam-se frente a seus temores e fantasias ,mas também ao bebê internado,por favorecer-lhe uma preparação para um vínculo familiar mais satisfatório ;aos pais,pelo estreitamento de seu vínculo familiar com todos os membros da família e á própria equipe que ,através da presença dos irmãos,beneficia-se pela manutenção de um clima de trabalho mãos humanizado.Observa-se um envolvimento da equipe especialmente de enfermagem quando da presença dos irmãos, procurando colaborar com este processo e na aproximação entre os irmãos.Por outro lado a mãe ficando mais tranqüila ao ver seus filhos juntos,alivia seu sentimento de culpa de ter que afastar-se de casa diariamente ,deixando muitas vezes os filhos mais velhos aos cuidados de outras pessoas.Observa-se que cada família tem sua própria maneira de viver este momento e de expressar seus sentimentos,algumas sorriem ,outras choram ,outras tiram fotos para mostrar para a família por exemplo.Acreditamos que este trabalho de aproximação entre os irmãos e da família e de enfrentamento juntos uma situação difícil que é a permanência de um bebê na Uti-Neonatal poderá favorecer a qualidade do vínculo familiar que está se criando e desenvolvendo neste momento.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**233 - Relato de experiência: palestra para adolescentes sobre educação sexual
em escola**

Giovana Elisa Zerbini*

Lenir Gebert[†]

Vânia Maria Fighera Olivo[‡]

Introdução: A passagem da infância para a fase adulta caracteriza-se por muitas mudanças tanto físicas quanto sociais e psicológicas; enquanto o corpo diferencia-se pela ação dos hormônios, o conceito que a sociedade atribui a este ser estimula outras diferenças: as de gênero. O construído do amadurecimento do adolescente se dá pelo conhecimento de si que construiu ao longo da trajetória de vida. A segurança que traz o conhecimento possibilita que o ser vivencie essa fase de mudanças de maneira mais tranqüila, com paciência do que o tempo poderá fazer. Neste momento, a orientação de um profissional de saúde em educação sexual e anticoncepção faz-se necessário para a tomada correta de decisão. O conceito de orientação em anticoncepção, segundo FEBRASGO, traduz-se por “interação face a face, através da qual uma pessoa (orientador) auxilia uma outra (usuária atual ou potencial) a tomar a decisão informada sobre a escolha do método anticoncepcional e colocá-la em prática” (2004, p.9) O objetivo principal da orientação é auxiliar o empoderamento dos adolescentes para que tenham a oportunidade de debater sobre suas questões, necessidades, opções em relação ao próprio corpo, a optar pelo momento da relação sexual, o método anticoncepcional. mais adequado para si Empoderar-se é “fortalecer a capacidade interna das pessoas para tomarem as próprias decisões” (FEBRASGO, 2004) e isso só se dá pela aquisição do conhecimento ou debatido ou vivenciado. Mas será que é preciso ter início a relação sexual para conhecer o próprio corpo? Na sociedade ocidental, a cultura de valorização do ser humano masculino demonstra-se na mídia pela supervalorização do homem, pela depreciação da figura da mulher, com apelos pela sexualização desde os brinquedos de crianças pequenas (corpos de bonecas com seios e bonecos com músculos), valorização da massa física em detrimento da capacidade intelectual e sensível, dentre outros exemplos. Quanto à sociedade e sexualidade, Michel Foucault (RIBEIRO, 1999) refere que “vivemos em uma sociedade que produz discursos tidos como verdades”, e o conhecimento é um poder, logo, a sociedade forma poderes. O Cristianismo participou muito destes movimentos, produzindo a repressão sexual, pela busca do sexo para examinar, vigiar, confessar e transformou-as em discurso nas sociedades cristãs. As causas da insegurança dos jovens exemplificam-se pelo desconhecimento do corpo em todas as suas dimensões, da sua sexualidade. Ao conhecer-se, o ser adquire a capacidade de afirmar os seus gostos e desejos, ou seja, sente-se seguro o suficiente para ser um indivíduo capaz de reverter o que os conceitos errôneos causaram ao seu sentir e ser ativo no seu viver. Os adolescentes são influenciados pelas idéias que estão nos ambientes que habitam, segundo Vilelas Janeiro (2008), como a família, os amigos, a sociedade, a cultura, o meio ambiente, a escola e a política. E assim, influenciados por idéias e não por conhecimentos adquiridos, muitas vezes as experiências ruins os marcarão na vida. Portanto, o profissional de saúde deve repensar sua prática e buscar o conhecimento destes ambientes possibilitando a elaboração de estratégias para o auxílio deste jovens, o que engloba o relacionamento família-escola. Foucault, citado

* Acadêmica do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) gizerbini@gmail.com

[†] Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria.

[‡] Enfermeira Prof^a Dr^a adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

por Ribeiro (1999, p.363), acerca do comportamento social sexual da atualidade, ainda questiona se o pensamento propósito desta geração também não é uma maneira de opressão sexual, já que determina que o prazer deve ser desfrutado pelo desejo do prazer, sem envolvimento verdadeiro do ser. Torna-se necessário a atuação do enfermeiro nas escolas e inclusão da educação sexual como tema de sala de aula. Estas atividades tiveram como principal objetivo informar os estudantes acerca das diferenças de gênero, abordar a sexualidade, suscitar a discussão tanto entre alunos quanto nos professores, emergindo a necessidade de trabalhar estas questões antes de surgirem as perguntas. Informados, os adolescentes tornar-se-ão aptos para identificar o que pertence à realidade e quais são as armadilhas da mídia e da sociedade. Metodologia: Inicialmente a acadêmica se voluntariou para trabalhar temas inerentes a educação sexual, os professores estimularam-se com a proposta, divulgaram em reunião dos professores, todos apoiaram e se disponibilizaram para auxiliar. Para tentar trabalhar sobre adolescência, sexualidade e gênero, foram realizadas palestras com este tema por meio de palestra expositiva com uso de materiais audiovisuais. A experiência desenvolvida foi do tipo quantitativo-exploratória. Por solicitação da acadêmica, os professores escolheram três séries para as atividades. A população do estudo era de 325 indivíduos distribuídos da seguinte forma: 86 alunos das quintas-séries (três turmas), 83 alunos das sextas-séries (quatro turmas) e 56 alunos das sétimas-séries (duas turmas). Anteriormente, por meio de professores de diversas disciplinas em sala de aula, propôs-se que os alunos respondessem a seguinte pergunta: O QUE VC DESEJA SABER SOBRE SEXO / SEXUALIDADE / ADOLESCENCIA / GRAVIDEZ / METODOS ANTICONCEPCIONAIS? Este questionamento foi aplicado voluntariamente em sala de aula para delimitação dos temas das palestras de cada turma, a fim de sabermos as dúvidas reais e direcionarmos as atividades de maneira a contemplar os temas escolhidos por eles. As respostas foram reunidas por turmas, quantificadas e analisadas para adequação dos recursos audiovisuais a necessidade de cada turma. Relato e Discussão das Atividades: Pela questão de tempo, definimos junto às professoras que seria benéfico dividir a palestra em duas partes: a primeira enfocando a anatomia básica, conhecimentos básicos de sexualidade, gênero, concepção e ato sexual para, posteriormente, abordar mais os métodos contraceptivos, gravidez, DSTs. As palestras da primeira parte ocorreram de 11 a 19 de maio de 2009; a segunda parte será abordada no segundo semestre de 2009. o espaço físico utilizado foi o auditório da escola. A palestra abordou tópicos como sexualidade, gênero, sexo e sua diferença com o ato sexual, aparelho reprodutor feminino e masculino, higiene íntima, estereótipos, patologias como anorexia e bulimia, características sexuais secundárias e suas conseqüências para a autoimagem, ato sexual, gravidez na adolescência e o utros conceitos. Todos estes temas foram trabalhados adaptando-os as necessidades da turma expressadas pelas respostas escritas a pergunta trabalhada em sala de aula. Foram realizadas nove palestras, para cada uma das séries e turmas: quintas (turmas A, B, C), sextas (turmas A, B, C, D) e sétimas (turmas A e B). Na 5ª série A, 82% são perguntas sobre DSTs, logo priorizou-se a fala acerca do ato sexual sem proteção e suas repercussões, como ocorre a contaminação. Na 5ª série B, 68% gostariam de saber sobre tudo; priorizou-se uma abordagem geral e indagações para os alunos sobre supostos casos e prováveis condutas. Na 5ª série C, 48% perguntaram sobre as DSTs. Percebe-se que a realidade das turmas é composta por alunos mais velhos que trazem dúvidas de pessoas que já vivenciam o ato sexual, ao mesmo tempo em que existem alunos que perguntam sobre o primeiro beijo. Trabalhar com populações com características e modalidades diferentes é um desafio cotidiano para os professores e profissionais da saúde que objetivam contemplar todos os indivíduos. Nas sextas séries, revelam-se situações semelhantes: na 6ª A, 44% sobre DSTs, 27% querem saber sobre sexo, 22% pedem métodos contraceptivos. Na 6ª B, houve uma inadimplência bastaten alta pois só 43% pediram temas, dos quais 55% têm dúvidas sobre sexo e 45% de DST. A realidade da 6ª



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

C, somente 55% responderam a pergunta, dos quais apareceram muito questionamentos diversos, mais específicos sobre o ato sexual. A 6ª D também houve diminuição do número de respostas, só 50% responderam. Todos têm dúvidas relativas ao sexo e particularidades específicas. Com essas séries, as colocações dos alunos evidenciam que o número de adolescente com vida sexual ativa é muito maior, com muitas indagações baseadas em crenças populares e “achismos”. A supremacia do conceito de prazer pelo prazer é evidente nas falas durante as palestras, colocações que demonstram que o ato sexual é papel do homem e o método anticoncepcional é da adolescente. Nas sétimas séries, o interesse e o número de perguntas foi muito grande, a concentração dos alunos durante as palestras foi muito grande, sem deslocamentos de temas. Inclusive na oportunidade das palestras dessas séries, uma turma demonstrou vontade de assistir novamente a palestra proferida para a segunda turma, proposta que foi aceita pela acadêmica, enfermeira e professora. Cada palestra realizou-se de maneira diferente, com contribuições diferentes de cada turma ao ritmo da atividade. No decorrer do planejamento e realização das palestras, foi muito grato a vivência de buscar o melhor para os adolescentes, as atividades cumpriram o objetivo de suscitar o debate em sala de aula, assim como estimularam o debate entre os professores, com novas idéias e propostas, com convite para novas atividades com os adolescentes.

Palavras-chave: adolescente, educação em saúde, enfermagem

Referências:

Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990).

FEBRASGO. **Anticoncepção: manual de orientação**. Editores: Jose M. Aldrighi; Carlos Alberto Petta. São Paulo: Ponto, 2004.

VILELAS JANEIRO, J.M.S. Educar sexualmente os adolescentes: uma finalidade da família e da escola? **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2008 set;29(3):382-90.

RIBEIRO, M.O. A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n. 4, p. 358-63, dez. 1999.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

234 - Aspectos da saúde de crianças e de adolescentes em famílias do contexto rural: revisão da literatura

Gisele Cristina Manfrini Fernandes*
Astrid Eggert Boehs[†]

Introdução: O cuidado de enfermagem é desempenhado em diferentes contextos e na atenção básica volta-se também às diferentes populações urbanas, rurais e populações específicas. Tanto a unidade familiar quanto os indivíduos que a compõe são considerados clientes do cuidado e foco da promoção à saúde. Em alguns momentos da vida o cuidado encontra-se centrado às necessidades de algum dos membros, e no caso da presença de crianças este cuidado é bastante intenso e se prolonga ao longo das etapas subseqüentes da infância e adolescência. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é apresentar alguns resultados de revisão de literatura sobre aspectos da saúde de crianças e de adolescentes que emergem de estudos sobre a saúde da família no contexto rural. **Metodologia:** A revisão da literatura se deu através da busca nas bases de dados Medline, Lilacs, Bdenf e Cinahl, utilizando-se os descritores “saúde da família”, “ciclo vital familiar”, “saúde da população rural”, “enfermagem familiar”. Dentre os critérios de seleção das publicações, optou-se por artigos originais e de pesquisa, publicados no período de 2003 a 2008. Os critérios de exclusão se constituíram em qualquer outro tipo de publicação, textos indisponíveis em formato completo, ou ainda as publicações que não compreendiam o período estipulado e o objetivo da revisão. Para a coleta dos dados utilizou-se de um instrumento que contemplava os itens: título, autor(es), ano e periódico de publicação, proposta (objetivo) e população do estudo, método, referencial teórico, principais resultados, contribuições do estudo para a Enfermagem. Da seleção que resultou da busca nas bases de dados foram escolhidos 12 artigos, os quais foram analisados descritivamente para este trabalho e são apresentados alguns dados bibliométricos para caracterização. **Resultados:** Os artigos são publicações da Enfermagem, constituindo-se em 50 autores envolvidos. Houve um maior número (n=4) de artigos publicados no periódico internacional *Public Health Nursing* e, destacam-se os periódicos da área de enfermagem pediátrica: *Journal for specialists in pediatric nursing* (n=1), *Journal of Child Health Care* (n=1). Quanto ao período de publicação houve um predomínio de artigos publicados no ano de 2005 (n=4), 2006 (n=4) e 2008 (n=2) respectivamente. Como caracterização das populações estudadas nesta amostra de artigos, identificou-se que aspectos sobre a saúde de crianças foram explorados através dos pais ou cuidadores responsáveis recrutados nas escolas, domicílios ou centros de saúde. Os estudos abordam crianças em diferentes faixas etárias e de diferentes etnias especialmente nos estudos norte-americanos e de acordo com as localizações rurais. No caso dos estudos sobre aspectos de saúde de adolescentes foram abordados adolescentes na escola, adolescentes do sexo masculino e feminino a espera do primeiro filho e mães adolescentes com menos de 18 anos. Quanto ao local dos estudos, apenas um foi realizado no Brasil, os demais foram realizados em Taiwan (n=1), Austrália (n=1), Canadá (n=1), Novo México (n=1) e destaque para os Estados Unidos (n=7). Outra característica se refere aos desenhos de pesquisa, sendo a maioria estudos qualitativos (n=6), seguidos de estudos quantitativos (n=5) e quali-

* Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista CNPq. Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde. Caixa Postal 281, Timbó/SC. CEP: 89120-000. E-mail gisamanfrini@yahoo.com.br

[†] Enfermeira doutora. Professora do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do NEPEPS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde. astridboehs@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

quantitativo (n=1). Dentre os aspectos de saúde da criança, identificou-se que alguns estudos consideram as crianças um grupo vulnerável a riscos ambientais, relacionados a comportamentos dos adultos no ambiente domiciliar, no uso de tabaco e subsequente exposição das crianças como fumantes secundários (KEGLER et al, 2007; TINGEN et al, 2006; HARNISH; BUTTERCELD; HILL, 2006). Através de orientações profissionais e de uma dinâmica interpessoal, as famílias procuram adotar restrições domésticas no uso de tabaco e proteger a saúde das crianças, uma vez que há maior probabilidade de crianças que crescem em domicílios com fumantes se tornarem tabagistas no futuro ou desenvolverem algum problema de saúde (KEGLER et al, 2007). Outros riscos à saúde das crianças estão presentes no próprio ambiente rural, os quais se manifestam preocupações dos pais que desconhecem o grau de risco a seus filhos estão expostos. É o caso da exposição ao radônio, gás com potencial causador de problemas de saúde, presente em regiões rochosas ou em alguns tipos de construções características em áreas rurais (HILL; BUTTERCELD; LARSSON, 2006). Além disso, os pais manifestam preocupações e falta de conhecimentos sobre qualidade do ar, qualidade da água, mofo ou fertilizantes, relatando comportamentos protetores como filtrar a água, arejar a casa (HARNISH; BUTTERCELD; HILL, 2006). Outro aspecto da saúde da criança abordado nos estudos revela a relação do cuidado dos pais na situação de doença crônica, no caso do manejo para cuidados e comportamentos de tratamento da asma das crianças (HORNER; FOULADI, 2003). Para minimizar e prevenir sintomas e a severidade da doença, as atividades familiares precisam corresponder com as necessidades das crianças escolares. O conhecimento de estratégias de cuidado específicas pelas famílias e fatores como os recursos financeiros, o acesso a serviços de saúde disponíveis na área rural também são determinantes para o cuidado às crianças. A experiência de enfrentamento dos pais com crianças cronicamente doentes mostra-se como uma construção diária, na qual a busca da normalidade das rotinas de vida requer o controle das emoções, a aceitação da condição de doença, a troca de experiência com pais na mesma situação, o desempenho do papel de cuidador e a adaptação das expectativas relacionadas às conquistas desenvolvimentais dos filhos (PECK; LILLIBRIDGE, 2005). A função de proteção destes cuidados da família à saúde e desenvolvimento das crianças, pode ser percebida como força no cuidado das famílias (MANFRINI; BOEHS, 2005), que promove a saúde e o bem-estar dos membros (ELSEN, 2001). A relação com a equipe de saúde aparece como elemento importante na tomada de decisão dos pais sobre a imunização dos filhos e cuidados posteriores, pois implica na relação de confiança entre família-enfermeira, criança-enfermeira e enfermeira-criança-família (MILLER; VERHOEF; CARDWELL, 2008). A informação adequada sobre o procedimento e calendário vacinal, a atenção e comunicação com a família, a abertura para o diálogo, a simpatia e a calma do profissional durante o atendimento, mostram-se habilidades valorizadas pelas famílias e que confortam e qualificam o cuidado (KELLER, 2008). Com relação aos aspectos de saúde dos adolescentes os estudos parecem dar enfoque às necessidades de educação e promoção da saúde de mães adolescentes, visto que mudanças na vida com a chegada do primeiro filho repercutem biologicamente, economicamente e socialmente. Entre mães adolescentes da região rural de Taiwan há preocupações relacionadas com as baixas taxas de aleitamento materno e as condições nutricionais, além de comportamentos de auto-cuidado como a busca por contraceptivos e o baixo acompanhamento cervical, o que aumenta os riscos para o câncer de mama e de colo de útero (CHEN et al, 2005). Os resultados de outro estudo realizado com pais adolescentes norte-americanos sobre comportamentos de estilo de vida, quanto ao tabagismo, uso de álcool, nutrição (consumo de alimentos) e atividade física revelam uma preocupação quanto ao reflexo destes resultados para a saúde destas famílias, tendo em vista a influência de tais comportamentos na saúde das crianças (EVERETT et al, 2006). A importância dos pais na promoção da saúde de adolescentes abrange várias dimensões,



Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009

interferindo na auto-estima, no desempenho social e escolar, nas decisões relacionadas à saúde e a vida sexual (HENDRICKS et al, 2005). **Conclusões:** Os achados dos estudos apontam preocupações relacionadas à saúde das crianças e adolescentes no contexto rural, especialmente quanto aos comportamentos saudáveis e de risco à saúde. A condição de ruralidade implica na disponibilidade de recursos para o cuidado prestado pelas famílias. De modo geral, pode-se perceber uma direção para o entendimento da inter-relação entre a saúde dos membros e das famílias, e a influência dos comportamentos dos adultos ao bem-estar das crianças. As contribuições destes estudos para a enfermagem merecem atenção dos profissionais atuantes na atenção básica, nas práticas educativas e de promoção de saúde, assim como, para o aprimoramento de habilidades de cuidado junto às famílias com crianças e nas famílias constituídas por adolescentes. Esforços para o desenvolvimento de pesquisas na enfermagem sobre a saúde das crianças, adolescentes e famílias no contexto rural são necessários, tendo em vista que esta área carece de estudos voltados para esta temática.

Palavras chaves: saúde da família, criança, adolescente, enfermagem, atenção básica.

Referências:

- KEGLER, M. C. et al. A Qualitative Study of How Families Decide to Adopt Household Smoking Restrictions. **Fam Community Health**. v. 30, n. 4, p. 328-341, 2007.
- TINGEN, M. S. et al. Tobacco prevention in children and cessation in family members. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**. v.18, n. 4, p.169-179, 2006.
- HARNISH, K. E.; BUTTERCELD, P.; HILL, W. G. Does Dixon's Integrative Environmental Health Model Inform an Understanding of Rural Parents' Perceptions of Local Environmental Health Risks? **Public Health Nursing**. v. 23 n. 5, pp. 465-471, 2006.
- HORNER, S. D.; FOULADI, R. Home Asthma Management For Rural Families. **JSPN**, v. 18, n.2, p. 52-61, 2003.
- PECK, B; LILLIBRIDGE, J. Normalization behaviours of rural fathers living with chronically-ill children: an Australian experience. **Journal of Child Health Care**, v. 9, n. 1, p. 31-45, 2005.
- MANFRINI, G. C.; BOEHS, A. Cuidando de famílias rurais na perspectiva do Desenvolvimento da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 3, p. 213-223, set./dez, 2005.
- ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M. R. e orgs. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2002. p.11-24.
- MILLER, N. K.; VERHOEF, M.; CARDWELL, K. Rural parents' perspectives about information on child immunization. **Rural Remote Health**. v. 8, n. 2, p. 863-876, Apr-Jun, 2008.
- KELLER, T. Mexican american parent's perceptions of culturally congruent interpersonal processes of care during childhood Immunization episodes- a pilot study. **Online Journal of Rural Nursing and Health Care**, v. 8, n. 2 p.33-41, 2008.
- CHEN, M. Y. et al. Health-Related Behavior and Adolescent Mothers. **Public Health Nursing**, v. 22 n. 4, p. 280-288, 2005.
- EVERETT, K. D. et al. Health Risk Behavior of Rural Low-Income Expectant Fathers. **Public Health Nursing**, v. 23, n. 4, p. 297-306, 2006.
- HENDRICKS, C. S. et al. The Influence of Father Absence on the Self-Esteem and Self-Reported Sexual Activity of Rural Southern Adolescents The Influence of Father Absence on the Self-Esteem and Self-Reported Sexual Activity of Rural Southern Adolescents. **ABNF J.**, v. 16, n. 6, p. 124-131, Nov-Dec, 2005.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

235 - Gestação e cuidados com o recém-nascido: medos e ansiedades das mães*

Marcela de Oliveira Demitto[†]
Silvana Aparecida Rodrigues Gomes[‡]
Lisandra M. Berti[§]
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari^{**}

Introdução: Considerada um momento importante para a vida da mulher, a gravidez sintetiza o encontro de sentimentos ambivalentes: medo, alegria e auto-afirmação. Logo, é um período em que a enfermagem deve proporcionar um atendimento individual e em grupo para que a gestante possa expressar suas necessidades e sanar dúvidas e ansiedades. A dimensão educativa, segundo Penna et al, é um dos aspectos mais inovadores do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pois objetiva contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e valorizar suas experiências de vida. A realização das ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal se faz necessário, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa vivenciar a gestação de forma positiva, com mais segurança para a hora do parto, menos riscos de complicações no puerpério e sucesso nas atividades de cuidado com o bebê. Dessa forma, o grupo de gestantes da UBS foi implantado no ano de 2008, por iniciativa das enfermeiras das Equipes de Saúde da Família, a fim de promover a saúde, identificar precocemente problemas que possam resultar em risco à gestante e conceito e aliviar os temores gerados pela falta de informação. **Objetivo:** Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo caracterizar os medos e ansiedades de mulheres participantes dos grupos de gestantes realizados pelas enfermeiras de uma Unidade Básica de Saúde, Londrina. **Material e Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva para apresentar os principais medos e ansiedades vivenciados pelas futuras mães no decorrer da gravidez no período de junho de 2008 a maio de 2009, por meio da busca em prontuário. Visando a sistematização da consulta de enfermagem, o prontuário das gestantes conta com um instrumento semi-estruturado, o qual é preenchido individualmente após a realização dos grupos e posteriormente utilizado na primeira consulta puerperal. O instrumento contém: identificação da gestante; nível sócio-econômico; história pregressa familiar e atual; queixas, dúvidas; medos e ansiedades; mitos e tabus; estado vacinal; exames laboratoriais realizados; hábitos saudáveis e prejudiciais à gestante e conceito; dados do exame físico; expectativas quanto ao tipo de parto, cuidados com a criança e amamentação e orientações. Porém, neste trabalho serão utilizadas somente as variáveis: idade, estado civil, profissão, número de filhos e medos e ansiedades. Tal instrumento tem facilitado a consulta de pré-natal, à medida que serve de roteiro profissional, permitindo o acompanhamento completo e incluindo dados relevantes no prontuário. A Unidade Básica de Saúde está localizada na região norte do município. Possui população estimada em 13.354 pessoas, sendo 2.714 famílias cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2008). Atualmente conta com três Equipes de Saúde da Família (ESF). Sua área de abrangência é diversificada, sendo encontradas tanto famílias de melhor nível sócio-econômico como moradores de áreas de

* Parte dos dados da Monografia da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança.

[†] Enfermeira da Unidade Básica de Saúde, Londrina, Paraná.

[‡] Enfermeira da Unidade Básica de Saúde, Londrina, Paraná.

[§] Enfermeira da Unidade Básica de Saúde, Londrina, Paraná.

^{**} Enfermeira Mestre. Professor Assistente e Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

risco, tais como assentamentos. No período do estudo havia na UBS 73 gestantes cadastradas no SIS pré-natal, contando com três ginecologistas/obstetras, os quais atendem no máximo 16 gestantes por período, totalizando 64 pacientes por semana. As três enfermeiras da Unidade também são responsáveis pelas consultas de pré-natal, as quais realizam em média quatro consultas cada uma por semana. O grupo de gestantes foi implantado nesta Unidade Básica de Saúde, em junho de 2008, ao observar na consultas de puericultura as dificuldades vivenciadas pelas puérperas na prática do autocuidado e na assistência ao seu bebê. O intuito dos encontros é esclarecer as principais dúvidas, além de proporcionar o convívio e a troca de experiências entre as participantes. **Resultados e Discussão:** Foram analisados 47 prontuários de gestantes, sendo estas com idade entre 15 e 41 anos, pertencentes a diversos estágios gestacionais. Grande parte das mulheres (72,3%) era casada, 25,6% solteiras e apenas uma (2,1%) divorciada. Referente à profissão, 55,3% pertenciam à classe de donas de casa, 25,6% eram trabalhadoras com carteira assinada, 10,6% estudantes e o restante (8,5%) praticavam o trabalho informal (sem carteira assinada). Das 47 gestantes, 59,5% não tinham nenhum filho ainda, o que pode estar relacionado à presença de medos e ansiedades já que a experiência é completamente nova, enquanto 23,4% já tinham um e 17,1% tinham dois ou mais filhos. A maioria das mulheres (53,4%) relatou sentir medo de situações referentes ao parto, como a dor, as contrações, o não reconhecimento dos sinais de trabalho de parto, complicações no período expulsivo e trabalho de parto prematuro. A seguir, 17% mostram-se temerosas quanto à chegada de um bebê com problemas de saúde, onde quase todas verbalizaram a espera pelo nascimento de um filho perfeito. Um total de oito gestantes, correspondendo a 17% da população em estudo afirmaram estar tranquilas, não levantando nenhum medo frente à vivência da gestação. Com menor incidência, mas não menos importante, 4,2% das gestantes ressaltaram sentir medo relacionado à amamentação, como não conseguir amamentar por apresentar fissuras mamilares, baixa produção láctea e ainda por rejeição do seio materno pelo bebê. Com a mesma porcentagem, (4,2%), referiram sentir-se despreparadas, e logo, inseguras para realizar os cuidados básicos junto ao recém-nascido, dando ênfase à hora do banho e posição para dormir. Apenas uma gestante (2,1%) proferiu receio do atendimento hospitalar no momento do parto e outra (2,1%) mostrou-se com medo de não conseguir trabalhar até o final da gestação, visto ser uma gestante de baixa renda, diarista e já possuir um filho para criar. **Conclusão:** O presente trabalho nos permitiu conhecer os principais medos e ansiedades experimentados pelas mulheres, participantes do grupo de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde de Londrina, neste período tão importante de suas vidas, a gestação. Tal resultado convida a nós, profissionais da saúde, a prestarmos uma assistência pré-natal não focalizando somente o biológico, mas também tornar relevante as necessidades e circunstâncias sociais, culturais e ambientais da gestante. Dessa forma, se faz necessário uma equipe preparada para ouvir as queixas das gestantes e que torne cada contato com a mesma uma oportunidade para a educação em saúde. Assim iremos proporcionar à futura mãe a vivência de uma gestação mais segura, prazerosa e sem tantos temores, o que refletirá positivamente no cuidado próprio e com o seu filho.

Palavras-chave: educação em saúde, cuidado pré-natal, medo.

Referências:

1. PENNA, L. H. G; PROGIANTI J. M; CORREA, L. M. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **R. Bras. Enfer** 1999; 52 (3): 385-391
2. RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (2): 477-486, 2007.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

236 - A assistência a crianças menores de seis meses em uma unidade de saúde da família: percepção das mães

Daniela de Góes Campos*
Maria Cândida de Carvalho Furtado†
Débora Falleiros de Mello‡
Andreara de Almeida e Silva*

O enfrentamento dos fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil tem sido um desafio constante para a comunidade internacional nas últimas décadas. No Brasil, o aperfeiçoamento de políticas públicas de atenção à criança, realizado pelo Ministério da Saúde, tem como meta a implementação de ações de promoção à saúde e a qualificação da assistência oferecida a este grupo, especialmente na fase neonatal, uma vez que a maior parte dos óbitos infantis concentra-se no primeiro mês de vida, evidenciando a importância dos fatores relacionados à gestação, parto e pós-parto. Considerando os pressupostos apresentados nesse documento, o Ministério da Saúde propõe ações voltadas à promoção do nascimento saudável, ao acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização e a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, dando enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco e os cuidados às doenças prevalentes. A avaliação das ações contidas nos programas e serviços de saúde possibilita subsidiar a identificação de problemas e reorientar estas ações, de modo a melhorar a qualidade do cuidado ofertado. Desse modo, o presente estudo objetivou compreender o atendimento de crianças menores de seis meses de idade em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município do interior do estado de São Paulo sob a perspectiva de suas mães. A escolha por esta unidade de saúde deu-se pelo fato desta fazer parte de um Distrito de Saúde, pioneiro na implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município. Utilizou-se como referencial teórico-metodológico o modelo de avaliação proposto por Avedis Donabedian na década de 1960, mais especificamente o componente resultado, com enfoque nas respostas ou mudanças verificadas nos pacientes e que podem ser atribuídas a um cuidado prévio. A escolha dos participantes teve como critério de inclusão as mães que assiduamente frequentam as consultas de puericulturas de seus filhos, para que fosse possível responderem fidedignamente como percebem o cuidado de seus filhos. O total de crianças menores de seis meses atendidas nesta USF, no período de coleta dos dados, era de 50. Porém, dentro do critério de inclusão constavam apenas 22 mães. Destas, cinco não quiseram participar do estudo e 2 foram excluídas por não terem sido encontradas em suas residências, após três visitas aos domicílios em horários distintos. As 15 mães que atenderam aos critérios de inclusão foram entrevistadas em seus domicílios no mês de setembro de 2008. A análise dos dados foi realizada à luz dos princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), considerando a satisfação das mães referentes aos cuidados prestados a seus filhos. Com relação ao atendimento de saúde, 93,3% referiu procurar assistência médica somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e apenas uma (6,7%) possui convênio. Todas fizeram pré-natal, sendo que a maioria (66,7%) realizou pelo menos seis consultas. Todos os bebês

* Aluna de Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

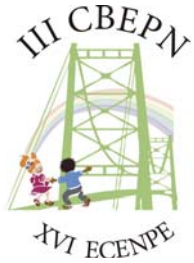
† Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (DEMISP) da EERP-USP. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA). Avenida Bandeirantes 3.900 – Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP – CEP 14.040-902. E-mail: mcandida@eerp.usp.br

‡ Professora Associada do DEMISP-EERP-USP. Coordenadora do GPECCA



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

realizaram o teste do pezinho em UBS entre o sétimo e o décimo dias de vida, estão com calendário vacinal atualizado e 93,3% receberam a vacina contra a Hepatite B no hospital no momento do nascimento. Sessenta por cento das mães informaram manter o aleitamento materno exclusivo. Vinte e seis por cento referiram dificuldades relacionadas à amamentação enquanto ainda estavam no hospital e 13,3%, no domicílio; 53,3% referiram trauma mamilar no início da amamentação e 46,7% realizou cuidado não medicamentoso. Todas as mães referiram receber orientação da enfermagem acerca dos cuidados com as mamas traumatizadas, sendo que a enfermagem do hospital orientou 80,0% das mães e o restante recebeu orientação da enfermagem na USF. Setenta e três por cento das mães receberam agendamento de consulta de puerpério ainda na maternidade e 66,7% saiu do hospital com a consulta de puericultura com o pediatra e com a enfermeira da USF agendadas. Dessas mães, 86,7% compareceram na primeira consulta de puericultura, tanto com o pediatra quanto com a enfermeira. Em relação ao atendimento na maternidade, 40% classificaram como excelente e as demais como bom (60%). Sessenta por cento das mães classificaram como boa a facilidade de acesso; 86,7% referiram que sempre procuram pelo serviço por qualquer dúvida ou motivo. Quanto à relação usuário-equipe de saúde, 80,0% classificaram como boa a capacidade dos profissionais para trabalhar no serviço de saúde e 26,7% das mães referiram ter plena confiança em todas as informações oferecidas pelos profissionais da saúde. Quando questionadas quanto ao atendimento por parte da equipe de enfermagem, 33,3% opinaram como excelente, e o restante, como bom. O atendimento por parte da equipe médica foi considerado excelente por 40,0% das mães. Sessenta por cento das mães consideram o trabalho do Agente Comunitário de Saúde como bom. Sobre as explicações oferecidas pelos profissionais da USF com relação às consultas do bebê, acompanhamento, vacinas, aleitamento, cuidados com o bebê em casa, entre outros, 40,0% classificaram como excelente e referiram entender tudo o que é transmitido em relação a esses cuidados. Todas as mães entrevistadas indicariam tanto o serviço de pré natal, quanto a maternidade e o serviço de consulta de puericultura para alguma parente, amiga ou conhecida. O funcionamento da USF foi indicado como excelente por 20,0% das entrevistadas. No contexto de saúde que envolve a criança, é imprescindível a indissociabilidade do processo de cuidar, por meio da integralidade das ações de saúde, pois a criança é entendida como sujeito inserido em um ambiente social e familiar, em constante interação com o meio. A proposta de trabalho da USF estudada caminha no sentido deste encontro, de articulação de princípios como a universalidade, equidade e integralidade da assistência e busca compreender a família e o seu espaço social. Mediante a adesão da clientela e a proximidade com a mesma formam-se vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade, além de promover e desenvolver ações intersetoriais mediante parcerias. Estimula-se, ainda, o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, a organização da comunidade e o exercício do controle social. A atenção à saúde da criança no município tem seguido a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil proposta pelo Ministério da Saúde, contando com esforços no sentido de iniciar o cuidado no pré-natal; esforços estes realizados pelo Programa de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Acresce-se a essa atenção o “Floresce uma Vida”, inserido no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente da SMS, que trabalha no intuito de realizar o agendamento, ainda na maternidade, da primeira consulta do RN dentro da primeira semana de vida, além de fornecer informações às puérperas acerca da importância da amamentação exclusiva até os seis meses de vida, da realização das vacinas e do teste do pezinho e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Consideramos que a atenção às crianças menores de seis meses na USF estudada tem ancorado-se nos princípios da APS, no que diz respeito à acessibilidade, à integralidade do cuidado, ao estabelecimento de uma relação adequada



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

entre usuário e equipe, contribuindo para uma assistência de qualidade ao binômio mãe e filho. Novos estudos fazem-se necessários procurando demonstrar as razões da não frequência ou baixa frequência das demais mães com relação à consulta de puericultura de seus filhos, à satisfação de um número mais abrangente de mães, bem como a resolutividade dos serviços de saúde oferecidos à criança no município.

Palavras-chave: recém-nascido, atenção primária à saúde, satisfação do usuário.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

237 - Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde

Maria Cândida de Carvalho Furtado*
Carmen Gracinda Silvan Scochi[†]
Débora Falleiros de Mello[‡]
Márcia Cristina Guerreiro dos Reis[§]

A assistência à saúde da criança tem se transformado em decorrência de mudanças ocorridas nos perfis epidemiológico e demográfico geral e da infância, especialmente da população infantil. Os avanços científicos e a incorporação de tecnologias, a participação das mães e pais na assistência, o reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional e a preocupação com a qualidade de vida e com os direitos humanos também têm contribuído significativamente para esta modificação do olhar sobre o cuidado infantil. Para incorporar esse novo modelo, políticas públicas têm buscado ampliar a abordagem para além do modelo biomédico, centrado na doença e seu tratamento, passando a considerar a criança como um todo e em suas múltiplas relações, especialmente focalizando a família e o contexto no qual ela vive e destacando alguns princípios a serem seguidos, entre eles o acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado nos diversos níveis de atenção. Criado em 1995, com a participação ativa da enfermagem, e inserido no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de um município de médio porte do interior paulista, o programa “Floresce uma Vida” constitui-se em uma estratégia para implementar as recomendações da atual Política Nacional de Saúde da Criança, na perspectiva do cuidado integral do recém-nascido (RN). Este programa tem como finalidade evitar a duplicidade de serviços e otimizar recursos, concentrando esforços e ações de saúde coletiva. Em sua proposta original consta a formação de equipes integradas, com profissionais das diversas secretarias municipais e outras instituições, buscando um caráter interdisciplinar e multiprofissional e a organização de um conjunto de ações em três etapas operacionais. A primeira, com ações dirigidas às mulheres durante a gestação, com promoção da assistência pré-natal. A etapa 2, envolve a atenção à puerpera e RN no pós-parto imediato e mediato; busca garantir o atendimento a ambos dentro da primeira semana após a alta hospitalar, incentivar o aleitamento materno, aumentar a cobertura vacinal e o teste do pezinho e diminuir as complicações puerperais e neonatais, em especial na população de risco. A etapa 3 visa assegurar efetiva vigilância à saúde da criança, particularmente nos primeiros anos de vida, com prevenção e redução dos agravos à saúde. Considerando a importância da avaliação de serviços e programas para o planejamento das ações em saúde, este estudo tem como objetivo avaliar a prática assistencial realizada na etapa 2 pela equipe do “Floresce uma Vida” nas maternidades, com foco na articulação da atenção hospitalar ao RN com a rede básica de saúde do município, tendo como eixo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo foi realizado em três hospitais do município onde a etapa 2 do programa “Floresce uma Vida” é operacionalizada. Essas três instituições hospitalares são as únicas que atendem parturientes prioritariamente

* Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (DEMISP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA). Avenida Bandeirantes 3.900 – Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP – CEP 14.040-902. E-mail: mcandida@eerp.usp.br

[†] Professora Titular do DEMISP – EERP-USP. Membro do GPECCA.

[‡] Professora Associada do DEMISP-EERP-USP. Coordenadora do GPECCA.

[§] Enfermeira Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde. Responsável técnica pelo Programa Floresce uma Vida.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

do SUS, o que representou cerca de 60% dos nascidos vivos procedentes do município, em 2007. Na ocasião, três auxiliares de enfermagem da SMS, sujeitos desta pesquisa, executavam as ações da etapa 2 nesses hospitais maternidade, realizando orientações à puérpera e o agendamento da primeira consulta para o RN e para a puérpera na rede básica de saúde do município. O treinamento e a coordenação do trabalho dessas auxiliares são de responsabilidade de uma enfermeira da SMS, assistente técnica vinculada ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente do município. A coleta de dados foi realizada por meio da observação não participante das atividades dos sujeitos durante dois turnos completos de trabalho (6 horas/dia) em cada um dos três hospitais, totalizando seis períodos e 36 horas. Utilizou-se ainda, a entrevista semi-estruturada com as auxiliares de enfermagem, realizada ao final do segundo dia de observação em cada hospital, tendo por base um roteiro com questões norteadoras. A análise dos dados foi realizada, à luz das diretrizes e princípios do SUS e da APS, comparando-se o observado com o que está proposto no próprio Programa e em manuais técnicos do Ministério da Saúde. Durante a observação das atividades realizadas nas maternidades foram acompanhadas as interações com 34 puérperas residentes no município, sendo 24 usuárias do SUS e 10 possuíam convênio de saúde. A contra referência do binômio para a unidade de saúde ocorreu mediante o agendamento da consulta de puericultura, sendo que as entrevistadas reconhecem a unidade de saúde como porta de entrada do serviço de atenção. A importância da realização do teste do pezinho e da vacina BCG foi contemplada em todos os momentos de observação. Em cinco deles, houve abordagem de algumas dificuldades que podem surgir durante a amamentação, como posicionamento e pega incorretos do RN e conseqüente trauma mamilar, além do acompanhamento de uma mamada, e orientação às puérperas sobre como proceder mediante intercorrências no processo de amamentação após a alta hospitalar. Durante a coleta dos dados, percebeu-se o acolhimento como norteador das atividades realizadas. Em quatro períodos de observação houve a necessidade de agendamento de RN no Serviço de Estimulação Precoce da SMS, quando os mesmos preenchem os requisitos para serem considerados bebês de risco para desenvolvimento. Todas as puérperas e bebês usuários do SUS tiveram suas consultas agendadas. A análise do cartão da criança mostrou que o mesmo estava corretamente preenchido, fornecendo informações necessárias à continuidade do seguimento da criança. Na atenção básica à saúde, com o propósito de uma efetiva articulação entre a assistência pré-natal, o nascimento e o período pós-natal, as equipes de saúde dos vários serviços envolvidos têm um relevante papel no elo entre a família e a rede social de apoio, proporcionando condições para que a família se desenvolva da melhor forma possível, considerando seu contexto e suas vivências e conseqüentemente disponibilizando à criança o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento. O “Floresce uma Vida”, desde sua criação na década de 1990, tem-se constituído em estratégia aglutinadora que busca assegurar a articulação entre os hospitais e os serviços da rede básica de saúde, tendo como foco garantir a atenção integral à população materno-infantil, facilitar o acesso aos serviços de saúde e a continuidade da assistência. Avaliar a continuidade das ações do “Floresce uma Vida”, em sua etapa 3, constitui motivação para estudos futuros em desenvolvimento pelo grupo de pesquisa.

Palavras-chaves: avaliação em saúde; assistência integral à saúde; atenção primária à saúde; recém-nascido.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

238 - Saúde infantil: uma prática que começa intra-útero*

Nataly Tsumura Inocencio Soares[†]

Marcela de Oliveira Demitto[‡]

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[§]

Eliane Botelho Dias^{**}

Introdução: A vivência de desenvolver a consulta de enfermagem no programa de puericultura e também realizar a avaliação puerperal mediata na Unidade Básica de Saúde mostrou que muitas dúvidas, angústias e dificuldades das mulheres em prestar cuidado ao seu filho poderiam ser sanadas se o serviço implantasse grupos de gestantes para o efetivo acompanhamento pelos profissionais da equipe de saúde, além da consulta com o ginecologista. Segundo o Ministério da Saúde (1984) a assistência pré-natal constitui-se num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito. Para Rios e Vieira (2007), a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Rodrigues et al. (2006) afirma que para uma efetiva assistência de enfermagem à mulher durante o puerpério, de forma a promover sua adaptação às peculiaridades desse período, é primordial uma interação entre ela e o(a) cuidador(a) e que o processo de cuidar seja iniciado ainda durante a gestação e fortalecido no pós-parto. Segundo o mesmo autor, para o alcance dessa meta, o planejamento do cuidado deve ser estabelecido pelo enfermeiro durante o pré-natal, englobando o atendimento da gestante em suas necessidades físicas, psicológicas e educacionais, devendo o enfermeiro apropriar-se do reconhecimento das informações, crenças e valores familiares positivos e buscar desmitificar o que lhe parecer negativo. Para Pereira e Bachion (2005) a gravidez constitui um período do ciclo de vida, que na maioria das vezes poderia transcorrer sem desvios da saúde, porém envolve em si uma crise adaptativa caracterizada por complexas transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sócio-demográficas, as quais implicam em um potencial risco eminente e por isso demanda atenção de caráter multidisciplinar de saúde. Para tanto, se faz necessária uma continuidade da assistência com o acompanhamento do desenvolvimento da criança no programa de puericultura até no mínimo dois anos de idade. Inclusive, foram durante essas consultas que algumas dificuldades foram detectadas, percebendo-se que essa situação poderia ser minimizada se trabalhada desde o pré-natal. Neste sentido as enfermeiras residentes em Saúde da Criança, durante o primeiro ano da Residência, organizaram, junto à equipe, os grupos de gestantes nas UBS. Assim, o grupo foi implantado com o intuito de reunir as futuras mães para que juntas possam esclarecer suas dúvidas; trocar experiências e serem orientadas com relação ao desenvolvimento do bebê intra-útero, o preparo do parto desde a escolha do tipo de parto até o momento do nascimento em si, além de todo o cuidado com a

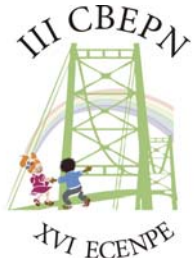
* Parte dos dados da monografia da residência de enfermagem em Saúde da Criança.

[†] Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança. Universidade Estadual de Londrina. Rua: Helen Keller, 130 apto 205, Londrina – PR. E-mail: natytsoares@hotmail.com. Fone: (43) 3304-5384.

[‡] Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança. Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR.

[§] Mestre em Enfermagem. Professora Assistente e Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR.

^{**} Enfermeira. Coordenadora da Unidade Básica de Saúde, Londrina-PR.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

criança, especialmente nos primeiros meses de vida, e outras situações do ciclo gravídico puerperal. Todo esse conjunto de fatores só vem a colaborar para que a mãe se sinta preparada para criar o seu bebê, sem medos e angústias, tornando a relação entre eles cada vez mais prazerosa e diminuindo os riscos de adversidades para ambos. Segundo Faisal-Cury e Menezes (2006) “existem evidências de que a ansiedade materna tem efeito negativo sobre a galactopoese e sobre a qualidade do vínculo mãe-bebê, justificando a adoção de medidas terapêuticas e preventivas.” **Objetivo:** o presente estudo tem por objetivo identificar se a participação das mulheres nos grupos de gestantes influenciou positivamente ou não na vivência da maternidade e no cuidado da criança. **Metodologia:** trata-se de uma análise temática, que segundo Minayo (1994) consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado, ou seja, que se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. A população de estudo foram as mulheres que participaram do grupo de gestantes nas duas Unidades Básicas de Saúde, e que já ganharam seus bebês. Desse modo, foram entrevistadas 10 puérperas, utilizando-se o critério de seleção proposto por Minayo (1994), que afirma que numa busca qualitativa, o critério não é numérico, e que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Os dados foram obtidos por meio de um instrumento contendo seis questões abertas, semi-estruturadas e gravadas, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e do consentimento livre e esclarecido da participante. Os encontros são realizados semanalmente, uma hora antes da consulta com o ginecologista, já que muitas gestantes trabalham e só conseguem liberação se apresentarem atestado assinado pelo médico. Cada grupo é composto entre sete a dez mulheres, de diversas idades e período gestacional, as quais são convidadas a participarem através de cartazes fixados na UBS e por contato telefônico. Os temas variam de acordo com as dúvidas apresentadas e sugestões das usuárias, além daqueles propostos pelo protocolo municipal e pelo MS. Para melhor entendimento e entretenimento são utilizados recursos áudio-visuais como vídeos, bonecas, banners, mama cobaia e mini-manuais. Juntas, as duas Unidades tem cadastradas no SIS pré-natal cerca de 180 gestantes, e desde junho de 2008, quando se deu início ao grupo, foram realizados em torno de 50 encontros, com a discussão de mais de 50 temas, contando com a participação de um total aproximado de 170 mulheres, das quais 80 se encontram no período puerperal tardio. A apresentação deste trabalho se restringe a três questões: uma quanto à caracterização das mulheres e duas referentes à *vivência da mãe durante a gestação* e à *experiência do cuidado com a criança*. **Resultados:** a faixa etária das entrevistadas varia de 17 a 33 anos, são de classe econômica baixa, possuindo de um a três filhos. Durante as entrevistas, as mães mostravam-se seguras das respostas e satisfeitas com a iniciativa. Foram unânimes em dizer que o grupo influenciou positivamente tanto durante sua gestação quanto no pós-parto no cuidado com o seu bebê. Em relação ao período gestacional, reforçaram que esses encontros lhes proporcionaram mais conhecimento no cuidado consigo mesmas, sanaram diversas dúvidas e mitos, ajudou a criar vínculo com o seu filho, além de tê-las tornado mais maduras e confiantes, inclusive no momento do parto e com a escolha do tipo de parto. Quando questionadas quanto à influência do grupo de gestantes no cuidado com o seu filho, as mães relataram terem adquirido mais segurança, já que, segundo elas, aprenderam a observar melhor as reações do bebê, entenderam o quanto eles são dependentes delas, e o quanto isso exige carinho e atenção sem medo. Outras, ainda, relataram que se sentiram mais estimuladas a amamentar, pois conheceram melhor sobre o assunto, a forma correta da pega e posicionamento da criança, e do quanto esse ato é importante na vida dos dois. **Conclusão:** dessa forma, verifica-se que a implantação do grupo de gestantes gerou resultados positivos, que de forma simples, melhoraram significativamente a saúde e o relacionamento materno-infantil. É evidente que o cuidado ao



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

bebê deve iniciar-se ainda intra-útero, preparando a mãe, da qual o filho será inteiramente dependente, de forma a estimular a prevenção e o laço afetivo entre eles. Com este estudo foi possível identificar que tal ação educativa é mais do que válida, e que com apenas uma hora semanal pode-se atingir diversas famílias, amenizando os problemas comuns na fase gravídico-puerperal, ajudando mãe e criança a seguirem o percurso da vida mais saudáveis física e psicologicamente.

Palavras-chave: período pós-parto, cuidado pré-natal, relações mãe-filho, cuidado a criança

Referências:

1. FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Mar. 2006 .
2. MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Ed. HUCITEC – ABRASCO. 3ª ed. São Paulo – SP, 1994.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
4. PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, Dec. 2005.
5. RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2): 477-486, 2007.
6. RODRIGUES, D. P. et al . O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, Jun. 2006.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**239 - Educação em saúde no pré-natal: relato de experiência da residência em
saúde da criança**

Nataly Tsumura Inocencio Soares^{*}

Marcela de Oliveira Demitto[†]

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[‡]

Silvana Aparecida Rodrigues Gomes[§]

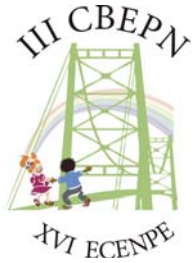
Introdução: A Estratégia Saúde da Família é hoje premente modelo de organização dos serviços de Atenção Básica a qual prima pela integralidade das ações em saúde e compreende desde atividades de promoção até as de reabilitação. Nesse contexto, o atendimento à criança por meio do programa de puericultura é assistência imprescindível nos primeiros anos de vida, pois permite detecção precoce de alterações e enfermidades, também garantindo seguimento e orientações ao crescimento e desenvolvimento normais. Portanto, para operacionalizar este programa é necessário utilizar-se da consulta para detectar agravos, diagnosticar e intervir. Assim, durante essas consultas, as residentes de enfermagem em Saúde da Criança, detectaram dificuldades referentes à amamentação, cuidados puerperais e cuidados básicos com a criança, que poderiam ser evitadas desde que trabalhadas durante o pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher prioriza que a assistência pré-natal deva ser constituída por um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, promovendo a saúde e identificando precocemente problemas que possam resultar em risco à gestante e concepto. Dessa forma, a fim de proporcionar maior segurança à gestante frente ao cuidado consigo e com seu bebê, as residentes junto às enfermeiras de duas Unidades Básicas de Saúde, tiveram a iniciativa de realizar atividades educativas por meio de grupos de gestantes. **Objetivo:** neste sentido, o presente trabalho tem por objetivo apresentar o relato de experiência quanto à implantação do grupo de gestantes em duas unidades de Saúde da Família, Londrina, Paraná. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa descritiva para relatar a experiência das residentes com o grupo de gestantes no período de implantação em junho de 2008 a maio de 2009. As duas Unidades de Saúde da Família-USF estão localizadas na região norte do município. A USF I possui população estimada em 13.354 pessoas, sendo 2.714 famílias cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2008). Atualmente conta com três Equipes de Saúde da Família (ESF). Sua área de abrangência é diversificada, sendo encontradas tanto famílias de melhor nível sócio-econômico como moradores de áreas de risco, tais como assentamentos. Na UBS há 73 gestantes cadastradas no SIS pré-natal, e conta com três ginecologistas/obstetras, os quais atendem no máximo 16 gestantes por período, totalizando 64 pacientes por semana. As três enfermeiras da Unidade também são responsáveis pelas consultas de pré-natal, as quais realizam em média quatro consultas cada uma por semana. A USF II mostra características semelhantes por terem delimitações limítrofes. Sua população está estimada em 12.067 pessoas, sendo 2.658 famílias cadastradas no SIAB. Também possui três ESF e áreas com discrepâncias sociais e econômicas. No SIS pré-natal estão cadastradas 119 mulheres. Estas são atendidas por um único médico ginecologista/obstetra, o qual realiza

^{*} Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança. Universidade Estadual de Londrina. Rua: Helen Keller, 130 apto 205, Londrina – PR. E-mail: natytsoares@hotmail.com. Fone: (43) 3304-5384.

[†] Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança. Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR

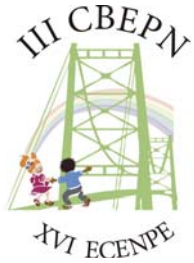
[‡] Mestre em Enfermagem. Professora Assistente e Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR

[§] Enfermeira. Unidade Básica de Saúde, Londrina-PR



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

10 consultas por dia, em três dias da semana. Cabe ainda às três enfermeiras da Unidade a responsabilidade pelo atendimento semanal de 18 gestantes. **Resultados:** diante das dificuldades vivenciadas pelas puérperas na prática do autocuidado e na assistência ao seu bebê, observadas durante as consultas de puericultura, viu-se a necessidade da implantação de um grupo de gestantes com o intuito de esclarecer as principais dúvidas, além de proporcionar o convívio e a troca de experiências entre as participantes. Dessa forma, o primeiro grupo foi realizado em junho de 2008, ocorrendo no dia em que a residente de enfermagem permanecia o dia todo na Unidade. Para maior adesão das gestantes, o horário estipulado para os encontros sempre foi uma hora antes de iniciar as consultas com o ginecologista, já que este é o tempo médio de espera para o atendimento. No início os grupos ocorriam mensalmente, porém com aproximadamente duas reuniões, percebeu-se que o tempo não estava sendo suficiente para sanar todas as dúvidas e apresentar todos os temas solicitados pelas gestantes, logo os encontros passaram a ser realizados uma vez por semana. As mulheres que logo confirmam o resultado da gravidez e as que já participam das consultas de pré-natal são convidadas a participarem dos grupos por meio de contato telefônico, cartazes na USF e lembretes impressos entregues pelos agentes comunitários de saúde. Os encontros duram em média 40 a 60 minutos, e contam com a presença de aproximadamente sete gestantes, as quais, comumente, são de diferentes idades gestacionais. Como recurso áudio-visual, utiliza-se a televisão para a transmissão de vídeos educativos, com o intuito de facilitar a compreensão de temas como o desenvolvimento do feto intra-útero e as mudanças físicas no corpo da mulher durante os diversos estágios da gestação. E como recursos materiais são utilizados objetos como “mama-cobaia”, boneca, banner ilustrativo criado pelo Ministério da Saúde e um manual da gestante elaborado pelas próprias residentes distribuído durante o grupo. De forma a estimular o comparecimento da futura mãe nos encontros, bem como proporcionar momentos de descontração, em algumas reuniões são realizados sorteios de brindes para o bebê, os quais são fornecidos pela equipe de saúde da unidade e pelas residentes. Quanto aos temas abordados, estes são sugeridos pelas próprias participantes ou construídos de acordo com as dúvidas mais frequentes. Os assuntos mais debatidos foram sobre aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, trabalho de parto e tipos de parto, orientação nutricional na gestação e outros. Recentemente, com a criação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), foi possível ampliar os temas a serem discutidos durante os encontros, abrangendo conhecimentos de competência especializada de outras áreas da saúde, o que veio aprimorar ainda mais o grupo de gestantes. O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 e republicada em 04 de Março de 2008, visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, garantindo a continuidade e integralidade da atenção. Este Núcleo não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família, tendo como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado. É composto por uma equipe multiprofissional sendo eles fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico, psicólogo e nutricionista. Assim, alguns temas foram acrescentados como: técnica de relaxamento, alongamento, respiração e fisioterapia na gestação; atividades físicas para gestantes; uso de álcool, fumo e medicamentos; relação da tríade mãe-filho-família e função paterna. **Conclusão:** como resultado dessa iniciativa observou-se a participação contínua das mulheres, o que contribuiu com a permanência dos grupos e ampliação dos seus conhecimentos, favorecendo a vivência de uma gestação mais segura. A implantação do grupo também repercutiu na consulta com os médicos ginecologistas, pois os mesmos perceberam o quanto suas pacientes chegavam às consultas com mais informações e questionamentos a cerca de exames, medicações e outros. Neste contexto, evidencia-se que é possível corrigir falhas na assistência pré-natal, de forma conjunta e interativa por meio de educação em saúde, desde que haja interesse e motivação



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

por parte de toda a equipe de saúde, refletindo positivamente no cuidado materno e infantil.

Palavras-chave: pré-natal, educação em saúde, enfermagem.

Referências:

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br>. Acesso em: 06/07/09.
2. RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 12 (2): 477-486, 2007.
3. SESAB, SUS. **Superintendência de Atenção Integral à Saúde - Diretoria da Atenção Básica**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br. Acesso em: 06/07/09



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

240 - Aleitamento materno exclusivo entre mães com centro de educação infantil no local de trabalho

Barbara de Andrade Alves*

Juliana Cursi[†]

Ieda Harumi Higarashi[‡]

Luciana Olga Bercini[§]

Introdução: O leite materno é o alimento que atende a todas as necessidades nutricionais do bebê até os seis meses de vida, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos primeiros seis meses de forma exclusiva e complementada até os dois anos ou mais. A introdução de alimentos complementares diminui a duração do aleitamento materno, principalmente se esta introdução ocorrer precocemente. Quando um alimento sólido é introduzido, há a necessidade da criança se adaptar à nova textura e à sua administração, ao contrário do leite não materno, fluido ou em pó, que geralmente é oferecido em mamadeiras, facilitando o seu consumo, o que leva a uma redução mais rápida da amamentação, quando comparada com a introdução de sólidos. O comportamento alimentar da criança é determinado pela interação da criança com o alimento, pelo seu desenvolvimento anatomofisiológico e por fatores emocionais, psicológicos, socioeconômicos e culturais. Entretanto, a influência mais marcante na formação dos hábitos alimentares é o produto da interação da criança com a própria mãe ou a pessoa mais ligada à sua alimentação. O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares podem ter grande influência na alimentação, nas preferências alimentares e afetar o equilíbrio energético da alimentação pela disponibilidade e composição dos alimentos. Apesar da importância do aleitamento materno (AM) para a criança, a mãe, a família e a sociedade, as taxas de amamentação no Brasil são baixas, em especial a do aleitamento materno exclusivo (AME). Amamentar é um direito que a sociedade deve garantir a toda mulher e a toda criança, inclusive quando a mulher tem um trabalho remunerado. As empresas onde trabalham pelo menos 30 mulheres devem possuir local adequado para o cuidado dos filhos das funcionárias durante o período de amamentação, dentro da própria empresa ou mediante convênio com instituições apropriadas. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi compreender os fatores relacionados à decisão das mulheres em amamentar e à duração do aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com Centro de Educação Infantil no local de trabalho. **Material e Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido no Centro de Educação Infantil (CEI) “Pertinho da Mamãe” da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Este serviço está situado dentro do campus sede da UEM e atende aos filhos de servidoras da universidade quando do retorno da licença maternidade. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com mães das crianças das Estimulações I, II e III, que são as salas onde se encontram as crianças no primeiro ano de vida. Assim sendo, foram entrevistadas 21 servidoras, no período de maio a agosto de 2008. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas, seguindo Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM, sendo aprovado de acordo com o Parecer nº. 202/2008 e as entrevistas foram realizadas após a concordância e a assinatura do Termo de Consentimento

* Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança. Universidade Estadual de Londrina. E-mail: ba_enfermeira@yahoo.com.br . Fone: (43)9142-6236.

[†] Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Participante do PIC.

[‡] Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da UEM. Co-orientadora do PIC.

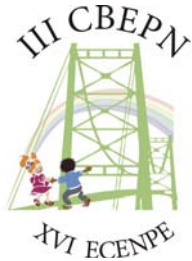
[§] Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da UEM. Orientadora do PIC.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Livre e Esclarecido (TCLE) pelas mães. **Resultados e Discussão:** A maioria das participantes tinha idade entre 25 e 35 anos e era casada. Três cursavam o ensino superior e as outras dezoito já o haviam completado. Todas as mães realizaram pré-natal, quatro em clínicas particulares e o restante por plano de saúde, sendo que o número de consultas variou de sete a treze. A análise temática dos depoimentos das participantes possibilitou a identificação dos seguintes temas: Vivência anterior da amamentação; Pré-natal e amamentação; Aleitamento materno: início, apoio e influências e Perspectiva de volta ao trabalho, do ingresso do bebê no CEI e aleitamento materno exclusivo. O estudo revelou a insuficiência de orientações recebidas pelas participantes sobre aleitamento materno no pré-natal; que a participação e/ou influência de pessoas significativas para a mulher no processo da amamentação é muito importante, podendo interferir de forma positiva e/ou negativa e que apesar das participantes possuírem condições que favoreciam o aleitamento materno, tais como, facilidades existentes para a continuidade do aleitamento materno exclusivo no CEI, elevada escolaridade, apoio do companheiro e inserção em um município que estimula a prática da amamentação, menos da metade das participantes amamentou exclusivamente seus filhos até os seis meses. O retorno ao trabalho da nutriz aliado, em alguns casos, à dificuldade em conciliar o horário de trabalho com a amamentação, à falta de apoio do chefe de setor, o recebimento de orientações alimentares inadequadas e a concepção, por parte das mães, de idéias errôneas sobre a alimentação do CEI destacam-se como fatores diretamente relacionados com a duração do aleitamento materno exclusivo entre as participantes. O trabalho materno fora do lar pode ser um obstáculo à amamentação, porém não a impede. O trabalho da nutriz foi referido como elemento dificultador para a amamentação, uma vez que as participantes da pesquisa demonstraram uma grande dificuldade em conciliar as suas múltiplas atribuições. **Conclusão:** A importância do aleitamento materno na saúde infantil é ainda maior para as crianças usuárias de CEI, devido às propriedades protetoras do leite materno para a saúde do bebê. O complexo universo sobre AM revelado pelas entrevistadas, longe de ser coeso e unânime, permitiu vislumbrar uma série de realidades diferentes o que nos conduz para uma realidade diferenciada de cada mulher no seu contexto familiar, cultural, social e de trabalho. Apesar das participantes possuírem condições que favoreciam o AM, tais como, facilidades existentes para a continuidade do AME no CEI, elevada escolaridade, apoio do companheiro e inserção em um município que estimula a prática do AM, menos da metade das participantes amamentaram exclusivamente seus filhos até os seis meses. Isto pode estar relacionado ao conteúdo insuficiente sobre AM no pré-natal, revelado por um conhecimento parcial acerca das vantagens da amamentação exclusiva para a saúde do bebê, dos benefícios da amamentação para a saúde da mulher, da importância do AM para o estabelecimento do vínculo mãe-filho e sobre o manejo do AM. Como medidas para aumentar o número de crianças em AME até os seis meses no CEI, faz-se necessário à realização de um trabalho educativo e preventivo com as mães dos bebês que irão ingressar no CEI para que não haja a interrupção do AME antes dos seis meses. Este trabalho deve visar, também, um incremento da ordenha do leite materno, para oferecimento posterior pelas educadoras do CEI, utilizando-se a técnica do copinho, principalmente naquelas situações em que as mães não têm disponibilidade de horário para amamentar. As medidas educativas e institucionais propostas devem criar condições objetivas para que as servidoras usuárias do CEI amamentem exclusivamente seus filhos até os seis meses.

Palavras-chave: aleitamento materno, saúde da criança, saúde da mulher.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

241 - O acesso aos serviços de saúde como fator de risco à mortalidade neonatal

Graciela Gonsalves Borba*
Cristiane Cardoso de Paula†
Eliane Tatsch Neves‡

Introdução: A Mortalidade Infantil (MI) consiste no óbito de crianças durante o seu primeiro ano de vida. (RIPSA, 2002). Para uma análise mais detalhada dos determinantes da MI, costuma-se dividi-la em dois componentes: mortalidade neonatal e pós-neonatal. A mortalidade neonatal divide-se, ainda, em precoce (óbitos ocorridos entre o nascimento até 6 dias de vida) e tardia (óbitos ocorridos de 7 a 27 dias de vida) (REYMÃO et al., 2004). De acordo com estatísticas do Ministério da Saúde, a TMI apresentou uma redução de 20,5% no período de 1996 à 2000 e de 15,9% entre 2000 e 2004, o que corresponde a um total de 22,6 óbitos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2008). Além de alterações nas TMI, houve também alteração no seu perfil, sendo que as causas perinatais e anomalias congênitas assumiram maiores proporções quando comparadas às doenças infecciosas e parasitárias e às doenças do aparelho respiratório (MORAIS NETO, 1996). As causas perinatais, que são decorrentes de problemas durante a gestação, parto e nascimento, respondem por mais de 50% das causas de óbitos no primeiro ano de vida (BRASIL, 2008). Em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, bem como ações educativas de saúde pública (OPAS, 2002). Assim, os índices de mortalidade perinatal e neonatal são indicadores sensíveis da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto dos programas de intervenção nessa área, constituindo-se em um permanente desafio para o sistema de saúde e para a sociedade. **Objetivo:** identificar os fatores de risco relacionados à mortalidade neonatal descritos na produção científica nacional nos últimos 20 anos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão. A busca bibliográfica foi desenvolvida por consulta eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e portal Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizou-se o descritor “mortalidade neonatal” [palavra], refinado com “infantil” [palavra] and português [idioma]. Totalizou um universo de 3.218 artigos. Foram definidos como critérios de inclusão: artigos, resultados de pesquisa científica, de campo ou bibliográfica, publicada no período de 1989 a 2008. O recorte temporal teve como marco inicial a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, considerando-se, assim, os últimos 20 anos da produção científica. Critérios de exclusão: teses, dissertações, manuais, notas prévias, reflexões teóricas, relatos de experiência, atualizações, publicações com resumos incompletos e/ou sem texto ou resumo disponíveis online, e publicações que após leitura do resumo do artigo não convergia com o objeto de estudo desta pesquisa. Foram selecionadas 198 publicações, dentre as quais 63 repetidas em mais de uma base de dados. A amostra da pesquisa foi composta por 135 resumos de artigos. A organização dos dados foi feita por meio de um quadro analítico sinóptico com as variáveis: ano de publicação; subárea do conhecimento dos autores, região geográfica da produção; tipo de estudo; fatores de risco associados à mortalidade neonatal. Para identificar os fatores de risco foi aplicada a análise de conteúdo temática (MINAYO, 2008). A análise dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva quantitativa em

* Acadêmica do 8º semestre de enfermagem da UFSM. Email: gracielaborba@yahoo.com.br

† Enfermeira pediatra. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem/UFSM. Email: cris_depaula1@hotmail.com

‡ Relatora. Enfermeira pediatra. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFSM. Email: elianev@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

frequências absolutas e relativas. **Resultados e discussão:** Dentre os artigos incluídos na pesquisa, tiveram como região geográfica de produção: 57% sudeste (n=77), 18,5% sul (n=25), 16,2% nordeste (n=22) e 5,1% centro-oeste (n=7), 1,4% norte (n=2) e 1,4% interregional (n=2). Em relação às subáreas do conhecimento sobressaíram-se às publicações de Medicina com 65,1% (n=88) e a Enfermagem, com 6,6% (n=9). Quanto ao tipo de estudo, foram 129 pesquisas de campo e 06 pesquisas bibliográficas. Em relação ao ano de publicação dos artigos, evidenciou-se aumento na frequência das produções numa periodicidade quinquenal. Observou-se um número expressivo de publicações a partir de 1999, o que pode estar associado ao aumento do número de cursos de pós-graduação no país, e conseqüentemente, o aumento do incentivo à pesquisa com maior recurso disponível. Quanto aos fatores de risco os resultados indicaram 3 categorias analíticas: relacionados ao neonato; relacionados à gestante e a gestação, e relacionados ao acesso aos serviços de saúde e qualidade do atendimento. Nessa publicação optou-se por destacar aqueles relacionados **ao acesso aos serviços de saúde e qualidade do atendimento**. Nesta categoria agrupamos 5 fatores de risco, sendo que a qualidade do pré-natal prevaleceu, detendo um percentual de 19,2% das publicações. Foram incluídas neste fator, as variáveis referentes ao número de consultas, a realização ou não do pré-natal, além do conhecimento e habilidade do profissional que o realizou. Quanto à qualidade da assistência ao parto e nascimento esta variável esteve presente em 14,8% dos estudos e detém questões relacionadas com as características do parto e nascimento como: local onde estes ocorreram, estrutura do local qualidade da assistência prestada, capacitação dos profissionais e atendimento em tempo adequado. A variável que trata das condições de cobertura, utilização e acesso aos serviços de saúde esteve menos presente nos estudos analisados, porém, apresenta papel relevante no que tange as questões sociais maternas em busca da redução da mortalidade neonatal. No estudo de Carvalho e Soares (2002), foi constatada a influência básica das condições sociais na determinação do acesso aos serviços e à sua utilização, sendo que 59,2% dos óbitos perinatais foram classificados como reduzíveis, principalmente por falhas na assistência ao parto e ao RN. Nabhan e Oliveira (2009) ao analisar os óbitos infantis, segundo variáveis relacionada à criança, à mãe e à assistência detectaram que 6,8% das mães não fizeram nenhuma consulta de pré-natal, 95,5% inseriram-se em ocupações de baixa qualificação, 80,7% dos óbitos ocorreram no período neonatal, 68,3% por causas perinatais, 61,4% das crianças eram prematuras e 70,5% dos óbitos forma considerados evitáveis. A dificuldade no acesso ao pré-natal foi uma das principais justificativas apontadas pelas mães para a não-realização dessas consultas. Assim, considera-se relevante um olhar atento para os fatores de risco relacionados ao acesso e a qualidade da assistência à mulher, desde o planejamento familiar até a gestação, visto que esse é um fator que depende, principalmente, do Estado e dos profissionais de saúde envolvidos no processo. **Conclusões e implicações para a prática:** Concluiu-se que a assistência ao pré-natal e ao parto tem um papel privilegiado na redução de complicações e óbitos neonatais e pode ser vista como uma política compensatória, cabendo-lhe o papel de minimizar o efeito das desigualdades socioeconômicas. Nesse sentido, a atuação dos enfermeiros pode contribuir significativamente na identificação dos fatores de risco para um acompanhamento pré-natal e a melhoria da assistência nessa área bem como ao parto e ao nascimento. A garantia de acesso à gestante e a criança em tempo oportuno, aos serviços de saúde de qualidade, deve ser uma meta almejada por estes profissionais. Com isso, pretende-se possibilitar avanços oportunos nos serviços de saúde relacionados ao pré-natal ao parto e nascimento, visando à redução da mortalidade neonatal.

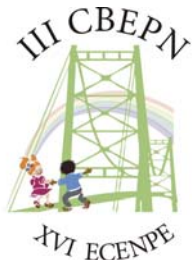
Palavras-chave: saúde do neonato, enfermagem pediátrica, fatores de risco, mortalidade neonatal.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 60p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf> Acesso em: 17 de nov 2008.
- CARVALHO, W.O.; SOARES, D.A. Causas reduzíveis de morte perinatal em três municípios brasileiros. **Ciênc. cuid. saúde**; v.1, n.1, p 89-94, jan-jun. 2002.
- MINAYO, M. C. S.; **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MORAIS NETO, O.L. A mortalidade infantil no município de Goiânia: uso vinculado do SIM e SINASC. Campinas - São Paulo, 1996, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP.
- NABHAN, S.S.; OLIVEIRA, R.Z. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em municípios da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v.31, n.1, p. 71-76, 2009.
- OPAS. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 141 p. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=46>>. Acesso em: 12 de dez de 2008.
- REYMÃO, A.E. et al. Objetivo 4: reduzir a mortalidade infantil. In: **Saúde**. Coleção de estudos temáticos sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio da rede de laboratórios acadêmicos para acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Organização: UFPA, PUC Minas/IDHS, PNUD. – Belo Horizonte: PUC Minas/ IDHS. Belém, 2004, 120 p.
- RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299 p. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/matriz.pdf> >. Acesso em 01 fevereiro 2009.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

242 - O caso Maria: a luz do cuidado de enfermagem

Carla Lizandra de Lima Ferreira*
Emanuele Lopes Ambros[†]
Hilda Maria Freitas Medeiros[‡]
Tauana Reinstein de Figueiredo[§]

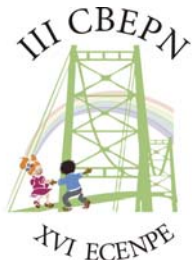
Introdução: A criança necessita de um suporte básico para ter um desenvolvimento bio-psico-social. No entanto, algumas crianças estão expostas a situações que podem vir a comprometer seu desenvolvimento, como abandono, negligência, abuso e maus-tratos na família e nas instituições, exploração e abuso sexual, doenças físicas ou mentais, entre outros¹⁻². A realidade da criança portadora de HIV/aids no Brasil possui um número assustador. Segundo o Programa Nacional de DST e AIDS foram notificados 474.273 casos de aids de 1988 até junho de 2007, sendo identificada uma razão de contaminação homem para a mulher de 1/7³. Ou seja, a cada homem que se infecta com HIV, sete mulheres são infectadas. Visualiza-se assim o número grande de infantes brasileiros que se encontram em situação de risco. No entanto, não se deve pensar somente a questão relativa à situação de as crianças serem portadoras de um vírus que destrói a capacidade imunológica de seus organismos, mas também pelo fato de elas serem filhas de pais soropositivos. Isso remete a outras situações de risco, como a possível perda de um de seus cuidadores, a orfandade, a possibilidade de não receber os cuidados necessários para sua saúde como os anti-retrovirais, e, por alguns desses motivos, virem a ser encaminhadas para instituições de abrigo a menores, entre outros fatores. Essas crianças, portanto, estão afastadas de seus familiares e passam a conviver num outro mundo: das instituições de abrigo. O sujeito uma vez dentro de uma instituição perde a sua identidade e a liberdade de usufruir das suposições básicas modernas que incluem o dormir, o brincar e o trabalhar com liberdade, além de ter em comum a mesma autoridade, sendo agrupadas e tratadas da mesma forma e obrigadas a realizar tarefas em conjunto⁴. Ou seja, as crianças que convivem em uma instituição devem seguir as normas para que os objetivos “oficiais da instituição” sejam atingidos. As crianças institucionalizadas mostram marcas profundas e dolorosas, referindo-se à angústia causada pela separação das crianças de sua família ou de seus cuidadores primários⁵⁻⁶. Os infantes já vêm de famílias que de uma forma ou de outra apresentam (ou apresentavam) situações de risco⁶. Consoante a autora, a institucionalização da criança não favorece um bom desenvolvimento, uma vez que ela se encontra afastada da família, sem atenção individualizada, presa a uma rotina rígida, no convívio restrito às mesmas pessoas em todas as atividades diárias, entre outros. Essa realidade dificulta, então, o desenvolvimento na criança dos sentimentos de integridade e da sua identidade. Sendo assim, as pesquisadoras se

* Enfermeira, Mestre pela Escola de Enfermagem da UFSC, Docente do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA (Santa Maria/RS), Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESSES/UNIFRA); Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado às Pessoas, Famílias e Sociedade (UFSM/RS).

[†] Acadêmica de Enfermagem 4º semestre do Centro Universitário Franciscano-UNIFRA, Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESSES/UNIFRA). Rua Coronel Niederauer, 947/303. Santa Maria, Rio Grande do Sul, CEP: 97100.000. Email: emanuele.ambros@hotmail.com

[‡] Enfermeira, Mestre pela Escola de Enfermagem da UFRGS, Docente do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA (Santa Maria/RS), Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESSES/UNIFRA); Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado às Pessoas, Famílias e Sociedade (UFSM/RS).

[§] Acadêmica de Enfermagem 6º semestre do Centro Universitário Franciscano-UNIFRA, Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESSES/UNIFRA).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

propuseram a aprofundar o entendimento do Caso Maria que traz consigo a realidade de uma criança em situação de risco, afastada do convívio familiar, moradora de uma casa de apoio – instituição que oferece abrigo a crianças portadoras do HIV/aids na região central do Rio Grande do Sul. **Objetivo:** Compreender o viver de uma criança em situação de risco em uma Casa de Apoio mediante o olhar do cuidado de enfermagem. **Metodologia:** Caracterizada como qualitativa, do tipo Estudo de Caso, este é entendido como uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente⁷. O estudo foi realizado em uma Casa de Apoio a Crianças com HIV/aids no Rio Grande do Sul. A Casa abriga crianças portadoras e não-portadoras do HIV/aids, que acabam sendo privadas do núcleo da família biológica por seus pais serem portadores do HIV, ou por não terem condições de cuidá-las. É uma organização privada, sem fins lucrativos, prestadora de serviços de apoio relacionados à epidemia, obedecendo integralmente às disposições do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei Federal 8069/90, em vigência no Brasil⁸. A participante da pesquisa foi uma criança com aids em idade escolar, que atualmente encontra-se morando com seus familiares, mas morou na Casa de Apoio mais de cinco anos. A criança recebeu nome fictício de Maria. Para os encontros, manteve-se contato telefônico com a mãe a qual comparecia no Lar com a filha para participarem do estudo, neste encontro a mãe relatou a história de vida da criança. Para a coleta dos depoimentos, utilizou-se a entrevista fenomenológica e a observação durante o encontro com a criança. A entrevista fenomenológica busca uma linguagem genuína e valoriza a fala do pesquisado, o que possibilitou o encontro com o outro e a comunicação com o mundo⁹. Para o desenvolvimento deste estudo, foram asseguradas as questões éticas, conforme prevê a Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, dando ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, seja como indivíduos, seja como coletividade¹⁰. Obteve-se aprovação do comitê de ética do Centro Universitário Franciscano nº 098.2006.2, e registro no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), nº 1246. **Resultados:** Maria é a filha mais nova de pais soropositivos para o HIV. É uma criança sorridente. Convive, desde o nascimento, com o HIV/aids, sendo infectada pelo vírus através da transmissão vertical. Segundo relato da mãe a criança começou a apresentar algumas alterações como distensão abdominal, edema facial, múltiplas lesões dermatológicas, ulcerações pequenas com drenagem, linfonodos palpáveis na região cervical, axilar e inguinal endurecidos e anemia. Fez biópsia excisional de linfonodos axilares à direita diagnosticados como hiperplasia folicular com características histológicas compatíveis ao HIV e sorologia confirmada. Vítima de maus tratos, pais com precárias condições de moradia, higiene e família desestruturada. Em 2000, Maria foi encaminhada pelo conselho tutelar a uma Casa de Apoio que abriga crianças devido a problemas familiares, permanecendo nessa instituição por mais de um ano pelos maus tratos e pela não adesão ao tratamento da mãe. Após, foi transferida para o Lar que abriga crianças vítimas do HIV/aids onde morou até 2005. Nesses quatro anos, recebeu poucas visitas dos familiares, Era uma criança extremamente nervosa e agressiva. Após, sua mãe aderir o tratamento, Maria foi liberada para voltar a morar com a mãe e portanto atualmente, vem às consultas agendadas no Ambulatório de Pediatria do HUSM sempre em companhia da mãe. Esteve internada duas vezes depois que foi morar com a mãe, devido à pneumonia e problemas renais. Frente a esse contexto do viver de uma criança com HIV/aids que viveu em uma casa de apoio, acredita ser importante discutir sobre o desenvolvimento infantil e o contexto familiar na infância, pois esta é considerada um momento importante na existência do ser humano. Nesse momento que a criança se percebe no mundo, estabelece relações e interações, vivencia e experiencia descobrimentos, além de crescer e desenvolver-se¹¹. A criança é um ser humano em processo incipiente no mundo, com possibilidades de crescimento e desenvolvimento físico, mental, cognitivo, emocional e afetivo¹². Destacam, ainda, a necessidade de perceber a criança como



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

ser vulnerável, tanto ao vivenciar a saúde quanto a doença, precisando de cuidados específicos à sua singularidade. A criança é um ser em formação, que necessita do acompanhamento de um adulto, para integrá-la na sociedade, para auxiliá-la a fim de que tenha condições que favoreçam seu crescimento e desenvolvimento no presente e lhe possibilitem um futuro. Toda criança precisa de condições favoráveis ao seu crescimento e desenvolvimento como: convivência familiar e comunitária, nutrição, saúde, proteção, respeito, educação e brincar, que devem ser assegurados pela família e pela sociedade¹³. Desde o nascimento, a criança começa a se comunicar, a desenvolver relações com os outros e com o meio que a cerca, aprende a linguagem e adquire conhecimento do ambiente em que vive¹⁴. À medida que ela aprende atividades complexas, vai adquirindo maior complexidade no sistema lingüístico, cria atividades conscientes e propõe novos problemas que, de acordo com suas vivências, desenvolvem a linguagem, o pensamento, e proporcionam um avanço efetivo e mental¹⁵. Com o desenvolvimento emocional e motor, começa a organizar melhor o pensamento e aprender a raciocinar, sendo um momento importante para sua introdução na vida adulta. A criança vivencia o processo de desenvolvimento, conforme as influências do meio em que está inserida, pois ela passa por etapas evolutivas e cada uma desenvolverá suas potencialidades, conforme seu tempo, o que envolve fatores genéticos e ambientais que devem ser considerados pelo adulto. Os cuidados dos pais com seus filhos são facilmente encontrados no seio da família e são difíceis de serem substituídos fora dela, para¹⁶.

Conclusão: Diante dessas constatações, observa-se o quanto é relevante que a equipe de enfermagem que cuida da criança com Aids que vive em Casa de Apoio compreenda suas reações psicológicas, emocionais, e perceba que cada uma vivencia essa experiência de forma única e singular. Diante dessa realidade, pode-se destacar que, para a criança, não importam as condições financeiras de sua família, mas a presença das pessoas que fazem parte do seu existir. Os pais, por piores que sejam, são a sua referência e a presença deles em sua vida favorece o processo de crescimento e desenvolvimento. Nem sempre essa realidade poderá ser seguida, sendo necessário encaminhar a criança para uma instituição, Casa de Apoio, que lhe proporcione um cuidado-presença autêntico, que favoreça o ser-mais e o estar-melhor dessa criança, até que seus familiares se organizem e possam voltar a ser responsáveis por seu cuidado.

Palavras-chave: criança, vulnerabilidade, HIV/AIDS

Referências:

1. Molaib, Maria de Fátima Nunes. Crianças e adolescentes em situação de risco e suas relações com a instituição Conselho Tutelar. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8231&p=2>>. Acessado em: 14 de setembro de 2007.
2. Lescher, Auro Danny *et al.* **Crianças em situação de risco social:** limites e necessidades de atuação do profissional da saúde. Resultado da Fase I do Projeto de pesquisa apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Programa de Políticas Públicas, 03/06405-0. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.projetoquixote.epm.br/publicacao.pdf>>. Acessado em: 13 de setembro de 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21PTBRIE.htm>>. Acessado em: 08 de março de 2008.
4. Goffman, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1999.
5. Oliveira, Maria de Fátima; Camões, Cristina. **As crianças institucionalizadas – o outro lado da sociedade.** Trabalho de Licenciatura. Licenciatura de Psicologia da Universidade Lusíada. 2003. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=A0168&area=d4>. Acessado em: 05 de agosto de 2006.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

6. Motta, M. da G. C. da. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: Elsen, I.; Marcon, S. S.; SantoS, M, R. dos. (Org). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.
7. Vanzin, Arlete Spencer. **Metodologia de pesquisa em saúde: fundamentos para o desenvolvimento de pesquisas em saúde**. Porto Alegre: RM & L Gráfica, 1998.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [citado 2006 out 14]. Disponível em: www.saude.gov.br/editora.
9. Carvalho AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir; 1987.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos (Res. CNS nº 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [citado 2006 set 20]. Disponível em: www.saude.gov.br/editora.
11. Cabral IE, Neves DLD, Calheiros LB, Anjos MCV, Silva AS, Machado VM. Legislação básica de proteção à infância: uma abordagem para a prática de enfermagem pediátrica. Esc. Anna Nery – **Rev. Enferm.** 2002 Dez; 6(supl. 1): 41-52.
12. Schaurich, D., Padoin, S. M. de M., Motta, M. da G. C. da. Experienciando um Marco Conceitual para o Cuidado em Enfermagem ao Ser-Familiar e/ou Cuidador e ao Ser-Criança. **Rev. Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 08, n. 02, jul./dez. 2003. p. 34-43.
13. Sigraud, C. H. de S.; Veríssimo, Maria de la o'Ramallo. **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo Pedagógica e Universitária, 1996.
14. Luria, A R. **Desenvolvimento cognitivo: seus fundamentos culturais e sociais**. 2ª ed. São Paulo: Ícone, 1994.
15. Piaget, J. **A formação do símbolo na criança: imaginação, jogo e sonho, imagem e representação**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
16. Bowlly, J. **Cuidados Maternais e Saúde Mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**243 - As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde:
determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde**

Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes*
Ivone Evangelista Cabral †

Crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) são aquelas que possuem ou estão em maior risco de apresentar uma condição física, de desenvolvimento, de comportamento, ou emocional crônica, que requer um tipo e uma quantidade de atendimento, pelos serviços de saúde, para além daquela geralmente requerida por outras crianças. Cuidar dessas crianças representa um desafio para a família, cujos saberes e práticas não pertencem ao seu contexto de vida, mas ao contexto hospitalar. Essas crianças em sua maioria são egressas da terapia intensiva neonatal e ou pediátrica, apresentam doença crônicas, necessidade acompanhamento de saúde periódico por um tempo indeterminado e acompanhamento em instituições de reabilitação. São consideradas como clinicamente frágeis e socialmente vulneráveis. Portanto, o cuidado a essas crianças acontece com vários atores e cenários sociais diferentes, sendo um cuidado que implica na estruturação de uma rede social. O ponto de partida para uma abordagem de rede social é a existência de uma necessidade individual ou coletiva, pois se parte do princípio de que o homem é um ser eminentemente social e necessita, durante toda a sua existência, manter diversos tipos de relacionamentos e interações com outras pessoas. Nesse estudo, rede social de cuidados em saúde é entendida como todas ou algumas unidades sociais (indivíduos ou grupos) com as quais um indivíduo particular ou um grupo está em contato. Entendemos que as condições de vida da CRIANES afeta o modo como sua rede de cuidados em saúde se articula e estrutura para atender suas demandas cuidativas. A problemática assim delimitada nos remeteu para os objetivos de identificar e analisar e as condições de vida das CRIANES e sua interrelação com a vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde. Tratou-se de um estudo qualitativo, desenvolvido com o Método Criativo e Sensível. A geração de dados ocorreu através da dinâmica de criatividade e sensibilidade Mapa Falante, com cinco famílias de crianças com necessidade especial de saúde egressas de um hospital pediátrico no município de Niterói no Rio de Janeiro. As dinâmicas foram realizadas no domicílio das CRIANES e os participantes foram mães, tias, avós, irmão e pai cuidadores, totalizando treze participantes, sendo uma dinâmica por grupo familiar. A questão geradora de debate foi: Quem são as pessoas que cuidam da CRIANES quando ela está em casa? Quais lugares vocês levam a CRIANES quando ela precisa de cuidados espirituais de saúde, etc...? O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Escola São Francisco de Assis e Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Protocolo no 003/2008). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após explicação sobre os propósitos da pesquisa. Os dados gerados no interior da dinâmica foram analisados através da Análise Crítica do Discurso de Fairclough, em suas dimensões epistemológica e metodológica. Os dados apontaram que o contexto de produção do discurso dos cuidadores foi determinante para identificar as condições de vida das CRIANES e a estruturação de sua

* Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC/EEAN). Enfermeira da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. e-mail: jumoraes@ig.com.br

† Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil. Escola de Enfermagem Anna Nery. Pesquisadora do CNPQ e do NUPESC/EEAN



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

rede social. Como condições de vida foram identificados: nível educacional dos cuidadores familiares, a composição familiar, a classe econômica, a renda per capita familiar e a questão da moradia. Esta última deve ser entendida como um conjunto de elementos que se ligam ao saneamento básico, à infra-estrutura urbana e aos serviços educacionais, de saúde e de transporte que contribuem para expor as CRIANES à situação de vulnerabilidade social. Da análise crítica do discurso emergiram duas categorias: **A rede de cuidados em saúde das CRIANES, e As condições econômicas familiares é a vulnerabilidade da rede.** A primeira apontou que a rede de cuidados em saúde, no nível primário de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), é composta pelo Programa Médico de Família; nos níveis secundários e terciários, por hospitais públicos; e no nível quaternário por serviços de reabilitação filantrópicos e não filantrópicos, os quais vendem serviços aos SUS. As pessoas que compõem esta rede são os familiares cuidadores (mãe, avó, pai, irmãos, primos), pessoas da comunidade (tia, vizinha, madrastra, patroa da madrastra), profissionais de saúde que atuam nos quatro níveis de atenção em saúde (médico, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistente sociais, auxiliares de enfermagem). A segunda categoria de análise apontou que dez dos treze cuidadores familiares possuíam o 2º grau completo; dois, o segundo grau incompleto; e apenas um, o primeiro grau completo. Portanto essas crianças são cuidadas por pessoas que podem ter um menor entendimento da complexidade das ações cuidativas a serem realizadas com a criança, e uma dificuldade para ocupar postos de trabalho no mercado formal com melhor remuneração financeira. Os principais familiares cuidadores são as mulheres mães e avós, demonstrando uma rede de cuidadores restrita. A extensa e pesada demanda de cuidados levou as mães a pararem de trabalhar, o que diminuiu a renda familiar per capita, depositando no pai e nas avós aposentadas o papel de provedor financeiro da família. Com a saída da mulher mãe cuidadora do mercado formal de trabalho houve uma diminuição do poder aquisitivo familiar. Todas as cinco famílias residiam em comunidades carentes no município de Niterói, algumas expostas ao risco de violência. Das cinco famílias do estudo, quatro pertenciam à classe econômica D e uma à classe econômica E. A renda familiar per capita variou de 3,4 à 1,2 salários mínimos o que as torna mais vulneráveis socialmente. No Brasil, as classes econômicas mais baixas estão mais expostas às doenças e agravos, possuem menor cobertura com intervenções preventivas, maior probabilidade de adoecer, menor resistência às doenças, menor acesso a serviços de saúde, pior qualidade da atenção recebida em serviços de atenção primária, menor probabilidade de receber tratamentos essenciais e menor acesso a serviços de nível secundário e terciário. As variáveis econômicas familiares apontam que as CRIANES estão em risco de vulnerabilidade social, que podem expor a criança a uma maior fragilidade clínica. Todas as cinco famílias participantes do estudo possuem uma rede social de malha frouxa, pois estabelecem relações superficiais e de dependência contínua com os serviços de saúde terciário e quaternário. Suas redes de cuidado em saúde são compostas por poucos membros familiares e da comunidade. Concluímos que as CRIANES são vulneráveis socialmente pelas condições de moradia, renda familiar e por apresentarem relações frouxas dentro da rede de cuidados em saúde. Apresentam riscos de vulnerabilidade social pela dependência dos serviços de saúde público. As implicações deste estudo para a área da enfermagem são: ampliar a rede social familiar de modo a incluir outras pessoas, capacitar os cuidadores para diminuir a dependência dos serviços de saúde e fortalecer as competências familiares. Como competências familiares, entendemos o conjunto de conhecimentos, práticas e habilidades necessário para promover a sobrevivência, o desenvolvimento, a proteção e a participação das crianças no processo de cuidado.

Palavras chaves: saúde da criança, saúde da família, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

244 - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de dois anos na consulta de enfermagem

Mariline da Costa Luz^{*}

Simone Elizabeth Duarte Coutinho[†]

Introdução: Os dois primeiros anos da vida de uma criança é um período de crescimento físico e aquisição de novas habilidades de forma acelerada. Em nenhuma outra etapa da vida após o nascimento ocorre desenvolvimento físico e mental tão intensos. A particularidade deste período da vida pressupõe a necessidade de vigilância constante à saúde da criança, buscando identificar precocemente fatores que possam interferir nos processos de crescimento e desenvolvimento pleno. A pesquisa propôs o acompanhamento da criança de zero a vinte e quatro meses através da Consulta de Enfermagem Pediátrica por acreditar na importância que enfermeiro pode exercer na área da prevenção e proteção da saúde infantil e que muitos dos problemas e riscos de agravos relacionados à saúde da criança poderiam ser solucionados com orientação e educação. **Objetivos:** A presente pesquisa teve por objetivo fundamentar as etapas do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento através do levantamento das bibliografias oficiais a respeito do assunto publicadas nos últimos cinco anos, pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), buscando assim revisar as etapas deste processo de acompanhamento, identificar os principais fatores que interferem no crescimento e desenvolvimento infantil e elaborar um instrumento que oriente o enfermeiro na avaliação deste processo durante a consulta de enfermagem pediátrica. **Metodologia:** O estudo, de abordagem qualitativa, foi realizado através de pesquisa bibliográfica, conforme as etapas propostas por Gil (2002) para este tipo de pesquisa. Os dados foram coletados a partir das bases on-line da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (MS), Biblioteca Virtual do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Resultados:** A partir desta pesquisa constatou-se que a avaliação do crescimento é realizada pela verificação do aumento do peso, do comprimento/estatura e do perímetro cefálico. Grande parte dos autores adotou instrumentos para facilitar esta avaliação, como o “Gráfico Peso/Idade” e o “Gráfico de Perímetro Cefálico” para avaliar o peso em relação à idade e o crescimento cefálico em relação a idade, respectivamente. Os autores sugerem que o primeiro dado seja verificado, até, aproximadamente cinco ou sete anos de idade e o segundo, durante os doze primeiros meses de vida. Uma das fontes pesquisadas ressaltou a importância da verificação do perímetro torácico na avaliação, medida que deveria ser verificada do nascimento até o terceiro mês. No acompanhamento do desenvolvimento foi unânime a utilização dos tradicionais marcos do desenvolvimento humano para avaliar a criança, enfocando principalmente os aspectos do desenvolvimento motor, maturativo, social e psíquico. Pôde ser constatado também que na faixa de idade proposta pela pesquisa os maiores fatores de risco para distúrbios no crescimento e desenvolvimento são provenientes do ambiente onde a criança está inserida, pois estes podem interferir na manifestação do potencial genético de crescimento. O afeto e o carinho também foram enfatizados como necessidades primordiais da criança, pois, mesmo se esta tiver todas as condições ambientais para se desenvolver bem,

^{*} Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica (UFRGS). Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Nova Prata. Rio Grande do Sul, Brasil. Endereço para correspondência: Rua Félix Engel, 25/602 – Centro - CEP 95320-000 - Nova Prata, RS – Tels.: (54) 37173078 e 91544157 - E-mail: mariline.luz@gmail.com

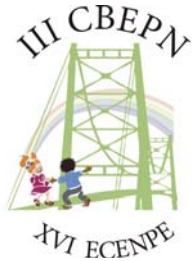
[†] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Paraíba, Brasil.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

se for privada de afeto terá seu desenvolvimento prejudicado. É através de uma interação afetiva positiva com os pais que a criança desenvolve sua auto-estima, aprende a se relacionar com outras pessoas e constrói um código de valores que lhe permite diferenciar o certo do errado. Quanto à promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e misto até, aproximadamente, os dois anos de idade aliado a nutrição adequada foram os fatores mais citados pelos autores como os principais contribuintes para a saúde infantil, sendo a amamentação indiscutivelmente uma das condições favoráveis mais associadas, pois além de promover o aporte nutricional adequado, é rico em substâncias que protegem o bebê contra infecções, prevenindo doenças que podem levar a distúrbios nutricionais e de crescimento. **Conclusão:** A partir desta pesquisa foi possível revisar as etapas do atendimento da criança e elaborar um instrumento para orientar o enfermeiro na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses na consulta de enfermagem. Este instrumento contempla dados sobre a criança e a mãe, como história pregressa da mulher no que se refere à saúde obstétrica, realização de pré-natal, intercorrências na gestação e no parto, escolaridade materna, condições da criança ao nascimento, história pregressa de saúde da criança, antecedentes familiares, condições de vida, dados antropométricos, indicadores do desenvolvimento neuropsicomotor, interação social, linguagem, atitudes e habilidades, além de informações sobre imunização, alimentação, triagem neonatal, erupção dos dentes e as principais orientações que devem ser fornecidas aos pais pelo profissional assistente, bem como a respeito das necessidades de carinho e afeto, alimentação (aleitamento materno e introdução de sólidos), estimulação precoce, higiene, prevenção de acidentes e relação pais/família/bebê. No que se refere aos dados antropométricos, além das medidas de comprimento/estatura, peso e perímetro cefálico, foi incluída na avaliação a verificação do perímetro torácico até o terceiro mês de vida, medida sugerida por uma das bibliografias pesquisadas. A partir da leitura do referencial teórico, que aponta os primeiros anos de vida como período de grande desenvolvimento físico e mental, constatou-se a necessidade de avaliar a criança frequentemente, por isso, ao concluí-la, foi proposto que este acompanhamento à criança menor de um ano fosse realizado através de consultas de enfermagem mensais, pois nesta idade ela cresce e adquire novas habilidades quase que mensalmente. Para acompanhamento infantil durante o segundo ano de vida a pesquisa sugeriu três consultas, a primeira aos quinze meses, a segunda aos dezoito meses e a terceira aos vinte e quatro meses. A pesquisa também propôs a fortalecimento de uma estratégia ainda pouco difundida em algumas regiões do estado do Rio Grande do Sul: a Consulta de Enfermagem Pediátrica. Acreditou-se que o enfermeiro, aliando seus conhecimentos técnico-científicos à sua formação como educador em saúde, estaria preparado para exercer esse tipo de atenção. Esta não pretende substituir o trabalho do profissional médico, mas exercer um tipo diferenciado de atendimento, com ênfase na prevenção e educação em saúde, contribuindo assim para o fortalecimento da atenção básica.

Palavras-chave: crescimento e desenvolvimento, desenvolvimento infantil, puericultura, saúde da criança, enfermagem pediátrica, atenção primária à saúde.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

245 - O desenvolvimento dos adolescentes frente a sua cultura alimentar e o papel da estratégia saúde da família

Raquel Pötter Garcia*
Stefanie Griebeler Oliveira[†]
Simone Wünsch[‡]
Izaura Bica Domingues[§]

Introdução: Diante de problemas com as refeições na adolescência e tendências ditadas pela mídia do corpo perfeito, tornam-se necessários estudos que revelem dados antropométricos relacionados ao desenvolvimento e crescimento dessa população, bem como seus hábitos alimentares e seus significados. A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a fase adulta, podendo ser vivida e experienciada de maneira tranqüila ou conturbada, já que envolve o desenvolvimento do corpo aliado ao surgimento de hormônios. Dessa forma, há uma década este grupo de indivíduos passou a receber dos profissionais de saúde ações mais direcionadas às suas reais necessidades e é nessa perspectiva que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em consonância com suas diretrizes para uma assistência integral e contínua atenta para os seguintes fatores promotores de cuidado aos adolescentes: intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; busca pela humanização das práticas de saúde; desenvolvimento de ações inter setoriais de saúde; e o estabelecimento de vínculo com a população, o qual deve ser desenvolvido por meio da busca da realidade nutricional dos adolescentes que compõem sua área de abrangência. Deste modo, equipes de ESF em parceria com escolas públicas municipais e estaduais de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS), aspiram, com um projeto de pesquisa, investigar a realidade nutricional dos seus alunos adolescentes. **Objetivos:** Nesse sentido, esse estudo, busca por meio da investigação, descrever o perfil antropométrico, os hábitos alimentares e o significado dos alimentos para os adolescentes de escolas públicas, inseridas em áreas de ESF de um município do interior do RS. **Metodologia:** O trabalho será desenvolvido em dois momentos, sendo que o primeiro será a realização de um estudo transversal com abordagem quantitativa e, o segundo um estudo descritivo exploratório de cunho qualitativo. As escolas foram escolhidas pela afinidade que as equipes de ESF tem com as mesmas, bem como pela realização anterior de ações de parceria. Assim, o estudo envolverá duas escolas de ensino fundamental, uma municipal e outra estadual. A coleta de dados será realizada com oito turmas de quinta a oitava série, definindo assim, os sujeitos desta pesquisa, os quais estão compreendidos na fase da adolescência. Para a coleta de dados do primeiro momento, será realizada uma avaliação antropométrica com os adolescentes das escolas selecionadas para este estudo, a qual será desenvolvida da seguinte maneira: a balança de plataforma mecânica deverá estar apoiada sobre uma superfície plana firme e lisa, afastada da parede, travada e calibrada com a agulha em linha horizontal sob número zero;

* Autora. Relatora. Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, saúde e enfermagem da UFSM. End: Rua Professor Braga, 45/503. Centro. CEP: 97015-530. Santa Maria/RS. E-mail: raquelpotter_@hotmail.com

[†] Autora. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública e em Acupuntura. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSM. Membro dos Grupos de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem e do Núcleo de Estudos Interdisciplinares da Saúde da UFSM. E-mail: stefaniegriebeler@yahoo.com.br

[‡] Autora. Enfermeira, especialista em Saúde Pública, especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional, coordenadora do PSF5 – Presidente Vargas, São Luiz Gonzaga/RS. E-mail: simone.wunsch@gmail.com

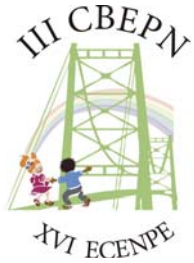
[§] Autora. Enfermeira Especialista em Saúde Pública, Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, coordenadora do PSF2 – Vila Trinta, São Luiz Gonzaga/RS. E-mail: izaaurabica@yahoo.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

para a medição, o adolescente será posicionado sem os calçados no centro do equipamento, com a cabeça livre de adereços e em posição ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo e a cabeça erguida olhando para um ponto fixo na altura dos olhos, com os calcanhares ombros e nádegas em contato com antropômetro/parede com os ossos internos dos calcanhares se tocando bem como a parte interna de ambos os joelhos; os pés unidos devem mostrar um ângulo reto com as pernas, para a realização da leitura. A análise dos dados dessa etapa utilizará como referência o Índice de Massa Corporal (IMC) sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual pontua os adolescentes que estão em baixo peso, peso normal e sobrepeso, sendo os dados apresentados em gráficos. Posteriormente a esta etapa, será feito um sorteio de quinze adolescentes de baixo peso, quinze de peso normal e quinze de sobrepeso, para definição de quem serão os entrevistados para mostra qualitativa. A fase qualitativa contemplará o método recordatório alimentar de 24 horas e uma entrevista semi-estruturada com questões relativas ao significado dos alimentos. Esta segunda etapa de coleta de dados ocorrerá após autorização da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, 32^a Coordenadoria Regional de Educação, bem como a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Santo Ângelo. Nesta segunda fase, os adolescentes serão entrevistados individualmente em sala exclusiva disponível na escola a que pertence. Nesta ocasião serão expostos e esclarecidos os objetivos da pesquisa, bem como será assegurada a confidencialidade dos dados pessoais, mantendo o anonimato do participante. Quanto aos princípios éticos, respeitando a Resolução 196/96, será enviado aos responsáveis legais do adolescente, a Carta de Informação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o retorno do mesmo, será lido e entregue a cada sujeito participante o termo de assentimento, sendo assinada em duas vias, uma ficando com as pesquisadoras e outra com os entrevistados. Será esclarecido que o estudo tem finalidade meramente científica, tendo como objetivo descrever o perfil antropométrico, o consumo alimentar, os hábitos de lazer e o significado dos alimentos para os adolescentes. A pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para os adolescentes e a participação na entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica. Após essa segunda coleta de dados, será realizada a análise dos mesmos, que será por meio da análise de conteúdo, possuindo as seguintes etapas: os dados resultantes da coleta de dados serão lidos exaustivamente, para ocorrer a “impregnação dos dados”; os dados serão reunidos, por afinidade, originando categorias; os dados serão discutidos fazendo uma “aproximação” com os autores de estudos acerca do tema em foco.

Resultados: Acredita-se que com os resultados encontrados e analisados desta pesquisa, poderão ser planejadas melhor as ações de saúde aos adolescentes das áreas de abrangência das ESF, principalmente a partir dos resultados dos significados dos alimentos na perspectiva do adolescente. Esses significados aproximarão a equipe dessa população em um aspecto cultural, permitindo que os profissionais não adotem imperativos comuns de prevenção de doenças e promoção de saúde, bem como, evitem comportamentos etnocêntricos. O etnocentrismo é uma forma de ver o mundo onde o nosso próprio é tomado como centro de tudo e de todos. Os outros são pensados e sentidos através de nossos valores, nossos modelos, nossas definições do que é a existência. Ou seja, está certo somente o que pensamos. A avaliação antropométrica permitirá um delineamento do perfil dos adolescentes das áreas de ESF envolvidas neste estudo, para conhecimento do tipo de adolescente predominante nessas regiões, tais como baixo peso, peso normal, ou sobrepeso. Em caso de alterações, esses sujeitos serão devidamente encaminhados para acompanhamento. Os resultados do método recordatório também são relevantes, pois possibilitarão o conhecimento dos alimentos que predominam no cotidiano das famílias desses adolescentes, além de, revelar aspectos sociais da alimentação. **Conclusões/Recomendações:** Por este estudo envolver apenas duas escolas, recomenda-se que seja realizado em outros locais, tanto



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

como área de abrangência de ESF, quanto outras cidades, pois como envolve perspectiva cultural, e outros aspectos sociais, culmina em uma diversidade de possíveis resultados a serem levantados e analisados, não permitindo uma generalização dos resultados. Isto se faz necessário, para que as ações de saúde sejam planejadas de acordo com as necessidades locais de cada área de abrangência da unidade. Nesse contexto, o papel do enfermeiro, muitas vezes como coordenador de um ESF, é decisivo nas ações a serem desenvolvidas, e especificamente no que se refere aos adolescentes por tratar-se de um público de importante relevância e que necessita também de ações que favoreçam suas reais necessidades psicossocioambientais.

Palavras-chave: hábitos alimentares, adolescente, antropometria, cultura.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

246 - Avaliação da morbidade nos recém-nascidos de risco durante o primeiro ano de vida na cidade de Maringá Paraná

Vivian Carolina Benetti Jacinto*
Silvanir Pereira Higino Sandrigo[†]
Darci Aparecida Martins Corrêa[‡]

Introdução: Com os avanços tecnológicos, a sobrevivência de recém nascidos (RN) de risco, ou seja, aqueles com problemas decorrente da gestação e do parto, é cada vez mais freqüente. O RN de risco possui a maior chance de morrer durante ou logo após o parto e também no decorrer do primeiro ano de vida, em função das seqüelas que pode apresentar. Também podem indicar um RN de risco a presença de indicadores de risco gestacional, relacionados tanto a fatores biológicos, como história de doenças hereditárias, quanto a fatores comportamentais como etilismo, uso de drogas; ou socioculturais, nível educacional baixo, adolescência; além de toda história obstétrica. O Ministério da Saúde (MS) considera como crianças de risco as que apresentam pelo menos um desses critérios: residência em área de risco; baixo peso ao nascer (< 2500g); recém-nascido (RN) com menos de 37 semanas de idade gestacional; asfixia grave (apgar < 7 no 5º minuto de vida); internamento ou intercorrência na maternidade ou em unidade de assistência ao RN; receber orientações especiais a alta da maternidade ou em unidade de assistência ao RN; ser filho de mãe adolescente (< 18anos); ser RN de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo) e haver história de morte de crianças < 5 anos na família. Portanto, como o RN de risco pode apresentar instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica como conseqüências de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, prematuridade, asfixia perinatal e problemas durante a gravidez deve receber uma assistência adequada para que não venha a sofrer seqüelas que prejudicarão seu desenvolvimento e até a morte. Assim, com o intuito de reduzir a mortalidade infantil, o Ministério da Saúde, recomenda "garantir o acompanhamento do RN após a alta do hospital, por meio da implementação do programa da vigilância do RN de risco". O que o Ministério da Saúde propõe é o acompanhamento ambulatorial, para que se assegure a continuidade da assistência ao bebê e sua família; avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre o bebê e sua família; detectar e intervir nas situações de risco como ganho de peso inadequado, sinais de refluxo gastroesofágico, infecções, apnéias, entre outros, assegurando que o bebê receba toda a assistência necessária, respeitando em todos os momentos os vínculos entre a mãe e o bebê. A expectativa da mãe e dos familiares quanto à chegada do bebê é composta de vários sentimentos como o amor, o medo, a ansiedade, a preocupação, a insegurança, entre outros fatores socioeconômicos e culturais, e quando o bebê é um RN de risco estes sentimentos se potencializam alterando o processo de adaptação familiar. Com isso torna-se necessário um suporte à relação família-bebê, pois esta relação tem grande valor para o futuro desenvolvimento do bebê. Assim, acredita-se que a assistência junto aos RN de risco deva priorizar não apenas o aspecto biológico, mas também o emocional, sociocultural, econômico e político e que os problemas identificados e as metas estabelecidas para serem alcançadas, priorizem o suporte a ser oferecido a essas famílias, de forma que elas possam enfrentar com sucesso as situações advindas do nascimento de uma criança de risco e todas as demandas de cuidado deste filho. Porém, a forma como esta situação é vivenciada no

* Acadêmica do 4º ano de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Endereço: Rua Mandaguari, 152, apto. 604, Maringá-PR, CEP:87020-230. Fone: (44)9919-6019. viviancarolinaj@hotmail.com

[†] Acadêmica do 4º ano de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

[‡] Enfermeira, Doutora pela UMESP; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

cotidiano do domicílio ainda não é devidamente conhecida pelos profissionais de saúde. Assim, os dados coletados ao longo do primeiro ano de vida das crianças deste estudo, poderão auxiliar na atuação dos profissionais de saúde e no estabelecimento de políticas assistências voltadas para este segmento populacional que sejam mais abrangentes e direcionadas para as reais necessidades experienciadas por famílias de crianças com maior risco de morbi-mortalidade. Isto porque uma assistência integral pode interferir positivamente no crescimento e desenvolvimento adequado da criança nascida de risco e também na qualidade de vida da família como um todo. Para tanto, esta assistência deve ser pautada em ações de promoção da saúde física e mental de todos os membros da família, prevenção de doenças específicas da idade, decorrentes, por exemplo, do desmame precoce, mas também com vistas a oferecer os recursos necessários para o bom acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. **Objetivo:** Conhecer o perfil social e de morbidade do RN de risco durante o 1º ano de vida na cidade de Maringá-Paraná. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório do tipo coorte que foi realizado com todas as crianças de mães residentes nascidas no município de Maringá – PR, no período de 1º de agosto de 2008 a 31 de julho de 2009 e que foram incluídas no Programa de Vigilância do Bebe de risco do município. As crianças foram acompanhadas por um período de 12 meses, nos quais foram realizadas seis visitas: aos 15 dias e aos 30 dias de vida, aos 3, 6, 9 e 12 meses de vida. Em todas as visitas foram coletados dados por meio de entrevista e exame físico da criança. O instrumento utilizado na entrevista foi um questionário do tipo misto contendo questões referentes à família, mãe e criança. O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196 do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá. A solicitação de participação no estudo foi feita pessoalmente, junto a todas as mães residentes no município, que tiverem filhos nascidos no período de 01/02/08 a 31/07/08 e que foram classificados pelo setor de Vigilância do município como RN de risco, e nesta ocasião, foram informadas os objetivos do estudo, os procedimentos a serem adotados, o tipo de participação desejada, a livre opção em participar ou não sem qualquer prejuízo para a assistência destas crianças e/ou familiares, a possibilidade de retirar esta autorização em qualquer momento que desejasse, o compromisso em garantir sigilo e anonimato das informações, o número de visitas inicialmente previstos e o tempo provável de duração de cada visita. Após o esclarecimento, as mães das crianças que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Para análise e agrupamento dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2003. Para o presente trabalho, foi selecionada aleatoriamente uma amostra de 121 bebês considerados de risco, do total de 369 bebês acompanhados. **Resultado e Discussão:** Em se tratando do perfil social, das famílias selecionadas para o estudo, 33,9% recebem de 2 a 4 salários e têm de 2 a 5 dependentes, sendo que, 52,1% moram em casa própria e 36,4% dividem quintal. No que se refere a presença de animais domésticos 59,5% das famílias possuem um animal de estimação. Quanto a idade materna, o predomínio da faixa etária foi de 23 a 28 anos, e 40,5% das mães tiveram seus filhos nascidos com idade gestacional de 37 a 41 semanas e os demais nasceram com idade gestacional inferior a 36 semanas. Quanto aos motivos de inclusão destes bebês no projeto, a idade gestacional menor que 36 semanas foi a que mais predominou perfazendo um total de 34,7%, ficando a idade materna menor que 17 anos, com 20,7% e peso do recém-nascido inferior a 2.500g, com 18,2%. No que se refere a morbidade, ou seja, o número de casos de doenças ou a soma de agravos a saúde que atingiram o grupo de bebês acompanhados no projeto, 61,2% apresentaram alguma patologia, sendo as infecções das vias aéreas superiores (IVAS), com 36,3% dos casos a maior causa de doença. Dentre as IVAS, a gripe foi a de maior prevalência, seguida de otite, laringite, amigdalite, pneumonia, bronquite e bronquiolite. Alguns bebês apresentaram em menor número de



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

casos virose, anemia, meningite, diarreia, alergia. As IVAS são as doenças mais frequentes durante a infância, acometendo um número elevado de crianças, de todos os níveis sócio-econômicos e por diversas vezes. Quanto aos agravos de saúde, 55,4% dos bebês ficaram internados durante o primeiro ano de vida, 81,8% fizeram uso de medicações, especialmente antibióticos, 58,7% tiveram algum tipo de intercorrência, entre as quais icterícia, com 6,6% dos casos e refluxo gastroesofágico, com 3,3%. De todo o grupo de bebês acompanhado, 38,8% não apresentaram nenhuma doença e ou agravos de saúde. O meio em que vivemos está repleto de bactérias, diante das quais, o sistema imunológico do bebê, ainda imaturo, fracassa na tentativa de defender o corpo desses microorganismos. Durante os três primeiros meses de vida, o risco de enfermidades respiratórias é maior, sendo que o resfriado, faringite aguda, otite, bronquite, problemas nas amígdalas e pneumonia encontram nos pequenos um espaço para se desenvolver. **Conclusão:** Pôde-se observar com este estudo que as crianças estão sujeitas a adquirir problemas respiratórios com mais facilidade, e que as principais morbidades que os mesmos apresentaram tiveram relações com o trato respiratório, tanto superior como inferior. Fazer o acompanhamento desses bebês até um ano de vida foi importante para nós no sentido de nos dar uma visão de como estava sendo o desenvolvimento desses bebês, as principais afecções que acometeram, e então atuarmos com estratégias direcionadas para as reais necessidades experienciadas por essas crianças com maior risco de morbi-mortalidade e seus familiares.

Palavras-chave: saúde da criança, recém-nascido de risco, morbidade.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução a mortalidade infantil. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/pb_assuntos/saude_crianca.htm. Acesso em 15/08/2009.
2. Jornal de Pediatria - vol. 80, nº 6, 2004, pgs. 503-510. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n6/v80n6a13.pdf>. Acesso em 20/08/2009.
3. Kenner C. Enfermagem Neonatal. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Reichmam e Affonso; 2001.
4. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem *na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A, 2002.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

247 - Mãe adolescente e o uso de métodos contraceptivos*

Nicole Bonacolsi[†]
Silvana Kempfer[‡]
Sonia Meincke[§]
Ariane Thaise Frello^{**}

As reflexões acerca da sexualidade na adolescência e o seu significado enquanto perspectiva de autonomia e liberdade no âmbito social e familiar tem despertado crescente interesse de grupos de pesquisadores. Considerando esta fase como um momento de mudanças estruturais na vida pessoal da adolescente, ela passa a fazer escolhas, inclusive às relacionadas à suas opções sexuais. Estabelece-se neste cenário, um caloroso debate no país sobre a necessidade de regulação da sexualidade juvenil, tendo em vista um suposto desregramento das práticas sexuais o qual passa a ser considerado um argumento forte comumente invocado, para justificar a reprodução nessa fase da vida e seu desdobramento nem sempre desejado nesta trajetória¹. Compreender o mundo da adolescente e sua linguagem significa identificar suas conexões familiares, sociais, seus vínculos com amigos, suas escolhas amorosas e suas decisões acerca de como vivencia sua sexualidade. A forma como o adolescente movimenta-se neste contexto determina suas redes de apoio. A enfermagem, ao longo dos anos, observa as diversidades comportamentais das adolescentes por meio de estudos que envolvem este período os quais, geralmente remetem à sexualidade ou a maternidade precoce. A adolescência é uma fase de profundas transformações biológicas que influenciam o ser humano na transição para a vida adulta e o início da vida sexual. Para tanto, a sexualidade, nesta fase, deve ser tratada de forma natural, já que os hormônios e as características sexuais secundárias estão evidentes neste momento. As atenções não devem estar voltadas exclusivamente ao uso de métodos contraceptivos, mas também, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a prevenção de gravidez indesejada, pois vivenciar a maternidade neste período acarreta mudanças bruscas, já que há uma nova carga de responsabilidades. A partir das informações supracitadas constitui-se a questão delimitadora deste estudo: Quais os motivos que levam a mãe adolescente ao uso de métodos contraceptivos? Este trabalho caracteriza-se por uma pesquisa quali-quantitativa, sendo um recorte de um estudo multicêntrico que busca conhecer as redes de apoio à paternidade na adolescência que ocorre em três universidades federais do Brasil aprovado pelo comitê de ética sob protocolo nº 007/2008. O estudo tem como foco o delineamento do perfil das mães

* Pesquisa Redes Sociais de Apoio à Paternidade na Adolescência-RAPAD financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde nº 022/2007. Email: rapad@ufpel.edu.br

[†] Graduada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, coletadora de dados do RAPAD, bolsista voluntária de iniciação científica, integrante do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando. E-mail: nicolebonacolsi@yahoo.com.br

[‡] Enfermeira, professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC, bolsista de apoio técnico do CNPQ, membro do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) no PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: silvanakempfer@yahoo.com.br

[§] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia (FEO) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Rua: Quinze de novembro, 209, Centro, Pelotas-RS, CEP: 96060-100-Fone/Fax: (53)3278-6475. E-mail: meincke@terra.com.br

^{**} Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação no Departamento de Enfermagem da PEN/UFSC. Bolsista do Capes. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). E-mail: arianetfr@hotmail.com.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

adolescentes, referentes à sua sexualidade e o uso de métodos contraceptivos, para isto, utiliza-se de um instrumento semi-estruturado quali-quantitativo, onde foram entrevistadas cinquenta e oito puérperas no alojamento conjunto de um hospital universitário do Sul do Brasil. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e demonstrados em percentual. A gravidez pode representar para algumas mulheres uma possibilidade de reconhecimento social, nos ambientes nos quais há poucas perspectivas de atingi-lo por outras vias, podendo transformar-se em um fator motivador, em um mundo de poucas alternativas educacionais, profissionais e afetivas desejáveis². A maternidade é uma experiência humana que envolve a mulher em sua multidimensionalidade, sendo influenciada pela sua história pessoal, e caracteriza-se não somente enquanto um evento individual, mas também uma situação social³. A gravidez na adolescência afirma esta percepção, já que remete a um maior cuidado da família em função da gestante. Nesse sentido, o uso de métodos contraceptivos deve ser abordado abertamente no âmbito familiar, escolar e nos serviços de saúde para que a iniciação sexual não seja vista mais de forma preconceituosa, pois isto pode significar o distanciamento dos adolescentes pela procura de informações confiáveis, ou o uso incorreto dos métodos contraceptivos por falta de orientação⁴. Os dados coletados nas entrevistas demonstram que 18,96% iniciaram a vida sexual entre 10-13 anos, 72,41% entre 14-17 anos, e 8,6% entre 18-19 anos. Considera-se a idade um marcador importante da iniciação sexual e deveria ser considerada muito seriamente na elaboração e implementação de estratégias de promoção da saúde reprodutiva e sexual dos adolescentes, sem que haja, contudo, generalizações¹. Quanto ao uso de métodos contraceptivos, observa-se que 67,24% utilizam e 32,75% relatam não utilizar, nesse sentido, é possível perceber que, o contexto do relacionamento é um elemento determinante no uso ou não de preservativo pelos adolescentes, agravado pelas imposições que os papéis de gênero determinam aos jovens em suas performances afetivo-sexuais, já que, apesar do uso de método contraceptivo, houve a gravidez⁴. Os dados demonstram também que 100% das puérperas adolescentes utilizavam métodos contraceptivos para evitar filho, 58,97% para evitar doenças sexualmente transmissíveis, 35,89% para regular o ciclo menstrual e 51,28% por outro motivo, o que pode caracterizar a preocupação das adolescentes quanto à gestação indesejada na adolescência como o motivo principal ao optarem pelo uso do método, corroborando com a afirmação de que a gravidez na adolescência pode representar alterações não somente psicológicas e sociais, mas, também, pode influenciar a ocorrência de abortos³. Os dados abstraídos da pesquisa demonstram que a adolescente usa método contraceptivo na maioria das vezes para evitar gravidez indesejada, e todas as entrevistadas relatam usar algum tipo de método, porém mesmo assim, experenciam uma gestação na adolescência, o que parece dicotômico. O estudo revela ainda que o início da vida sexual da adolescente ocorre na maioria das vezes entre quatorze e os dezessete anos, onde muitas delas têm suas primeiras experiências com parceiros, nesse sentido, parece que a decisão mais importante em relação as suas práticas contraceptivas é tomada quando inicia sua vida sexual. Considera-se então que a conscientização referente à como a adolescente deve conduzir sua vida, precisa ser anterior ao início da atividade sexual, sendo crucial para evitar a gravidez imprevista e práticas sexuais desprotegidas⁴. A partir dos dados supracitados, é possível concluir que a adolescente faz o uso incorreto dos métodos contraceptivos por não saber a real importância que os mesmos têm. Isto pode ser explicado pela imensidão pessoal e social na qual a mesma está inserida e a sua perspectiva de futuro, considerando-se fato que a gravidez não é planejada, porém passa a ser desejada. As adolescentes acreditam no método contraceptivo como forma de prevenção à gravidez, mas não inserem o mesmo em todas suas relações sexuais, ou fazem o uso inadequado, provocando assim, a gravidez precoce e suas conseqüências. Para melhorar a orientação e respaldo dado à adolescente que inicia a atividade sexual, é necessário maior envolvimento familiar e melhor capacitação dos



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

profissionais da área da saúde, os responsáveis pelo cuidado a esta adolescente em todas as fases de seu desenvolvimento, servindo de apoio secundário. Estas medidas visam melhorar as informações disponibilizadas a esta adolescente, prevenindo assim, todas as consequências indesejadas causadas pelo ato sexual desprevenido.

Palavras-chave: enfermagem, gravidez na adolescência, métodos contraceptivos.

Referências:

1. Borges ALV et al. Fatores **associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7):1583-1594, jul, 2007
2. Levandowski DC et al. **Maternidade Adolescente**. Estudos de Psicologia, Campinas 25(2): 251-263, abril – junho, 2008.
3. Zampieri, MFM; Garcia, ZRO; Boehs, EA; Verdi M. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher**, Textos Fundamentais- Série Atenção Primária à Saúde. 1 ed.vol.2 Florianópolis: Departamento de Enfermagem CCS/UFSC, 2007.
4. Alves CA, Brandão ER. **Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva 14(2):661-670, 2009.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

248 - Gravidez na adolescência e acompanhamento pré natal*

Saionara Nunes de Oliveira[†]

Silvana Kempfer[‡]

Telma Elisa Carraro[§]

Sonia Meincke^{**}

A adolescência é uma fase de muitas transformações físicas e psicológicas considerada como um momento de transição sobremaneira marcante, e que comumente desencadeia uma crise existencial em quem a vivencia. Não há ainda neste período, maturidade psicológica, por isto, conhecer, compreender, desvelar a significação desta transição devem ser habilidades fundamentais, pois facilitam a relação intersubjetiva entre o enfermeiro e o ser que a vivencia¹. Uma gestação neste momento pode configurar-se em uma experiência não tão prazerosa, suscitando sentimentos de angústia e indecisão quanto a seu futuro. Neste momento, o ser adolescente gestante somente poderá expor seus temores, dúvidas, angústias, dificuldades, expectativas frente a esse acontecimento nunca antes experienciado, se perceber segurança e acolhimento, estabelecendo vínculo e suporte confiável, em meio a tantas modificações e sensações novas¹. Por isso a importância da realização de um pré-natal humanizado que garanta a detecção precoce de anormalidades, deve prevenir complicações que possam repercutir em danos para a mãe ou para o bebê, além de oferecer apoio e auxílio nessa fase de mudança. O Ministério da Saúde defende a realização do pré-natal instituindo como objetivo principal o acolhimento da mulher desde o início da gestação, para que no fim da gestação, possa ocorrer o nascimento de uma criança saudável garantindo o bem estar materno e neonatal². Considerando a adolescência uma fase de inúmeras oportunidades de desenvolvimento pessoal, a gestação neste momento deve proporcionar bem estar e oportunidades de fortalecimento de vínculos sociais e familiares e permitir que a adolescente gestante mantenha uma estrutura familiar equilibrada e feliz. Tais assertivas suscitam a questão norteadora deste estudo: Qual é a realidade do pré-natal oferecido as adolescentes? Esta pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico em andamento, intitulado Redes Sociais de Apoio a Paternidade na Adolescência, desenvolvido em três Universidades Brasileiras em três Hospitais Universitários, aprovado pelo Comitê de Ética sob o Protocolo nº 007/2008. O recorte aqui proposto trabalha com as questões referentes ao pré-natal, sendo que foi utilizado um questionário semi-estruturado entre as estratégias de coleta de dados desenvolvidas pelo RAPAD, a entrevista à mãe adolescente ainda no alojamento conjunto

* Pesquisa Redes Sociais de Apoio à Paternidade na Adolescência-RAPAD financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde nº 022/2007. Email: rapad@ufpel.edu.br

[†] Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, coletadora de dados do RAPAD, bolsista voluntária de iniciação científica, integrante do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando. Servidão Donato José Alves, 117. Córrego Grande, Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88037-415. E-mail: saionaranunes@gmail.com

[‡] Enfermeira, professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC, bolsista de apoio técnico do CNPQ, membro do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) no PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: silvanakempfer@yahoo.com.br

[§] Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) no PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: telua@hotmail.com

^{**} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia (FEO) da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Rua: Quinze de novembro, 209, Centro, Pelotas-RS, CEP: 96060-100-Fone/Fax: (53)3278-6475. E-mail: meincke@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

propiciou um banco de dados significativo. Para a obtenção destes dados, utilizou-se 58 instrumentos aplicados entre os meses de março a junho de 2009. Das 108 questões que compõem o instrumento, foram tabuladas 13 questões relacionadas ao pré-natal. Os dados coletados foram analisados conforme a estatística descritiva e apresentados em percentuais. Observou-se nesta amostra que todas as puérperas entrevistadas realizaram pré-natal, destas, 56% realizaram 7 consultas ou mais, 37% realizaram de 4 a 6 consultas e 5%, menos de 4 consultas. O Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas pelo menos 6 consultas de pré natal². Destas consultas, 50% foram realizadas ainda no primeiro trimestre de gestação como é preconizado, o que demonstra o interesse da gestante em procurar o serviço imediatamente após desconfiar empiricamente que está grávida. Tal atitude pode representar um período gestacional mais tranquilo, na medida em que o acompanhamento da equipe multiprofissional é fator preponderante para esta condição. A grande maioria das entrevistadas, ou seja, 98% realizaram o pré-natal na rede pública de saúde e em 54% dos casos o pai participava das consultas. O serviço público de saúde oferece todas as oportunidades de acompanhamento multiprofissional para a gestante vivenciar este período com segurança, pois, além dos profissionais, oferece ainda exames, acompanhamento nutricional, psicológico, medicamentos e ainda, atenção em caso de gestação de risco. Nesse sentido, quanto à realização de exames durante o pré-natal, todas referiram tê-los realizado em alguma proporção, mesmo quando não conheciam o significado ou o que aquele exame estava buscando, tendo em vista que 86% das puérperas afirmaram ter recebido orientações sobre esses exames e 14% afirmaram não ter recebido nenhuma orientação. Assim, 88% realizaram exame de urina (E.Q.U.), 98% realizaram exame anti HIV, 90% realizaram exame de glicemia, 91% realizaram exame VRDL, 3% realizaram COOMBS, 86% realizaram exame de toxoplasmose, 91% realizaram hemograma, 94% tipagem sanguínea, 84% hepatite B, 29% CP de colo uterino, 55% ultra-som, 65% outros. Verifica-se baixa incidência do exame de colo uterino, o que pode representar certo estigma quanto ao exame do útero por seu vínculo a possíveis abortos por conta da manipulação o que dificulta sobremaneira a detecção de doenças sexualmente transmissíveis ou outro tipo de patologia no colo uterino e vagina. Além dos exames, as consultas do pré-natal configuram-se em momentos importantes de troca de informações e de orientações entre os profissionais e a gestante adolescente, por isto, deve haver um movimento de aproximação da equipe gerando assim um ambiente de confiança onde tudo possa ser falado sem preconceitos. Nesse sentido, ao serem indagadas a respeito das orientações na consulta de pré-natal, 71% das entrevistadas afirmaram ter recebido orientações sobre o trabalho de parto e parto e destas, 80% afirmaram que estas informações as ajudaram no momento do trabalho de parto e parto, porém, 75% das adolescentes disseram que não puderam discutir outras preocupações de suas vidas durante as consultas de pré-natal, o que pode evidenciar falta de espaço de diálogo ou falta de intimidade entre a equipe e a gestante. Com relação à participação do pai do bebê, 54% do pré-natal teve sua participação em pelo menos uma das consultas, o que demonstra cuidado e afeto com a sua companheira e com o filho que vai nascer. Numa escala que classifica o atendimento do pré-natal, 34% classificaram este atendimento como muito bom; 40% como bom. Por isto, quando a equipe de saúde que acompanha a gestação não está sensibilizada para a importância da criação de vínculo com a gestante, aumenta-se o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento do pré-natal³. As ações governamentais convergem na manutenção de serviços públicos de atendimento à gestante que atendam às necessidades deste período, tanto em situações normais bem como em gestações de risco, evitando maiores transtornos com o binômio mãe-filho, o que não é tão raro, como demonstram os dados, onde 55% das puérperas referem ter apresentado alguma intercorrência durante a gestação, destas 69% apresentaram infecção urinária; 9% hipertensão arterial; 37% apresentaram anemia e 25%, outras intercorrências, considerando todas estas como passíveis



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de resolução neste período sem maiores danos ao bebê ou a gestante, se monitorados durante toda a gestação. Pode-se perceber com este estudo que as adolescentes procuram atendimento durante a gravidez e que os serviços estão preparados tecnicamente para oferecer todo o suporte preconizado para o acompanhamento da gestação, algumas rotinas, porém não se mostraram tão freqüentes como a realização do exame CP de colo uterino que deveria ser abordado melhor no pré-natal, visto que “esta medida poderia contribuir para redução da mortalidade por uma doença relativamente freqüente e quase sempre evitável⁵”. A comunicação efetiva entre profissionais da saúde e gestante deve ocorrer de forma clara, nota-se um bom empenho da equipe profissional em explicar a importância da realização de exames médicos, no entanto percebe-se uma lacuna no que se refere a uma maior humanização do cuidado com essas adolescentes ao pensarmos que a maioria delas referiu não poder discutir outras preocupações de sua vida com o profissional de saúde que acompanhou seu pré-natal durante aproximadamente nove meses, sendo assim entendemos que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com atitudes de acolhimento⁴.

Palavras-chave: enfermagem, gravidez na adolescência, cuidado pré-natal

Referências:

1. Machado Margareth Voig P; Zagonel Ivetete Palmira Sanson. O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. *Cogitare Enferm.* 2003;8(2):26-33.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.p 10.
3. Almeida Cristiane Andréa Locatelli de; Tanaka Oswaldo Yoshimi. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública* . 2009 Fev ; 43(1): 98-104. Disponível em: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Desktop/artigo%20Pr%C3%A9%20natal%20IV.htm. Acesso em: 26/08/09.
4. Santos Daiane Ribeiro dos; Maraschin Maristela Salete; Caldeira Sebastião. Percepção dos Enfermeiros frente á gravidez na adolescência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Cascavel, v. 6, n. 4, p.479-485, 2007. Out./Dez. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/3684>. Acesso em: 25 ago. 2009.
5. Gonçalves Carla Vitola. Perdas de oportunidades na prevenção de câncer de colo uterino durante o pré-natal em um município do Rio Grande do Sul, Brasil. 2008. 66 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

249 - Paternidade na adolescência – percepções acerca de suas redes de apoio*

Bárbara Cristina Tavares[†]
Silvana Kempfer[‡]
Ariane Thaise Frello[§]
Sônia Meincke^{**}

A adolescência constitui-se numa fase de desenvolvimento humano na qual os adolescentes vivenciam mudanças. Por esse motivo, vivenciar a paternidade na adolescência é experimentar transformações, construções e reconstruções. Alguns estudos levam em consideração que a gravidez no período da adolescência limita as oportunidades de suas próprias vidas. Afastam os jovens dos estudos, fazem-nos entrar no mercado de trabalho precocemente e impõe uniões conjugais, em virtude do nascimento de bebês. Constituído-se num importante papel na construção da identidade masculina, uma vez que a virilidade masculina consolida a imagem de um homem responsável, adulto e capaz de cuidar de sua família¹. A inclusão do pai, em especial, o adolescente, no transcurso do processo da gravidez e no período puerperal deve ser vista como parte da humanização do cuidado no nascimento e parto. Cabe ressaltar ainda que a presença do pai constitui-se num fator preponderante para o desenvolvimento psicossocial da criança, uma vez que o mesmo é capaz de educar, dar atenção e carinho ao próprio filho, estabelecendo, assim, relacionamentos construtivos². Além da família no processo de rede social, destacam-se ainda os amigos, escola, vizinhos, hospitais, Unidades Básicas de Saúde, como parte integrante da atenção que é dada a esse jovem pai. A pesquisa está sendo realizada em três hospitais universitários vinculados as universidades públicas de três estados brasileiros. No que diz respeito aos aspectos éticos, antes do início do estudo, foi obtido o consentimento formal das instituições participantes e aprovação pelo Comitê de Ética da UFPel, sob o nº. 007/2008. Esta pesquisa é um recorte do referido estudo multicêntrico e busca apreender a forma como o pai adolescente vivencia a paternidade nessa fase do desenvolvimento humano e sua relação com as redes de apoio. É sujeito, o pai adolescente, indicado pelas puérperas adolescentes no estudo quantitativo que atende ao critério de inclusão ser legalmente considerado adolescente e como critério de exclusão a dificuldade de comunicação. O estudo utilizou-se de entrevista semi-estruturada para a coleta dos dados do pai. Fazem parte desta pesquisa vinte e seis pais, entrevistados entre dezembro de 2008 a junho de 2009. Os dados coletados foram analisados conforme a metodologia da análise de conteúdo de Bardin³. Constata-se que a maioria dos adolescentes revelou ser casados ou viverem com a companheira, o que rompe com diversos conceitos e

* Pesquisa Redes Sociais de Apoio à Paternidade na Adolescência-RAPAD financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde nº 022/2007. Email: rapad@ufpel.edu.br

[†] Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Bolsista PIBIC/CNPq, integrante do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando. Rua: Barão Von Wangenheim, 179. Jardim Atlântico. Florianópolis-SC. CEP: 88090-460. Fone: 9994-8565. E-mail: barbaratavares22@gmail.com

[‡] Enfermeira, professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC, bolsista de apoio técnico do CNPq, membro do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) no PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: silvanakempfer@yahoo.com.br

[§] Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação no Departamento de Enfermagem da PEN/UFSC. Bolsista do Capes. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C).

^{**} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia (FEO) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Rua: Quinze de novembro, 209, Centro, Pelotas-RS, CEP: 96060-100-Fone/Fax: (53)3278-6475. E-mail: meincke@terra.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

estereótipos que a sociedade atribui ao adolescente, como: irresponsabilidade, imaturidade sexual e cognitiva. O que desfaz também com a égide de muitos estudos que associam o casamento como algo punitivo, ou seja, que o jovem considera a união conjugal desnecessária. O grau de escolaridade desses jovens revela que o ensino fundamental completo prevalece sobre o incompleto, já o ensino médio incompleto prevalece sobre o completo. Quando indagados se estudavam atualmente, a maioria revela que não, sendo o principal motivo da evasão escolar a necessidade de trabalhar. O que indica que a gravidez na adolescência produz este impacto considerado negativo na vida escolar do pai adolescente. Dessa forma, compreende-se que não é somente a mãe adolescente que se envolve com a gravidez precoce, o pai também tem efetiva interação neste momento. Observa-se ainda que a maioria percebe um ganho mensal entre um e três salários mínimos. Quando questionados sobre quem era o chefe da família a maioria referiu ser ele mesmo (pai adolescente), seguido pelo sogro. O que remete a perspectiva de que a paternidade nessa fase amadurece e faz com que o jovem se torne responsável precocemente, pois há mudança em status social, ou seja, o adolescente passa da adolescência para a vida adulta rapidamente. E esse se constitui num importante papel na construção da identidade masculina, uma vez que a virilidade masculina consolida a imagem de um homem responsável, adulto e capaz de cuidar de sua família. Os resultados sugerem que a presença do pai pode constituir-se num fator preponderante para o desenvolvimento psicossocial da criança, uma vez que o mesmo é capaz de educar e dar atenção, carinho ao próprio filho, estabelecendo, assim, relacionamentos construtivos. A pesquisa indica também que ao falar sobre paternidade na adolescência, deve-se discuti-la na vertente sistêmica, ou seja, enfocando a família e as demais redes de apoio como um sistema organizado, fazendo com que haja melhora no cuidado, conforto dado ao pai adolescente e, conseqüentemente, a sua família. Portanto, considerar apenas a mãe como merecedora de cuidado e conforto é não compreender que o novo processo de paternar (aquele cujo pai constitui-se num membro ativo e participativo na atenção dada ao filho) é a mais nova forma de exercício da paternidade⁴. Entretanto, desconsiderar esse viés negativista sobre a paternidade na adolescência é preocupante, uma vez que pode contribuir para que esse jovem pai não assuma responsabilidades perante a gravidez da companheira. Assim como, contribuir na omissão dos serviços de saúde e educação já que o adolescente é considerado (por alguns) sem capacidade de discernir quanto ao futuro de sua vida, implicações dos seus atos, independente do mesmo ter ou não optado ser pai antes da idade adulta⁵. Outro enfoque da pesquisa refere-se às redes sociais, que por sua vez constituem-se em fenômenos coletivos que envolvem diversos atores e troca de informações, propiciando dessa maneira, a inovação do conhecimento e a melhora do cuidado e conforto fornecido ao adolescente. Ressalta-se que as redes sociais constituem-se em fenômenos coletivos que envolvem diversos atores e troca de informações, propiciando dessa maneira, a inovação do conhecimento⁶. Percebe-se, portanto que os pais quando indagados acerca de quem recebe apoio, revelam principalmente a família, mesmo quando a estrutura familiar não possa ser considerada como tradicional, por conta de que em diversas situações não menciona a presença do pai. Considera-se a história de vida desse adolescente uma condição única para a compreensão de suas fragilidades, o que se configura em importante subsídio para as práticas de cuidado e, conseqüentemente na prática de educação em saúde, evitando realizar um cuidado estático que não possibilita ajustes conforme a história de cada ser⁷. Vale à pena ressaltar que nos 20 anos de Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em contrapartida à Saúde da Mulher. Por esse motivo acreditamos que este estudo contribui para o enriquecimento da temática, ampliando assim o destaque para o cuidado e conforto voltado ao homem, nesse caso, adolescente⁸. A paternidade na adolescência vem sendo visualizada em alguns estudos atuais, o que demonstra a relevância social desta temática, visto que o número de pais



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

adolescentes é expressivo sendo pouco compreendidos ainda, os mecanismos de adaptação deste jovem à este novo papel em sua vida, principalmente se a gravidez não foi planejada. O presente estudo evidencia que as maiorias dos pais adolescentes estão junto com a mãe de seu filho, que trabalham, não estudam e consideram-se os chefes de suas famílias, o que nos remete à resignificação da família e sua importância para os jovens pais, sobrepunando outros valores como a perda da liberdade, demonstrando que apesar de sua juventude, têm responsabilidade, apego, companheirismo e condições plenas de constituir família.

Palavras-chave: paternidade, adolescente, enfermagem.

Referências:

1. Cabral, CS. Gravidez na adolescência e identidade masculina: repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v.19, n.2, jul./dez. 2002.
2. Mazzieri, SPM, Hoga, LAK. Participação do pai no nascimento e parto: revisão da literatura. *Rem: Rev. Min. Enferm.*, abr./jun. 2006, vol.10, n.2, p.166-170.
3. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
4. Correa, ACP, Ferriani, MGC. Paternidade na adolescência: um silêncio social e um vazio científico. *Rev. gaúcha enferm.*, dez. 2006, vol.27, no.4.
5. Orlandi, R, Tonelli, FMJ. Adolescência e paternidade: sobre os direitos de criar projetos e procriar. *Psicologia em Estudo*, 2008, vol.13, n. 2.
6. Tomaél, MI, Alcará, AR, Di Chiara, IG. Das redes sociais à inovação. *Ci. Inf.*, Brasília, v.34, n.2, p.93-104, maio/ago. 2005.
7. Ferreira, MA; Alvim, NAT, Teixeira, MLO, Veloso, RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 2007, vol.16, n. 2.
8. Meincke, SMK; Carraro, TE. Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente. *Texto Contexto- Enfermagem*. Florianópolis, v. 18, n. 1 mar. 2009.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**251 - O brinquedo terapêutico permitindo o resgate do trauma: uma vivência no
Ambulatório do Centro Assistencial Cruz de Malta – SP***

Paula Rosenberg de Andrade[†]
Circéa Amália Ribeiro[‡]
Regina Issuzu Hirooka de Borba[§]

Introdução: Os procedimentos ambulatoriais, aos quais a criança é submetida no contexto da assistência à saúde, tais como: vacinação, inalação, curativos, punção venosa, retirada de pontos, exame físico, atendimento odontopediátrico, e outros são, na maioria das vezes, acompanhados de sofrimento e de estresse decorrentes do “tom” ameaçador que os mesmos oferecem à criança e à sua família. Na maioria desses equipamentos assistenciais a criança percebe-se cercada por um ambiente hostil, cuja atenção é voltada, prioritariamente ao tratamento da patologia, conferindo-se uma maior atenção ao sofrimento físico e não sendo valorizados o ambiente lúdico, a atenção emocional e o preparo da mesma para os procedimentos que serão realizados com ela. Considerando o brincar uma atividade imprescindível ao desenvolvimento infantil e um poderoso recurso que deve ser oferecido a todas as crianças que passam por algum procedimento estressante ou intrusivo, o Brinquedo Terapêutico (BT) foi implantado a alguns anos, no Ambulatório do Centro Assistencial Cruz de Malta (CACM). Seu uso é praticado tanto pelos profissionais da instituição, como pelos professores e pelos alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem que a utilizam como campo de ensino prático, durante a realização da consulta de enfermagem em puericultura e como no preparo da criança e de sua família para a coleta de sangue infantil. BT é um brinquedo estruturado que tem sido utilizado como uma valiosa intervenção na assistência de enfermagem à criança, um poderoso recurso para aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas para a sua idade, que podem ser ameaçadoras e requerem mais do que o brincar recreacional para resolver a ansiedade associada, devendo ser usado sempre que a criança tiver dificuldade em compreender e lidar com a situação. O BT tem também o objetivo de auxiliar no preparo da criança para procedimentos terapêuticos dando-lhe a oportunidade de descarregar a tensão após os mesmos, ao dramatizar as situações vividas e manusear os instrumentos utilizados ou brinquedos que os representem, sendo essa modalidade denominada de Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI). A utilização do BT na assistência de enfermagem à criança é respaldada pela Resolução 295/2004 do Conselho Federal de Enfermagem que estabelece a competência do enfermeiro para a utilização do brinquedo/ brinquedo terapêutico, na assistência à criança e família. Além disso, o preparo da criança com o BT está em concordância com uma das atuais tendências da assistência de enfermagem à criança, a assistência atraumática, que pressupõe a provisão de cuidados terapêuticos adequados que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentados pelas crianças e seus familiares. **Objetivo:** Descrever e discutir a

* Trabalho final da Disciplina “O brinquedo na assistência à criança e à família: o estado da arte, da prática e da pesquisa em enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, vinculado ao Grupo de Estudos do Brinquedo-GEBrinq.

[†] Mestre em Ciências e Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela UNIFESP, Enfermeira do Centro Assistencial Cruz de Malta, São Paulo, SP. Endereço: Rua Pensilvânia 520 apto 31, Brooklin. CEP: 04564-001. São Paulo, SP. Email: paularandrade@uol.com.br

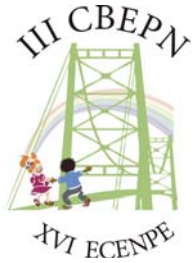
[‡] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Líder do. GEBrinq.

[§] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Líder do. GEBrinq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

experiência de utilização do BT junto a uma criança atendida no CACM na situação de coleta de sangue para exames laboratoriais. **Metodologia:** Trata-se do relato de experiência de uma atividade desenvolvida junto à disciplina “O brinquedo na assistência à criança e à família: o estado da arte, da prática e da pesquisa em enfermagem”, por uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, que se consistiu na aplicação e análise de uma sessão de BTI, no contexto da prática assistencial de uma criança e sua família. O CACM é uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo, conveniada ao SUS, que mantém um Programa de Integração Docente Assistencial com o Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Essa instituição oferece à população atendimento de creche, centro de juventude e assistência ambulatorial prioritariamente materna e infantil; grande parte da população atendida tem uma situação social e econômica pouco favorecida. O sujeito desta prática foi uma criança pré-escolar de três anos, do sexo masculino, atendido na Consulta de Enfermagem em Puericultura do CACM desde o nascimento, que foi submetida à coleta de sangue para realização de hemograma, seguindo o protocolo de atendimento da instituição. **Resultados:** Essa criança sofrera, aos dois anos de idade, um acidente traumático que resultou em um corte na região mentoniana, sendo levado a um hospital, onde foi submetida à sutura, durante a qual, segundo relato de sua mãe, não demonstrou qualquer reação à situação ou ao ambiente. Nas consultas de enfermagem que ocorreram subsequentes ao episódio do acidente, a criança, que sempre havia se mostrado tranqüila durante esse atendimento, começou a apresentar-se irritada, chorosa e muito pouco cooperativa, sendo impossível o estabelecimento de qualquer vínculo com a criança, muito diferente do que anteriormente ocorria. Aos 3 anos de idade, segundo o protocolo de atendimento da instituição, a criança deveria ser submetida à coleta de sangue, para realização de hemograma. Durante o preparo da criança com o BTI, normalmente realizado de modo coletivo para grupos de crianças, o menino mostrou-se bastante apreensivo, teve dificuldade em se aproximar e manusear o material que estava disponível, recusando-se a brincar e a dramatizar a punção nos bonecos. A mãe da criança também parecia se sentir muito desconfortável perante aquela situação e afirmava não julgar aquele preparo necessário, já que por ocasião da sutura, o filho não havia apresentado nenhuma reação ou resistência ao procedimento, nem mesmo havia chorado. Enfim, por insistência de sua mãe, a criança foi levada à sala de procedimentos sem o devido preparo. Porém, era visível o medo registrado em sua face, denotando que ele se encontrava em nítida situação de estresse e, no momento da criança ela começou a gritar, a debater-se e a agredir fisicamente a enfermeira, o que impediu a realização do procedimento. Após esta intercorrência, a enfermeira decidiu deixar a criança descansar e antes de tentar a punção venosa novamente, foi conversado novamente com sua mãe e explicado que o procedimento não seria realizado sem o devido preparo da criança. O mesmo foi convidado novamente a brincar, só que desta vez em uma sessão individual de BT. Durante essa sessão, após a explicação e demonstração da punção pela enfermeira, em vez de a criança dramatizar a coleta de sangue, aproximou-se da mesa onde estavam os brinquedos, organizou os mesmos à sua maneira; pegou um boneco homem, segurou-o com bastante firmeza e lançou-o para bem longe, indo depois buscá-lo, ação que foi repetida várias vezes. Em seguida, a criança pegou o escalpe e com movimentos bruscos, rápidos e repetidos perfurou seguidamente a região mentoniana do boneco. Era perceptível que esta situação lhe proporcionava um bem estar associado a um grande prazer. Após esta dramatização realizada pela criança, a enfermeira repetiu a explicação da coleta de sangue, levou-a à sala de procedimentos e conseguiu realizar a coleta de maneira tranqüila, com total cooperação da criança e tranqüilidade de sua mãe. **Considerações finais:** A aplicação do BT mostrou-se como uma intervenção de enfermagem eficaz e reforçou nossa experiência diária e gratificante com a utilização do BTI na instituição, uma vez que confirmou seu efeito positivo sobre o



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

comportamento da criança, permitindo o resgate de um trauma anteriormente vivenciado e favorecendo a aceitação do procedimento ao qual seria submetida. Tal fato confirmou que, conforme apontado na literatura, o brincar possibilita à criança interiorizar uma situação e se fortalecer para enfrentá-la, dominá-la e torná-la suportável, por meio da dramatização e da repetição de uma atividade que determine situação de estresse, pois possibilita que ela passe da passividade da experiência para ser o sujeito ativo da brincadeira. Ressaltamos, ainda que o BT mostrou-se como um importante recurso terapêutico não só para a criança, mas também para a sua família proporcionando-lhes alívio, confiança, segurança e tranquilidade ao término do procedimento intrusivo propriamente dito. Assim, reiteramos a importância do BT integrar sistematicamente o planejamento da assistência à criança e à família no âmbito da assistência ambulatorial à criança e à sua família.

Palavras-chave: jogos e brinquedos, brinquedo terapêutico, procedimentos clínicos, assistência ambulatorial, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

252 - A experiência de cuidar do filho para a mãe adolescente: medos, dificuldades e estratégias de superação*

Paula Rosenberg de Andrade[†]
Circéa Amalia Ribeiro[‡]
Conceição Vieira da Silva Ohara[§]

Introdução: A adolescência é o período da vida em que o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais secundárias à maturidade. Os padrões psicológicos e a identificação do indivíduo evoluem da fase infantil à fase adulta, ocorrendo uma série de transformações no âmbito físico, emocional e social. A gravidez na adolescência muitas vezes inesperada provoca a desorganização na vida da adolescente e de sua família, além do que, nem sempre esta menina está preparada física e emocionalmente para enfrentar a gravidez e realizar os cuidados ao seu filho. O cuidado materno constitui-se num conjunto de ações biopsicossocioambientais que favorecem o pleno crescimento e desenvolvimento da criança e de ações básicas que vão desde afeição até os cuidados e providências a serem realizados para proporcionar o seu bem-estar, tais como: alimentação, banho, sono tranquilo, vacinação, banho de sol e outros. Com o nascimento do filho, a rotina diária da mãe adolescente é alterada em decorrência dos múltiplos afazeres que o cuidado do mesmo exige, sendo que as novas responsabilidades a serem adquiridas estão diretamente relacionadas ao seu amadurecimento e enfrentamento pessoal da situação. Nossa vivência na realização da consulta de enfermagem em puericultura levou-nos a interagir com mães adolescentes preocupadas, participantes, interessadas no crescimento e desenvolvimentos de seus filhos, que nos procuravam prontamente quando tinham alguma dificuldade e a cada retorno à consulta mostravam-se mais seguras e capazes de cuidar de seus bebês. Mas a que custo? Quais suas demandas de apoio? Que medos e dificuldades elas vivenciavam? Como definiam a experiência de cuidar do filho? Para responder a esses questionamentos realizamos uma pesquisa que buscou compreender o significado que tem, para a mãe adolescente, vivenciar o cuidado de seu filho, a qual permitiu construir o modelo teórico “*Superando dificuldades impulsionada pela força do amor*” e revelou que essa experiência é impulsionada pela vivência de sentimentos que fazem com que ela desenvolva estratégias de ação e interação, buscando recursos para cuidar de seu filho da melhor maneira possível. **Objetivo:** Compreender os medos e as dificuldades da mãe adolescente relacionados ao cuidado do filho e as estratégias que ela empreende para superá-los. **Método:** Trata-se de recorte de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou o Interacionismo Simbólico como referencial teórico e a Teoria Fundamentada nos Dados – Grounded Theory como referencial metodológico. O estudo foi desenvolvido no ambulatório de Consulta de Enfermagem do Centro Assistencial Cruz de Malta (CACM), instituição filantrópica, não governamental, situada na cidade de São Paulo. Participaram do estudo oito mães adolescentes de 15 a 19 anos de idade, que constituíram três grupos amostrais. O primeiro compreendeu três mães

* Extraído da Dissertação de Mestrado “Superando dificuldades impulsionada pela força do amor: a experiência da mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho” apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. Trabalho vinculado ao Grupo de Estudos em Puericultura.

[†] Mestre em Ciências e Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela UNIFESP, Enfermeira do Centro Assistencial Cruz de Malta, São Paulo, SP. Endereço: Rua Pensilvânia 520 apto 31, Brooklin. CEP: 04564-001. São Paulo,SP. Email: paularandrade@uol.com.br

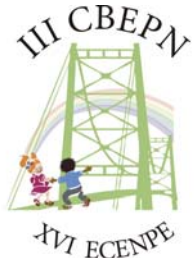
[‡] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Pesquisadora do Grupo de Estudos em Puericultura. Orientadora.

[§] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Líder do Grupo de Estudos em Puericultura. Co-Orientadora.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

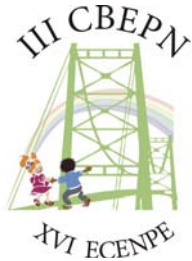
adolescentes de 19, 16 e 15 anos de idade, que haviam tido seus filhos aos 15 anos, apresentavam histórias de abandono e maus-tratos na infância, abandono do companheiro durante a gravidez ou após o nascimento da criança, sérios problemas na dinâmica familiar, abandono da escola e grande dificuldade financeira. O segundo constituiu-se de duas mães adolescentes de 16 e 17 anos de idade, que embora também fossem de uma condição socioeconômica pouco favorecida, vivenciaram o apoio da família na infância, durante a gravidez e após o nascimento de seus filhos, além do que, moravam com seus companheiros. O terceiro foi composto de três mães adolescentes que provinham e/ou apresentavam uma estrutura familiar mais sólida, com bases educacionais e condições econômicas mais estáveis e favorecidas: uma que teve seu filho com 19 anos e na época da coleta dos dados, estava com 22 anos de idade; a segunda que teve seu filho com 15 anos e estava com 19 e a terceira que estava com 17 anos de idade. Como estratégias de coleta de dados foram utilizadas a observação participante e a entrevista semi-estruturada, iniciada com a seguinte questão norteadora: “*Conte-me como está sendo para você a experiência de cuidar de seu filho?*”; durante o desenrolar da mesma, outras questões iam sendo formuladas, buscando aprofundar a compreensão daquilo que estava sendo narrado pela mãe. **Resultados:** O estudo permitiu compreender que, a despeito de do grande amor que sente pelo filho, a mãe adolescente começa a experimentar, após o nascimento do mesmo, as reais demandas do cuidar a serem assumidas e, assim, percebe-se *Tendo dificuldades para cuidar*. Tais dificuldades não são do âmbito do cuidado físico como dar banho, alimentar ou trocar o bebê, porque estas ela consegue realizar sem considerar que tenha dificuldade. Sua maior dificuldade é de ordem financeira, uma vez que o fato dela ainda não ter terminado os estudos e não trabalhar determina que não disponha dos recursos adequados para que nada falte a seu filho. Assim, ela tem que aceitar viver na dependência dos familiares, para obter o que necessita para si e para o bebê; essa dependência chega a ter o significado de que não está assumindo os cuidados do filho na sua totalidade. Outra fonte de dificuldade é o cansaço físico, uma vez que o cuidado faz com que ela perca horas de sono e repouso. Além das dificuldades, a mãe adolescente vivencia o cuidar do filho *Tendo Medos*, dentre eles, o de sentir-se desacreditada pelos familiares e por profissionais da saúde, que demonstram descrédito na sua competência para cuidar, o que gera grande sofrimento. Muitas vezes ela interrompe seus estudos ou deixa de realizar tarefas diárias, a fim de permanecer ao lado do filho; ela evita deixá-lo e delegar os cuidados do mesmo a outras pessoas, pois teme que algo ruim possa acometê-lo. O medo *de* intercorrências como doenças, acidentes, hospitalização e mesmo que seu filho venha a morrer é intenso e agravado pelo receio de que a julguem irresponsável e venham a responsabilizá-la por não saber cuidar direito, em virtude de ser mãe adolescente. Em função dessas dificuldades e medos a mãe adolescente elabora estratégias que a auxiliem na superação dos mesmos, *Buscando ajuda para cuidar*. Assim, como desde o início da gravidez se percebe desacreditada pelo fato de ser adolescente, ela se prepara para cuidar do filho, indo em busca de cursos e palestras que lhe proporcionem informações a respeito. Ela também procura reaproximar-se de seus familiares e vai à busca de médicos e enfermeiros, que a auxiliem e orientem quanto aos cuidados do bebê, e que lhe ofereçam apoio pessoal. Como conseqüência dessa busca de ajuda e de ser ajudada pelos familiares e profissionais, a mãe adolescente vai se fortalecendo como mãe e mulher e, assim, vai *Superando dificuldades no cuidar*. Ela consegue dar os cuidados e percebe-se cada vez mais independente e confiante, por sentir-se capaz de satisfazer as necessidades do filho, até mesmo surpreendendo-se com seu desempenho. Essa vivência de superação no cuidar desencadeia sentimentos favoráveis e, assim, a mãe adolescente vai sentindo-se mais fortalecida, re-significando e superando seus medos e sofrimentos, tornando-se cada vez mais criativa e autônoma para cuidar de seu filho, com os recursos disponíveis. Esse processo de fortalecimento e superação faz com que seu conceito sobre o cuidar vá sendo ampliado; o



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

cuidar passa a ter significados, que vão muito além dos cuidados convencionais, toma dimensões grandiosas como preservação, estimulação, apego e amor. E, por fim, a mãe adolescente define para si que ser mãe adolescente é como ser mãe adulta; ela percebe-se como tal. **Considerações finais:** Os resultados reiteram a importância do apoio social, isto é, da família, e dos profissionais da saúde como fator de proteção nas situações estressoras, que a mãe adolescente possa vir a vivenciar ao cuidar de seu filho; amigos, e escola também têm um papel primordial na vida desta mãe adolescente. Para tanto, é fundamental que o enfermeiro, assim como os outros profissionais de saúde considerem a importância do apoio social, tornando-se um elemento facilitador da interação da mãe adolescente com a sua rede de apoio, no sentido de favorecer que ela se sinta apoiada na superação das dificuldades e no fortalecimento de sua auto-estima enquanto mulher e mãe. Reafirmamos que a população deste estudo foi constituída por adolescentes que vivenciaram a maternidade na faixa etária de 15 a 19 anos de idade e, portanto, a experiência da mãe adolescente na faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade pode não ser necessariamente igual, merecendo ser mais bem explorada por meio de estudos que a contemplem, o que já estamos realizando.

Palavras-chave: adolescente, mãe adolescente, relações mãe-filho, assistência ambulatorial, enfermagem pediátrica.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

253 - A cultura do paracetamol e dipirona: percepção dos profissionais de saúde da esf sobre os itinerários terapêuticos das mães de crianças de 0 a 6 anos*

Astrid Eggert Boehs[†]

Edilza Maria Ribeiro[‡]

Márcia Grisotti[§]

Pamela Camila Fernandes Rumor^{**}

Introdução: Pesquisas realizadas na década de 1980 e metade da década de 1990, ocorridas durante o processo de concepção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, apontavam para a multiplicidade de usos de recursos terapêuticos alternativos ou populares e a recorrência às distintas fontes de tratamento por parte da população de baixa renda. As explicações para esse fenômeno oscilavam entre a falta de recursos médicos oficiais destas comunidades e o caráter simbólico das práticas médicas não oficiais acessíveis e reconhecidas pela população (LOYOLA, 1984; 1987; NEVES, 1984; QUEIROZ, CANESQUI, 1986; BUCHILLET, 1991; GRISOTTI, 1992). Após quase duas décadas, percebeu-se a necessidade da revisão desses estudos em função das consequências oriundas da implantação de um novo desenho dos serviços públicos de saúde, especialmente em relação à atenção básica, disponibilizados em grande escala à população. O Ministério da Saúde lançou, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possui, entre seus objetivos, a reorientação do modelo assistencial em saúde visando diminuir o reducionismo biológico a partir do princípio da integralidade. Na ESF é requerido um olhar multiprofissional e uma prática multisetorial, a priorização das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e uma mudança no sentido da vigilância à saúde (BRASIL, 1997; 2001) A inserção da ESF na maioria dos municípios brasileiros (92,2%), bem como uma cobertura populacional em torno de 46,6% (BRASIL, 2007) representam fatores decisivos na ampliação do acesso da população aos recursos oficiais de saúde, destacando-se, a clientela que ocorre aos programas desenvolvidos na ESF, em especial as mães de crianças de 0 a 6 anos. **Objetivo:** identificar a percepção dos profissionais das equipes da ESF sobre o uso de recursos de cuidado do setor popular, familiar e profissional por mães de crianças de 0 a 6 anos. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa, orientado pela teoria dos sistemas de cuidado cultural, com os subsistemas propostos por Kleinman (1980; 1990): popular, familiar e profissional. Os dados foram coletados em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas em dois bairros do município de Florianópolis: um na região leste (“bairro A”) e um na região norte (“bairro B”). Os participantes do estudo foram no total 18 profissionais de saúde, 12 no bairro A, sendo entrevistados: 4 enfermeiros, 4 médicos (uma pediatra), 4 técnicos/auxiliares

* Este estudo se constitui um recorte do projeto de pesquisa O itinerário das famílias com crianças na busca de cuidados a saúde e o exercício da integralidade na atenção à saúde na ESF financiado pelo CNPq.

[†] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde - NEPEPS.

[‡] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do NEPEPS. E-mail: edilzamr@linhalivre.net Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina CCS - Departamento de Enfermagem. Campus Universitário - UFSC Trindade - Florianópolis / SC – CEP 88040900

[§] Socióloga. Doutora em Ciências Sociais. Docente do Departamento de Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFSC. Membro do NEPEPS.

^{**} Enfermeira. Aluna do Curso de Especialização em Saúde Pública pela UFSC. Ex-Bolsista PIBIC/CNPq/UFSC 2006-2008. Membro do NEPEPS.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de enfermagem; e 6 no bairro B: 1 enfermeiro, 2 médicos e 3 técnicos/auxiliares de enfermagem. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas a partir de um formulário semi-estruturado, as quais foram gravadas e transcritas. A análise dos dados, concomitante à coleta, foi efetuada seguindo as fases de organização, codificação, categorização e interpretação dos dados (BARDIN, 2002). Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa teve como base a Resolução 196/1996, e foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC, sob o protocolo nº 022/06. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Destacaram-se duas categorias relacionadas à percepção dos profissionais das equipes da ESF sobre o uso de recursos de cuidado do setor popular, familiar e profissional por mães de crianças de 0 a 6 anos: 1) As mães estão mais dependentes dos serviços de saúde e o cuidado das crianças está mais medicalizado. A facilitação do acesso da população aos serviços de saúde foi apontada pelas três categorias profissionais como uma realidade, nos dois bairros estudados. Igualmente apontam que a presença das agentes comunitárias de saúde, adentrando nas casas auxiliam a desmistificar tabus e crenças populares, colocando as famílias mais perto das crenças do setor profissional. Ou seja, a consequência mais flagrante, na visão dos profissionais, repetidamente apresentada, da facilitação do acesso aos serviços de saúde, tem sido o aumento da dependência das mães frente aos cuidados elementares no cotidiano da criança e a medicalização do cuidado. As médicas de ambos os bairros consideram que a mídia tem um papel importante entre as causas da dependência da clientela em relação aos serviços de saúde. Os anúncios na televisão, nos quais sistematicamente há a recomendação, “procure seu médico”, segundo elas, surtiu efeito. 2) As mães adquiriram uma nova cultura, da dipirona e paracetamol: Para os profissionais de todas as categorias, a dependência das mães do sistema profissional de saúde tem propiciado a incorporação do uso de medicamentos como forma de resolução de desconfortos e pequenas alterações no estado de saúde das crianças, antes atendidas com medidas do sistema familiar e popular, tais como uso de calor/frio, banhos e chás. Mencionaram também, que as mães tendem a não levar mais em conta que há um tempo de espera para o tratamento fazer efeito e o corpo se recuperar. De acordo com eles, as mães querem a solução rápida, *se estão as crianças estão tomando antibiótico, querem vê-las recuperadas no dia seguinte.* As auxiliares de enfermagem, principalmente do bairro B, referem que a febre das crianças é um dos maiores motivos da busca pela Unidade Básica de Saúde. Diante da febre as mães usam de imediato a dipirona ou paracetamol que possuem em casa. Quando isto não funciona, elas vão à unidade para uma avaliação médica. Na visão dos profissionais, as mães também tendem a rejeitar o médico clínico geral para o atendimento da criança, uma vez que a expectativa é atendimento pelo pediatra, o que contraria a lógica da ESF. Esta rejeição, segundo os profissionais, é uma das razões que leva as mães a buscarem as emergências pediátricas, porque lá elas têm certeza de que irão encontrar tal profissional. Esses resultados, apontados pelos profissionais de saúde, encontram-se respaldados pela literatura. Para Simionato e Oliveira (2003), a família tem se transformado no sentido de se tornar mais influenciável do que influente e que *com o movimento higienista do século XIX, ela começou a perder a sua capacidade de cuidar da saúde e educação de seus membros, tornando-se mais dependente dos profissionais da saúde e da educação.* Além disso, apesar de os princípios de promoção da saúde serem preconizados pela ESF, a prática cotidiana dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde ainda se pauta, predominantemente, pelo modelo biomédico, conforme é reportado e caracterizado por diversos autores (TESSER, 2006a; 2006b; FRANCO, MERHY, 2003; RIBEIRO, 2005; CONILL, 2008; SOUSA, 2008). A medicalização de inúmeros tipos de problema, queixas, dores, incômodos, tendo como exemplo gripes, resfriados, tristezas, lutos, pequenas contusões, nascimento, tem gerado uma bola de neve crescente e infindável da demanda de atendimento médico, no cotidiano dos serviços do SUS, na rede básica e na ESF



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

(TESSER, 2006a; 2006b). Por sua vez, *a medicalização transforma culturalmente as populações, com declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e dores cotidianas. Isso desemboca num consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação* (TESSER, 2006a).

Conclusão: Na percepção dos profissionais, o acesso facilitado aos serviços de saúde, o declínio do conhecimento de cuidados básicos das mães frente a sintomas de doença das crianças de 0 a 6 anos, a expectativa da pronta recuperação, o marketing da mídia, contribuem para a medicalização do cuidado da criança. Neste sentido apontam para um aumento da dependência das famílias em relação aos especialistas dos serviços de saúde. Nas transformações indicadas para o sistema de saúde, em especial de pautar-se no modelo de cuidado social da saúde, é importante que se leve em conta a necessidade de instrumentalização das mães para os cuidados cotidianos das crianças, o compromisso dos profissionais com a autonomia da clientela e a racionalização dos gastos em saúde, frente à situação de aumento da dependência da população no que concerne aos serviços de saúde, ainda fortemente pautado no modelo biomédico.

Palavras-chave: cuidado da criança, cultura, saúde da família, profissional de saúde

Referências:

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob o olhar da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério de Saúde. **PSF: quantos somos?** Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2007 Acesso em: 12/02/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BUCHILLET, D. *et al.* **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: CEJUD, 1991.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.7-16, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (Org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 55-124.

GRISOTTI, M. **Sistemas médicos oficial, familiar e paralelo: estudo de percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em comunidades de baixa renda**. 1992. 163 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1992.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry**. Califórnia: Regents, 1980.

KLEINMAN, A.; CSORDAS, T. J. The therapeutic process. In: JOHNSON, T. M., SARGENT, C.F. (ORG) **Medical Anthropol: contemporary theory and method**. Westport: Greenwood Press, p.11-25, 1990.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.

_____. **Medicina popular: rezas e curas de corpo e alma**. **Rev. Ciência Hoje**, 1987.

NEVES, D.P. **As "Curas Milagrosas" e a idealização da ordem social**. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1984.

QUEIROZ, M.S.; CANESQUI, A. M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 141-151, 1986.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

RIBEIRO, E.M. **Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF):** desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do Programa. 2005. 285 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SIMIONATO, M. A. W.; OLIVEIRA, R. G. O. Funções e transformações da família ao longo da história. In: Encontro Paranaense de Psicopedagogia, 1, 2003. **I Encontro Paranaense de Psicopedagogia, (Anais...)** – ABPppr – nov., 2003.

SOUSA, F. G. M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde:** dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 2008. 333 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.-61-76, jan/jun 2006a.

_____. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v.10, n. 20, p. 347-62, jul./dez. 2006b.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

254 - Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes em distintos contextos socioculturais, segundo instâncias de denúncia e atendimento em Feira de Santana/Bahia - Brasil e Montreal/Quebec – Canadá

Mariana Rocha da Silva*
Maria Conceição Oliveira Costa[†]
Rosely Cabral de Carvalho[‡]

Introdução: A violência contra crianças e adolescentes permeia a história da humanidade, apresentando-se como um fenômeno mundial, evidenciado em todas as classes sociais e manifestando-se sob diversas formas (MINAYO, 1999). Segundo a Política Nacional de Redução de Agravos por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde, a violência representa um problema de saúde pública e deve ser identificada e notificada. A violência sexual é considerada como a mais complexa dentre todas as formas de violência, mostrando-se ainda mais perversa, quando praticada contra a criança ou o adolescente comprometendo-os nos seus diversos aspectos, físico e mental, e produzindo diferentes tipos de seqüelas. Estima-se que 12 milhões de pessoas são vítimas de crimes sexuais em todo o mundo (BRASIL, 2002). Essa violência atinge, sobretudo, o sexo feminino, crianças, adolescentes e mulheres jovens, sendo a maior parte da violência praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando os crimes mais difíceis de serem denunciados (ABRAPIA, 2002). Nesse contexto, o conjunto de leis e instrumentos legais que garantem a essa população seus direitos e interesses necessitam ser mobilizados pelos diferentes segmentos, grupos sociais e profissionais, com vistas a viabilizar a prática desses direitos buscando desenvolver diferentes estratégias de prevenção e intervenção, no enfrentamento desse problema.

Objetivos: Analisar o perfil da violência sexual sofrida por crianças e adolescentes, a partir dos registros das Instâncias e Instituições de denúncia e atendimento em Feira de Santana, Bahia - Brasil e comparar aos registros do Sistema de Informação de Violência de Montreal, Québec – Canadá, respeitando as diferenças socioculturais entre os países. Os resultados encontrados subsidiarão recomendações de políticas públicas voltadas para o combate a esse tipo de violência.

Metodologia: O estudo foi realizado na cidade de Feira de Santana, segunda maior cidade do estado da Bahia com população em torno de 500 mil habitantes e em Montreal, província de Quebec/Canadá formada por descendentes franceses, que possui 2 milhões de habitantes. Foram analisados dados secundários das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, coletados dos registros dos Conselhos Tutelares (CT) I e II e Centro de Referência Sentinela (CREAS) em Feira de Santana, e do Centre Jeunesse de Montreal - Institut Universitaire (CJM-IU), no período de 2003-2006. O Centre Jeunesse de Montréal - Institute Universitaire (CJM-IU) é uma instituição de referência mundial para o atendimento e acompanhamento psicossocial de crianças e adolescentes vítimas de violência, possuindo um sistema organizado e sofisticado de registro de dados. O estudo é do tipo corte transversal e apresenta como variáveis dados relacionados as vítimas, ao tipo de violência (abuso e exploração), ao agressor, local da violência, guardião, denunciante e

*Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bolsista PIBIC/CNPq, e-mail: mari.uefs@hotmail.com

[†] Médica Pediatra, Pós-Doutorado na Université Du Québec à Montréal, Professora Titular, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana

[‡] Enfermeira, Doutorado em Saúde Pública USP, Professora Adjunta, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana



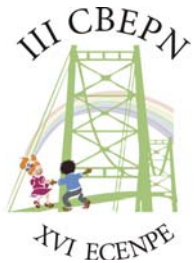
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

encaminhamentos. Os dados de Feira de Santana foram coletados através de um impresso, colhendo as informações dos prontuários originais de atendimento e foi feito um *Linkage* entre os bancos de dados dos Conselhos Tutelares e Centro de Referência Sentinela, tendo em vista a possibilidade de duplicidade de registro. Em Montreal foi usado o banco de dados da Instituição onde solicitou-se permissão documental para a coleta, e em Feira de Santana houve autorização do Juizado de Infância e Adolescência. Este projeto foi aprovado pelo CEP da UEFS, sob protocolo de nº 04/2005 (CAAE 0006.0.059.000-05), conforme resolução 196/96. **Resultados:** No total das violências registradas em Feira de Santana nesse período, a prevalência de violência sexual foi de 12% (67,2% casos de abuso sexual e 32,8% casos de exploração sexual), sendo que a maioria das vítimas (74,9%) tinha de 10 a 16 anos e era do sexo feminino (79,4%). Já os agressores eram predominantemente do sexo masculino (66,8%) e os desconhecidos mostraram as maiores proporções em ambos os sexos, entretanto, agressores que participavam do convívio familiar e social da vítima (pai, amigos da família, vizinhos, colegas) totalizaram 52,8%, evidenciando-se a questão de gênero, onde as diferenças relativas ao sexo são convertidas em desigualdades, e as crianças e adolescentes fazem parte da categoria dominada e sujeita ao poder exercido pelo mais velho sobre o mais novo e do masculino sobre o feminino. Em Feira de Santana, a principal forma de denúncia foi anônima através do “Disque Denúncia” (32,4%) e o principal local de ocorrência da violência foi o domicílio (50,4%). Por ser um ato que envolve medo e vergonha, que desafia tabus culturais e aspectos de relacionamento, a violência sexual encontra-se cercada pelo chamado “complô de silêncio” sendo, muitas vezes, os pais os agressores e as mães coniventes que não os denunciam por serem os chefes das famílias e os provedores do sustento (BITTENCOURT, 1995; JUNQUEIRA, 1998). Em Montreal, nesse período, segundo os registros de violência do CJM-IU, a violência sexual mostrou prevalência de 5,3%, sendo a maioria das vítimas do sexo feminino (81,2%) nas faixas da adolescência inicial e intermediária (10 a 13 e 14 a 16 anos) (56%). Na infância, o sexo masculino foi vitimizado cerca de duas vezes mais que o feminino (61,9% e 35,9%). O pai foi reconhecido como o principal agressor para ambos os sexos e faixas etárias, sendo que maioria absoluta dos agressores fazia parte do ambiente familiar e social das vítimas, e eram adultos na faixa de 30 a 49 anos. As denúncias foram efetuadas, principalmente por policiais (32,1%), seguido de profissionais da escola (17,9%) e do sistema de saúde (17,9%). O que demonstra que a notificação da violência não diz respeito somente à esfera da segurança pública, é também responsabilidade dos setores de educação e saúde, o que torna imprescindível a capacitação desses profissionais para a identificação de casos e enfrentamento do problema. **Conclusão:** Pode-se concluir que a violência sexual é um fenômeno global, apresentando similaridades e diversidades que retratam as peculiaridades socioculturais dos contextos onde foi realizada esta pesquisa. A realização desse estudo poderá contribuir com a articulação entre as diferentes Instâncias envolvidas, tornando viável a troca de experiências e de conhecimento científico, além de possibilitar a implementação de ações preventivas e de enfrentamento à violência sexual através de ações articuladas entre os diferentes segmentos sociais (família, escola, setor da saúde, sociedade e poder público), permitindo que as crianças e adolescentes completem seu desenvolvimento de forma saudável e digna.

Palavras-chave: registro, violência sexual, criança e adolescente.

Referências:

- BITTENCOURT, C.B.F. Violência sexual contra crianças: implicações psicológicas. *Pediatria Moderna*, 31(3), 1995.
- JUNQUEIRA, F. Abuso sexual da criança: contextualização. *Pediatria Moderna*, 34(7), 1998.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo de Saúde Pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 4(1), 1999.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). *Abuso sexual, mitos e realidades*. 3 ed, Petrópolis, Coleção criança carinho, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

255 - Aleitamento materno de crianças usuárias de creche*

Eliana Silva Santos[†]
Damaris Gomes Maranhão[‡]

A amamentação é um processo biológico, afetivo e cultural influenciado pela forma como a sociedade se organiza para educar e cuidar de seus membros mais jovens. A crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho tem sido apontada como uma das causas para o desmame precoce o que tem suscitado movimentos sociais para ampliação da licença maternidade. Atualmente as mulheres brasileiras inseridas no mercado formal de trabalho têm quatro meses de licença de maternidade remunerada e ao retornarem a empresa têm direito a dois intervalos de meia hora durante a jornada de trabalho para amamentar o filho, até que ele complete seis meses. Desde 1943, as empresas com mais de 30 mulheres devem prover local adequado para amamentação dos filhos das trabalhadoras durante os primeiros seis meses de vida em instalações próprias ou, de acordo com legislação atual, por meio de reembolso de verba para pagamento de creche^(1, 2,3, 4). Revisão de literatura de trabalhos nacionais evidencia que poucos estudos abordam as condições estruturais e as rotinas de acolhimento nas creches para promoção do aleitamento materno e sugere que o tema seja pesquisado pela comunidade científica⁽⁴⁾ **Objetivo:** O objetivo desta pesquisa foi descrever e analisar o processo de aleitamento vivenciado por trabalhadoras de uma empresa que mantém creche no espaço industrial e mensurar o tempo de aleitamento exclusivo e total. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa com técnicas de observação e entrevistas com roteiro semi estruturado, complementado por dados quantitativos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro, de acordo com a lei 196/1996 sobre pesquisa com seres humanos⁽⁵⁾. A coleta de dados foi iniciada no mês de junho de 2007, pela observação do campo e reunião com todas as mães para explicar os objetivos da pesquisa, metodologia e aspectos éticos. Para coleta dos dados quantitativos foi aplicado um questionário com as 45 mães usuárias da creche. Cinco não responderam e destas, quatro porque o filho foi desligado da creche no mês de julho por ter completado dois anos e uma por ser mãe adotiva e não desejar respondê-lo. Foram consideradas as variáveis: faixa etária, escolaridade, função e tempo na empresa, número de filhos, presença do pai da criança como companheiro da mãe, tempo de aleitamento exclusivo e complementado. Na análise da duração do aleitamento materno o evento final foi a interrupção definitiva da amamentação (ablactação). Os dados sobre o tempo de aleitamento exclusivo e tempo de aleitamento total foram classificados e analisados utilizando-se a técnica da Tábua de Vida. Essa técnica permite lidar com o problema das crianças que no momento da pesquisa estão sendo amamentadas e que não podem ser incluídas no grupo etário do qual fazem parte e que já foram ablactadas, nem excluídas pela possibilidade de o serem no intervalo de tempo considerado. Assim essa criança é considerada, mas, calcula-se a probabilidade dela ser ablactada naquele mês. A Tábua de Vida permite também o cálculo da duração mediana da amamentação⁽⁶⁾. Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado com 10 mães que se tinham disponibilidade de participar dessa fase da pesquisa. A análise temática

* Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISA.

[†] Enfermeira graduada na Faculdade de Enfermagem da UNISA.

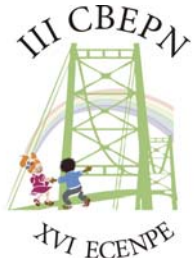
[‡] Orientadora. Doutora em Ciências da Saúde. Profa Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Santo Amaro- UNISA



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

foi classificada em quatro categorias que expressam as vivências das mães no planejamento da amamentação; na superação das dificuldades nas primeiras mamadas; no retorno ao trabalho simultâneo a adaptação do filho na creche e no processo de conciliar as atividades profissionais com a maternidade. **Resultados:** São mulheres em idade produtiva com escolaridade superior à média dos habitantes de São Paulo, exercendo diversos cargos dentro da empresa. Residem com o companheiro, na sua maioria têm um filho. No primeiro mês de vida, 90% das crianças mamavam, mas ao iniciarem frequência na creche em torno dos três e cinco meses, parte delas já recebem complemento ou mesmo ablactadas. No terceiro mês de vida 77,5% mamam percentual que cai para 70,0 % no quarto; 67,4% no quinto; 58,9% no sexto; atingindo 33,1% entre o oitavo e décimo primeiro mês de vida. Com um ano de idade 22,1 % das crianças mamam sendo que o maior tempo de amamentação foi de dezesseis meses com percentual de 0,09 % das crianças. A mediana de tempo total de aleitamento foi de 7,9 meses e a de aleitamento exclusivo foi de 3,2 meses, ou seja, a maioria das crianças já chega a creche com complemento de outro leite ou suco de fruta. A mãe trabalhadora formal exerce diversos papéis em uma sociedade complexa e enfrentam contradições relativas às exigências dos seus papéis sociais: esposa, dona de casa, profissional, mãe, usuária da creche. Ao informarem ao pediatra que vão voltar ao trabalho, algumas antecipam o início do processo de desmame com a introdução de outros alimentos. Palavras chaves: aleitamento materno; enfermagem pediátrica; creches. Mesmo estando em uma empresa onde existe um apoio explícito e assumido em relação ao aleitamento materno, nem todos que se relacionam com as mães no ambiente de trabalho compreendem e estão engajados na operacionalização desse propósito. A creche aparece na fala das mães como uma possibilidade real de estar junto do filho e amamentá-lo no horário do trabalho, fatores fundamentais para dar a continuidade o aleitamento. A decisão sobre a duração do tempo de aleitamento materno exclusivo está relacionada às informações recebidas dos profissionais de saúde, especialmente do pediatra que assiste a criança antes mesmo dela vir para a creche. Essas informações podem ter sido interpretadas erroneamente por algumas mães que confundem o tempo de duração de aleitamento exclusivo com a duração do tempo total de aleitamento. Por outro lado, as falas das mães precisam ser desveladas, no sentido de que nem sempre significam o que parecem dizer a primeira vista. Reiterando a explicação de Bottorff, citado por outro autor⁽⁷⁾: *nem sempre está claro para a própria mãe o que a move em direção a uma ou outra decisão.* Em outras palavras, não podemos atribuir apenas a uma interpretação errônea da orientação do profissional de saúde relativa ao aleitamento exclusivo com duração de seis meses compreendida por algumas mães como tempo de aleitamento ideal. Algumas mães parecem buscar na orientação do profissional de saúde a confirmação de um desejo seu, um aval para ablactar uma vez que se sentem sobrecarregadas, mas, culpadas por tomarem essa decisão sozinha. **Conclusão:** Para que as mulheres conciliem as atividades de trabalho e, simultaneamente, aleitem os filhos precisam lidar com as contradições da estrutura social. A política e apoio da empresa, o apoio e informações dos profissionais que participem na assistência à mulher, da família, dos colegas de trabalho e dos amigos são fundamentais. Na creche o apoio da coordenadora e do educador infantil possibilita que a mulher consiga ultrapassar as fases críticas. Por outro lado é preciso considerar o processo de educação para a saúde, como o conhecimento científico é ensinado e como ele é interpretado, assimilado e reproduzido pelas mães. Os profissionais de saúde devem ser sensíveis para não banalizarem o sentimento da mãe durante o processo de aleitamento, atentos ao pedido de socorro expresso nas palavras e nas atitudes das mulheres.

Palavras chaves: aleitamento materno, enfermagem pediátrica, creches.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Referências:

- 1) Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. Rev Saúde Pública, 1997 Abr; 31 (2):149-15.
- 2-Spinely MGN, Sesoko E, Souza JMP, Souza SB. A situação de aleitamento materno de crianças atendidas em creches da Secretaria da Assistência Social do município de São Paulo: região Freguesia do Ó. Rev Bras Saúde Mater Infant Recife, 2002 Abr 2(1):1-9.
- 3-Osis MJD, Duarte GA, Pádua KS, Hardy E, Sandoval LEM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. Rev Saúde Pública, 2004 Abr; 38 (2)172-179.
- 4-Braga NP, Rezende MA, Fujimori E. Amamentação em creches no Brasil: revisão de literatura. Universidade São Paulo. Encaminhado para análise em junho de 2009.
- 5-Silva ESM. Aleitamento materno em creche. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Santo Amaro. São Paulo 2007.
- 6-Barros F, Victora CG. Epidemiologia de Saúde Infantil, um manual para diagnósticos comunitários. UNICEF:Brasil, 1991.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**256 - Perfil epidemiológico da desnutrição em crianças da área de abrangência
de uma Unidade de Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia**

Leandro Feliciano Nery dos Santos*
Luciano Marques dos Santos†
Alan Santos Bonfim‡
Manuela Vanderlei Mascarenhas*

Nos últimos anos o setor saúde vem passando por profundas mudanças no que diz respeito aos impactos gerados pela inserção de recursos tecnológicos, cada vez mais complexos, utilizados no diagnóstico das mais variadas doenças. Neste sentido, este crescimento do setor tecnológico não foi acompanhado pelo crescimento e melhoria na qualidade dos serviços oferecidos, mas unidades de saúde, bem como, em melhoria nas condições sócio econômicas da população em geral. O difícil acesso aos serviços de saúde, por diversas questões de ordem social, cultural e econômica, acarreta uma desigualdade no atendimento às demandas dos usuários deste setor, no que diz respeito à resolução dos problemas de correntes do desequilíbrio orgânico. Esta desigualdade pode ser visualizada nos indicadores de saúde pública vigentes na sociedade brasileira, em especial nos estados do nordeste, principalmente o coeficiente de mortalidade infantil. Neste contexto, estão imbricadas, as questões acima referidas que necessitam de uma maior atenção por parte dos gestores nas três esferas do poder. É sabido que o coeficiente de mortalidade infantil é o principal indicador da qualidade e da debilidade da situação de vida de famílias. Dentre estes estão os fatores sociais, os econômicos e os culturais. Contudo, nota-se que as crianças têm maior vulnerabilidade às doenças por seu corpo está em processo de desenvolvimento. Assim, é neste contexto epidemiológico que deverá ser pautada a política voltada à atenção à saúde da criança. Por outro lado, o território brasileiro apresenta desigualdades de caráter econômico, territoriais e culturais, o que proporciona às famílias moradoras em locais de condições insalubres de vida e permeadas pela violência urbana, tais como as favelas, os canaviais e as áreas de secas, prejuízos em aspectos relativos ao processo saúde-doença, não tendo uma moradia digna e o acesso às diversas condições que configuram o contexto do conceito deste. Este estudo teve como objeto da investigação a desnutrição em crianças atendidas na área de abrangência de uma unidade de saúde da família de Feira de Santana, Bahia, no período de 2006 a 2008. Tem como objetivo geral avaliar os fatores sócio-econômicos, culturais e obstétricos associados à desnutrição em crianças atendidas no programa de Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento, de uma Unidade de Saúde da Família da cidade de Feira de Santana, Bahia, no período de 2006 a 2008. Como objetivos específicos: descrever as variáveis: idade, sexo, peso ao nascer das crianças com desnutrição, atendidas no serviço de Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento da unidade em estudo; Identificar a idade de início do desmame e os tipos de alimentos introduzidos como alimentação complementar das crianças com desnutrição atendidas no serviço; E correlacionar o aparecimento da desnutrição com as variáveis, idade, anos de estudo, renda familiar,

* Graduandas do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia. Membros do Grupo de Estudo sobre a Mulher e da Criança (GEMUC).

† Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Líder do GEMUC.

‡ Graduando do curso de Enfermagem. Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia. Membro do GEMUC. Rua H, nº 21. Cidade Nova. Feira de Santana, Bahia. CEP: 44032-760. Tel: 8808-7294. E-mail: allaansb@yahoo.com.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

raça/cor e situação conjugal da genitora e número de pessoas no domicílio. Este estudo foi do tipo descritivo, exploratório, transversal e quantitativo. A amostra do estudo foi composta por 36 crianças menores de cinco anos de idade, atendidas nas consultas de Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento do Programa Saúde da Família do Alto do Papagaio em Feira de Santana, Bahia, no período de 2006 a 2008, que foram classificadas como desnutridas. Os dados foram obtidos por fonte secundária, através de um formulário previamente elaborado e testado. Este instrumento foi constituído por questões fechadas e abertas, onde foram coletados e registrados os dados de interesse do estudo. Utilizamos como variáveis: a faixa etária da criança, o sexo, a raça/cor, o número de cômodos, o número de pessoas que residem no domicílio, a renda familiar, a escolaridade materna, a idade materna, o tipo de parto, o peso ao nascer, e o tipo de alimentação da criança no momento da ocorrência da desnutrição. Os dados presentes no instrumento utilizado para a coleta receberam códigos específicos para serem transportados para uma planilha do software *Statistical Package for the social Sciences* versão 15.0, para a plataforma Windows. Para análise dos dados, foi realizado a contagem das freqüências e o cruzamento das variáveis pertinentes à pesquisa, onde foram tabuladas e demonstradas em tabelas. Posteriormente, realizou-se análise estatística descritiva dos resultados das freqüências e dos cruzamentos obtidos, utilizando este programa estatístico. O estudo se apoiou em critérios éticos vigentes para a realização da pesquisa com seres humanos, somente ocorrendo posteriormente à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, Bahia, sob o parecer número 0575-2008. Foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Bahia, um ofício solicitando autorização, para a realização da coleta de dados no campo empírico. Mediante autorização concedida, foi iniciada a coleta de dados utilizando os prontuários e a investigação dos usuários através de formulários. Os dados foram coletados do cartão da criança, através de um formulário que continha questões sócio-demográficas, culturais e relativas à ocorrência da desnutrição. Em relação à genitora, os dados apontaram que 30,6% possuíam faixa etária de 30 anos ou mais, 41,7 % estudaram de 04 a 06 anos, 55,6% estavam em união estável, 58,3 eram pardas, 30,6% negras, 58,3% possuíam renda familiar inferior a 01 salário mínimo, 72,25% das genitoras realizaram consulta de pré-natal, sendo que 41,7% de 07 a 10 consultas e 80,6% receberam orientações sobre aleitamento materno. Conclui-se que as condições familiares podem potencializar o aparecimento de desnutrição em crianças, tendo em vista a probabilidade de ocorrência de condições adversas para o processo de crescimento e desenvolvimento infantil. Ao realizar a correlação entre idade de início da desnutrição e as seguintes variáveis idade materna, anos de estudo das genitoras, situação conjugal, número de pessoas em domicílio, renda familiar e raça/cor materna não apresentaram correlação estatística entre os dados, as crianças entre 01 a 05 anos foram as mais expostas a desenvolverem a desnutrição. Entretanto, é relevante o olhar diferenciado para o contexto sócio-econômico, demográfico e ambiental das crianças vulneráveis à desnutrição, com vistas às intervenções no processo saúde-doença. Foi notório que as práticas de saúde em famílias que apresentam os fatores sócio-econômicos, demográficos e ambientais precários precisam ser revistas para controle da desnutrição infantil. Diante deste contexto, esse trabalho contribui como indicador epidemiológico a fim de trabalhar no incentivo a qualidade de vida bem como a promoção e educação a saúde no âmbito familiar. Sugere-se a realização de novos estudos, com amostras significativamente maiores com vistas a elucidar os fatores associados à ocorrência da desnutrição infantil.

Palavras-chave: enfermagem, desnutrição infantil, condições sócio-econômicas.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

257 - Prevalência do aleitamento materno numa unidade de saúde da família

Naiara Barros Polita^{*}

Barbara de Andrade Alves[†]

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[‡]

Lisandra Mara Berti[§]

Introdução: A amamentação oferece inúmeros benefícios para a saúde da criança. O leite materno fornece toda energia e nutrientes necessários nos seis primeiros meses de vida e continua até a metade ou mais das necessidades infantis na segunda metade do primeiro ano. No segundo ano de vida continua sendo importante fonte de gordura, vitamina A, cálcio e riboflavina. Dentre os benefícios do aleitamento materno para a criança podemos citar: é facilmente digerido e assimilado pelo lactente, livre de impurezas, está sempre na temperatura ideal, promove o crescimento e desenvolvimento físico e intelectual, protege contra alergias, diarreias e doenças infecciosas, diminuindo a mortalidade infantil, previne hábitos de sucção não nutritiva e problemas ortodônticos e ortopédicos dos maxilares, além de intensificar as relações da mãe com o filho. Também a prática da amamentação é uma fonte de economia para a família, especialmente nos países em desenvolvimento, onde grande parte da população pertence aos níveis socioeconômicos mais baixos. Isso garante a sobrevivência de muitas crianças que vivem em condições desfavoráveis. Gasta-se aproximadamente 35% do salário mínimo na alimentação do bebê com fórmulas infantis e 11 % com leite tipo C. Para as mães destaca-se menores possibilidades de desenvolver câncer de mama, maior rapidez na involução uterina e proteção contra a gravidez nos primeiros meses após o parto. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a amamentação exclusiva e sob livre demanda até os seis meses de idade e acrescida de outros alimentos até os dois anos de idade. Para garantir o tempo de oferta do leite materno à criança preconizado pela OMS, várias normatizações e ações foram desencadeadas em nível nacional e internacional, com o objetivo de ampliar a divulgação dos benefícios e a prática do aleitamento materno. Destacam-se a Declaração de Innocenti em 1990, a instituição da Semana Mundial de Amamentação em 1992, o estabelecimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL) em 1988, a iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em 1990, a revigoração dos Programas de Puericultura em unidades básicas de saúde. Apesar da ampla divulgação nas maternidades, postos de puericultura, e campanhas de saúde pública, a prática do aleitamento materno não atingiu a frequência e duração desejável, embora venha evoluindo favoravelmente durante os últimos 30 anos. Muitos são os fatores que interferem na prática do aleitamento materno levando ao desmame precoce, podendo ser estes referentes à mãe ou aos serviços de saúde. Dentre eles estão: nível socioeconômico, idade, paridade, escolaridade, cultura, inserção no mercado de trabalho, falta de conhecimento sobre os benefícios do leite materno, uso de bicos artificiais como mamadeira e chupeta, orientação precoce de fórmulas lácteas pelos profissionais, impossibilidade de amamentar na sala de parto, ausência de alojamento conjunto, internação da mãe ou criança por longo período de tempo, ausência ou mau funcionamento de banco de

* Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança da Universidade Estadual de Londrina -PR. Rua Felício Marconi, 191. Vale do Arvoredo. Londrina-PR. naiarapolita@hotmail.com. Fone: (43)8802-6643.

† Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança da Universidade Estadual de Londrina -PR.

‡ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente e Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR

§ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Enfermagem do Centro Universitário Filadélfia de Londrina-PR



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

leite humano, desestímulo à amamentação, falta de apoio à amamentação após a alta hospitalar e influência da família e amigos. **Objetivo:** Diante dos inúmeros benefícios da amamentação e do risco de desmame precoce, esse trabalho tem como objetivo descrever o tipo de aleitamento e a faixa etária de incidência do desmame precoce de crianças atendidas nas consultas de enfermagem numa Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Londrina-Paraná. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo transversal. A amostra é composta por crianças de 0 a 2 anos atendidas pelas residentes de enfermagem em Saúde da Criança da Universidade Estadual de Londrina (UEL) na consulta de enfermagem em uma USF da região norte do município de Londrina no período de maio de 2008 a abril de 2009. Essa USF abrange dezessete bairros, possui três equipes de Saúde da Família e acompanha 1872 crianças cadastradas no seu território, sendo 78 menores de 1 ano. Aproximadamente 57 crianças, de 0 a 18 meses de idade, são acompanhadas pela residente por meio de puericulturas, avaliações e visitas domiciliares. Além disso, a enfermeira residente em Saúde da Criança participa de campanhas de vacina, desenvolve ações educativas em centros de educação infantil e com grupo de gestantes, realiza capacitação dos profissionais de saúde e procedimentos de enfermagem em crianças. O período de estágio da residente na USF é de cinco meses. Os dados foram obtidos de prontuários desta unidade e do livro de registro das consultas de enfermagem realizadas pelas residentes. O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi definido como aquele em que a criança recebe somente leite materno de sua mãe ou leite materno ordenhado e não recebem outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, suplementos, minerais ou medicamentos. O aleitamento materno predominante (AMP) foi considerado como aquele em que a fonte predominante de nutrição é o leite materno, porém a criança também recebe água e bebidas à base de água e suco de frutas. O aleitamento misto (AMM) foi definido como aquele em que a criança recebe o leite materno e outro tipo de leite. O aleitamento artificial (AA) foi definido como aquele em que a criança não recebe leite materno, mas recebe outro tipo de leite. O aleitamento materno (AM) foi considerado quando a criança recebe leite materno e outros alimentos, que não seja outro tipo de leite. **Resultados:** Foram realizados 347 atendimentos. Destas, 19,4% foram de crianças menores de 1 mês de idade; 32,4% de 2 a 4 meses, 29,4% de 5 a 9 meses, 18,8% de 10 a 18 meses. O tipo de aleitamento predominante na faixa etária de menores de 1 ano foi o AME com 84,0%. Apenas um caso de criança em aleitamento artificial nesta faixa etária. Entretanto, 9,4% em AMP e 4,6% em AMM. Na faixa etária de 2 a 4 meses também prevaleceu o AME com 55,7%. Porém, 16,8% estavam em AA. Dos 5 aos 9 meses, predominou o AA com 40,2%; apenas 14 (32,5%) em AME de 5 a 6 meses. Na faixa etária dos 10 aos 18 meses, também predominou o AA com 51,5%. Nessas puericulturas ocorreram 17 casos de desmame precoce, sendo a maior incidência na faixa etária de 2 a 4 meses (47,0%). **Conclusão:** Apesar de serem poucos os casos de desmame precoce, o aleitamento materno exclusivo foi prevalente somente até os 4 meses de idade e após essa faixa etária, o aleitamento artificial foi mais encontrado. Isso mostra uma tendência de desmame precoce aos 4 meses. Considerando a recomendação da Organização Mundial de Saúde de amamentação exclusiva e sob livre demanda até os seis meses de idade e acrescida de outros alimentos até os dois anos de idade, os resultados encontrados foram aquém do esperado. Isso aponta para a necessidade de maior ênfase na promoção e manejo do aleitamento materno nas consultas de enfermagem nesta USF e nas maternidades e campanhas de saúde pública. Também, é preciso identificar os fatores que levaram as mães a não manterem o AME até o 6º mês de vida da criança conforme preconizado pela OMS.

Palavras-chave: aleitamento materno, puericultura, desmame precoce.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

258 - O atendimento do recém-nascido na rede básica de saúde: subsídios para a promoção da atenção integral

Andrearra de A. e Silva^{*}
Maria Cândida de C. Furtado[†]
Miyeko Hayashida[‡]
Márcia C. G. Reis[§]

O perfil de morbi-mortalidade tem definido, no Brasil, o grupo materno-infantil como prioritário para o desenvolvimento de ações em saúde, sendo que diretrizes políticas, programas e serviços de saúde têm buscado direcionar cuidados à criança com vistas à redução da mortalidade infantil, considerada um grande indicador capaz de refletir o desenvolvimento social e econômico de um país ou região e também aspectos biológicos da saúde de crianças e sua qualidade de vida. Esta redução ainda é um desafio para os serviços de saúde, para a sociedade de modo geral e configura-se como uma das principais metas da atual política para a infância proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em um movimento de defesa da vida, o governo brasileiro busca qualificar a atenção à criança e reduzir a mortalidade infantil, com destaque para a neonatal. Medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida são efetivadas com as consultas de puericultura. O intuito é garantir assistência integral e educação das crianças e de seus familiares, considerando-se que a criança deve ser compreendida em sua interação com o ambiente familiar e social. Propostas de estruturação da atenção à criança têm se incrementado nas políticas municipais, organizadas segundo as necessidades de saúde locais e disponibilidade de recursos. Criado em 1995 e inserido no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde (PAISCA-SMS) de um município de médio porte do interior paulista, o programa “Floresce uma Vida” constitui-se em uma estratégia para implementar as recomendações da atual Política Nacional de Saúde da Criança, na perspectiva do cuidado integral do recém-nascido (RN). O foco principal é a articulação entre o atendimento hospitalar e o agendamento e seguimento da criança nas unidades básicas de saúde, realizando a contra-referência do binômio após o parto, especificamente dos residentes no município. Considerando o acompanhamento das crianças pelas unidades de saúde como uma das ações mais importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes, como também para o alcance de uma melhor qualidade de vida, realizou-se um estudo transversal com objetivo de identificar, após o nascimento, o primeiro atendimento na rede básica de saúde de crianças residentes em um município do interior paulista. Foram incluídas todas as crianças nascidas no município, no ano de 2008, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com agendamento da primeira consulta na rede básica de saúde entre 01 de janeiro e 31 de dezembro do mesmo ano. A coleta de dados foi baseada em planilhas fornecidas pelo PAISCA-SMS após solicitação por escrito. Estas planilhas possuem dados dos relatórios de avaliação mensal do PAISCA enviados pelas 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF)

^{*} Graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (EERP-USP)
Avenida do Café, 1715 – ap.112. Bairro Vila Amélia. CEP: 14050 - 230. Ribeirão Preto - SP. E-mail: dre_pekana@yahoo.com.br

[†] Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP.

[‡] Enfermeira Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP.

[§] Enfermeira. Mestre. Responsável técnica pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

do município. Os dados destas planilhas não identificam as crianças, somente os atendimentos. Portanto, o sigilo dos dados coletados foi garantido, seguindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 196/96. Os dados foram duplamente digitados em planilhas eletrônicas do software Office Excel. Para a análise dos dados utilizou-se o programa Epi-Info. Os resultados foram apresentados em frequências absolutas e relativas. A assistência à saúde no município está organizada em cinco regiões denominadas Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central) visando o acesso da população aos serviços de saúde. Duas UBS e uma USF não devolveram os relatórios à Secretaria Municipal de Saúde. Das 45 restantes, 12 (26,70%) estão localizadas no Distrito Norte, 4 (8,90%) no Distrito Sul, 7 (15,60%) no Distrito Leste, 16 (35,60%) no Distrito Oeste, 5 (11,10%) no Distrito Central e 1 (2,20%) na zona rural. Houve 4.407 nascimentos no ano de 2008 pelo SUS no município, tendo uma média de 97,93 (desvio padrão \pm 82,3547) nascimentos por unidade de saúde. O mínimo de nascimentos registrados por unidade foi 5 e o máximo foi 392. Dos 4.389 partos realizados pelo SUS no município, 2.830 foram normais e 1.559 cesáreos. Das 4.407 crianças que nasceram, 3.718 (84,36%) receberam a vacina contra hepatite B e 689 (15,63%) foram considerados ignorados. A média de vacinas por unidade de saúde foi de 97,93 (desvio padrão \pm 82,3547). Com relação à vacina BCG, 3.712 (84,22%) crianças foram vacinadas e não há dados de 695 (15,77%) crianças. A média de vacinas BCG por unidade de saúde foi igual a da vacina contra hepatite B. A frequência de teste do pezinho foi maior do que a de vacinas, sendo realizado em 3.958 (89,81%) crianças. Quanto às 2.541 consultas de enfermagem agendadas até o sétimo dia de vida, 1.549 (60,96%) compareceram no dia agendado e 298 (11,72%) faltaram. A média de consultas realizadas após o agendamento por unidade de saúde foi de 10,9556 (desvio padrão \pm 13,4248). Os resultados deste estudo demonstram a realização de mais partos normais que cesáreos pelo SUS, uma cobertura vacinal em torno de 85% e a realização da triagem neonatal em quase 90% da população estudada. Apesar destes dados, apenas 60% das crianças compareceram à consulta de enfermagem no dia agendado, indicando uma necessidade de estudos futuros para identificar a causa do não comparecimento das demais crianças. Acreditamos ser um estudo que reforça a importância do acompanhamento das crianças pelas unidades de saúde e que auxilia na avaliação da atenção à criança no município, no intuito de identificar subsídios para o aprimoramento desta atenção, contribuindo com a mudança no modelo de assistência à criança e sua família.

Palavras-chave: recém-nascido, assistência integral à saúde, promoção da saúde, saúde da criança, enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

259 - Obesidade infanto-juvenil: percepção dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde de Itajubá-MG

Adriana Marques Lopes*
Débora Maria Soares Corrêa†
Roberta Areias Silveira‡
Valdinéa Luiz Hertel§

Segundo a Pesquisa Nacional sobre saúde e Nutrição de 1989, citado por Nascimento (2002), no Brasil existem 1,5 milhões de crianças obesas, sendo a maior prevalência em meninas nas regiões sul e sudeste. Taddei (1995) acrescenta que a prevalência de crianças obesas nessas regiões do país, que são consideradas as mais desenvolvidas, está entre as crianças pertencentes às famílias de maior renda. A prática de assistir televisão várias horas por dia, a difusão dos jogos eletrônicos, a utilização de alimentos industrializados em substituição as preparações caseiras sendo estes mais saborosos e mais calóricos, bem como a forte campanha publicitária de incentivo ao consumo desses alimentos são fatores que devem ser considerados no aumento da obesidade. Na adolescência, acrescenta-se o fato de ser considerado um período crítico para iniciar ou agravar uma obesidade pré-existente, devido ao aumento fisiológico do tecido adiposo, o maior consumo de *fast food* com alto teor calórico e também por instabilidades emocionais frequentes neste período (ESCRIVÃO; *et al* 2000). A criança, por estar em processo de crescimento e desenvolvimento, é muito vulnerável em todos os aspectos: físico, intelectual, emocional e espiritual. Assim se houver algum obstáculo, intrínseco ou extrínseco que prejudique o seu desenvolvimento, a continuidade desse processo poderá ser comprometida, temporária ou permanentemente. Para um desenvolvimento saudável a criança deve ser educada dentro de um ambiente familiar harmonioso, agradável e equilibrada. É nesta fase que os pais devem estar introduzindo os hábitos alimentares saudáveis para que haja um bom crescimento e desenvolvimento até a vida adulta. Não basta ter acesso aos alimentos, é necessário saber comer e escolher os alimentos de forma e em quantidades adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida, para que assim se tenha uma vida saudável. A criança obesa passou a ser motivo freqüente de consulta ao pediatra e muitas vezes ao endocrinologista. As grandes maiorias dessas crianças provêm de lares em que freqüentemente um dos pais é obeso, sendo flagrante a falta de orientação e de crítica na alimentação da família e da criança. O *fast food* da esquina, ou mesmo a cantina da escola é quem dita o cardápio do almoço e jantar de muitas de nossas crianças. Piora esse quadro a falta de atividade física delas, freqüentemente confinados em casa com televisão, computadores e vídeo game. (FEFERBAUM, 2002). A obesidade é considerada um fator de risco para diversas enfermidades que podem iniciar-se na infância e adolescência como a hipertensão arterial, aumento do colesterol, diabetes do tipo II, problemas respiratórios, ortopédicos, além de distúrbios ou comportamento, na vida afetiva e no desenvolvimento

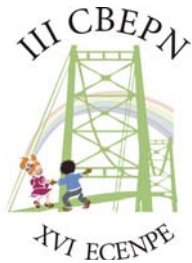
* Enfermeira do Programa da Saúde da Família da Cidade de Pedralva de Minas Gerais.

† Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Wenceslau Braz de Itajubá (EEWB).

‡ Enfermeira, da UTIN do Hospital Santa Helena de São Paulo; pós graduanda em Enfermagem Neonatal e Pediátrica pela Faculdades Integradas Teresa D'Ávila (FATEA).

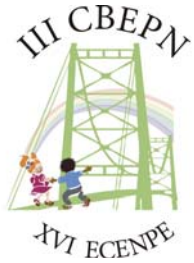
§ Enfermeira, Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas; Prof^a Assistente da Disciplina Saúde da Criança e do Adolescente da FATEA e coordenadora do curso de Pós graduação em Neonatologia e Pediatria; Prof^a Titular da Disciplina Administração e Assistência Infantil da EEWB de Itajubá.

Endereço: Avenida Silvestre Antônio Junqueira Ferraz, 610, apto 402, bloco 04, Boa Vista, CEP: 37505-130 Itajubá – MG. E-mail: neahertel@itajuba.com.br



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

psicológico e social das crianças e adolescentes. (VIUNISK; VIUNISK, 2001). De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), as necessidades energéticas de um indivíduo são a quantidade de energia alimentar ingerida que compensa o gasto energético, quanto o tamanho e composição no organismo e seu grau de atividade física são compatíveis com o estado duradouro de boa saúde, permitindo-o manter sua atividade física normal. E acrescenta, ainda que, em princípio, fosse conveniente determinar as necessidades das crianças medindo-se o gasto energético, como se faz com os adultos, este procedimento torna-se muito difícil na prática. Para a criança crescer saudável ela deve receber alimentos complementares adequados no momento oportuno. Uma alimentação adequada deve ser rica em energia, proteínas e micronutrientes (ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), isenta de contaminações, não muito salgada, fácil de ser comida, em quantidade apropriada, disponível e acessível. É de fundamental importância que a criança goste da dieta e que ela seja culturalmente aceita. (AGIUGLIANI; GIUGLIANI, 2044). De acordo com Accioly; Lacerda (2002), dentro do planejamento dietético para a infância, a conduta nutricional deve estar pautada nas informações sócio-econômicas, clínicas e alimentares. O primeiro passo do plano consiste no cálculo do valor energético da dieta com base nas recomendações nutricionais vigentes. O valor energético total é obtido através do produto do peso expresso em quilogramas e a recomendação energética por unidade de peso, segundo a faixa etária. Conforme IDECG (*International Dietary Energy Consultancy Group*) citado pela OMS, as necessidades de energia baseia-se segundo idade e sexo. Afirma Whaley; Wong (1999), em todo o conteúdo que o crescimento é desigual durante os períodos da infância entre a fase de lactente e adolescência, quando existem platôs e pequenos estirões de crescimento. O apetite da criança flutuará em resposta a tais variações até o estirão de crescimento turbulento da adolescência, quando a nutrição adequada é extremamente importante, mas que pode ser sujeita às numerosas influências emocionais. A nutrição adequada está intimamente relacionada à boa saúde através de toda a vida, e uma melhoria global na nutrição é evidenciada pelo aumento gradual no tamanho e na maturação inicial das crianças nesse século. Em contrapartida obesidade pode ser definida, como “acúmulo de tecido gorduroso, regionalizado ou em todo o corpo, causado por doenças genéticas ou endocrinometabólicas ou por alterações nutricionais”; (...) como condição de excesso de tecido adiposo associado com resultados adversos para a saúde”. Apesar das diversas definições, fica claro que obesidade é excesso de massa adiposa em relação ao peso corporal total que resulta em efeitos deletérios para a saúde. (RODRIGUES, 2002). Segundo Nascimento (2002), a obesidade é uma doença multifatorial e as suas causas podem ser divididas em primárias ou secundárias. Sendo as causas primárias, alimentação inadequada (desmame precoce, hábito alimentar, acesso à alimentação, influência da mídia e dos amigos), sedentarismo e herança genética e as causas secundárias: alterações genéticas, disfunções neurológicas, endocrinopatias e ingestão medicamentosa. E complementa que, o diagnóstico da obesidade pode ser realizado através da avaliação das curvas pondero-estaturais e o Índice de Massa Corpórea (IMC). O IMC é considerado fidedigno em vários estudos realizados em crianças e adultos, tendo sido desenvolvidos gráficos para ambos os sexos com variações da relação do IMC distribuídos em percentis. O valor assim obtido estabelece o diagnóstico da obesidade e caracteriza também os riscos associados. É importante o controle de peso durante a infância já que a obesidade adquirida nesse período da vida tende a persistir na vida adulta. O risco de a obesidade na infância continuar na vida adulta está relacionado ao tempo de duração e à sua gravidade. Estudo cujos objetivos foram identificar se os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde - UBS de Itajubá – MG, percebem o aumento da obesidade infanto-juvenil e identificar, quais as medidas tomadas por estes profissionais com relação ao aumento da obesidade infanto-juvenil. Trata-se de um estudo exploratório a



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

partir da perspectiva da abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por dezesseis profissionais de saúde, 2 auxiliares de enfermagem, 5 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros e 5 médicos. Sendo a maioria do sexo feminino. A amostragem do tipo não probabilística por conveniência. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada contendo três perguntas em concordância com os objetivos da pesquisa e transcrita literalmente. Para tratamento dos resultados optou-se pela análise de conteúdo, optando-se pelo tipo temático, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material para categorização, tratamento dos resultados e interpretação. Durante todo o processo de trabalho foram obedecidas rigorosamente as diretrizes para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. Os dados revelaram que os profissionais avaliam o crescimento das crianças e adolescentes atendidos nas UBSs através da tabela dos Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN e curva pondero estatural sendo que metade percebem o aumento da obesidade e a outra não. Os que percebem atuam na prevenção através de orientações de enfermagem e médicas preventivas e encaminhamento ao endocrinologista ou nutricionista. Concluímos que os profissionais das UBSs de Itajubá- MG ainda não percebem totalmente o aumento da obesidade, tanto na infância quanto na adolescência, assim, medidas preventivas não são tomadas apropriadamente para uma prevenção da obesidade nessa faixa etária do estudo. Observamos também que profissionais de uma mesma UBS apresentaram percepções diferentes em relação ao aumento da obesidade, ocorrendo um déficit no trabalho em equipe em relação às intervenções necessárias incluindo todas as categorias profissionais.

Palavras- chave: obesidade, infanto-juvenil, percepção, profissionais.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**261 - A contribuição do projeto de extensão no cuidado de enfermagem à
criança hospitalizada através da utilização do brinquedo terapêutico**

Dayanna Santos de Paula Ferreira*

Souza Francisca Lopes[†]

José Carlos Benfica dos Santos Júnior[‡]

Luciana Rodrigues Silva[§]

Introdução: A prestação da assistência de enfermagem à criança, independente do contexto em que esteja ocorrendo, é algo abrangente. Além da execução adequada da técnica ou do domínio dos conhecimentos relacionados à determinada patologia, exige que a criança e sua família sejam contempladas como um todo: atender suas necessidades emocionais, estabelecer vínculos com ela e a família, saber compreendê-la, conforme a fase de desenvolvimento em que se encontra e, especialmente, quando vivencia um processo de doença. Durante o, do curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ UFF, na unidade pediátrica de um Hospital Universitário (HU) percebeu-se que as crianças tornavam-se ansiosas, irritadas e agressivas quando eram informadas pela equipe de enfermagem quanto à necessidade de realizarem algum procedimento invasivo ou não invasivo. Diante desta problemática surgiu o interesse de desenvolver um estudo que fosse capaz de contribuir para amenizar os efeitos da internação na clínica pediátrica. Entre as novas tendências filosóficas do cuidado à criança, destaca-se a prestação da assistência atraumática que pressupõe intervenções voltadas a eliminar ou minimizar os desconfortos físicos e psicológicos experimentados pelas crianças e seus familiares sejam na realização de um procedimento ou quando vivenciam a internação hospitalar. Como recurso para esta assistência de enfermagem efetiva destaca-se o emprego do brinquedo/ brinquedo terapêutico. Estudos mostram o quão importante é o ato de brincar para o desenvolvimento sensório-motor e intelectual da criança. A comunicação entre a criança e o adulto pode se tornar mais construtiva e oferece mais oportunidades à criança de participar ativamente quando a brincadeira é utilizada como um meio. Assim, Brinquedo Terapêutico é um brinquedo estruturado que permite a orientação, encoraja a cooperação e possibilita à criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas para sua idade que costumam ser ameaçadora e requerem mais do que recreação, para que sejam resolvidas. O método também possibilita ao profissional de saúde conhecer os medos, as dores, inseguranças e o que a criança pensa sobre a sua hospitalização através da associação do seu imaginário ao brinquedo, enfim expõem o impacto causado pela hospitalização para si auxiliando os profissionais na realização da melhor conduta. Não exige local específico para sua aplicação, no entanto entende-se como ideal um ambiente aconchegante e seguro, pois é

* Acadêmica de Enfermagem do 9º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Monitora de Enfermagem na Saúde da Criança e Adolescente II. Integrante do Núcleo de Enfermagem em Psicossomática (NEPPES)

[†] Mestre em Enfermagem em Psicologia Social. Professora Assistente do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF. Integrante do Núcleo de Estudo sobre História da Enfermagem da EEAAC/UFF.

[‡] Acadêmico de enfermagem do 9º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Bolsita PIBIC. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG).
Endereço: Rua Henry Ford 205/407 – Bloco B – Tijuca. Rio de Janeiro – RJ.
Email: jc.benfica@hotmail.com

[§] Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da EEAAC/UFF. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Cidadania e Gerência na Enfermagem (NECIGEN).

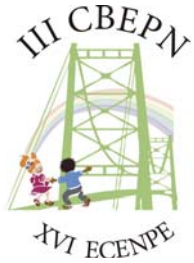


**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

essencial que durante a sessão de brinquedo terapêutico, a criança perceba a presença de um adulto aceitador que a encoraje a expressar seus sentimentos. As sessões de brinquedo terapêutico são de 15 a 60 minutos, sendo realizadas individualmente ou em grupo de até dez crianças, durante o turno da manhã, com até três encontros semanais. Desta forma, esta pesquisa traz como objetivo: Implementar o uso do brinquedo terapêutico na unidade pediátrica de um HU a fim de minimizar os efeitos oriundos do processo de hospitalização.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com análise qualitativa dos dados. O cenário da pesquisa foi a Enfermaria Pediátrica de um Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Os sujeitos desse estudo foram 32 crianças pré-escolares e escolares que estavam realizando tratamento clínico e cirúrgico por um período superior a 03 dias, bem como seus acompanhantes que participam como observadores, da unidade pediátrica do HU durante os meses de coleta de dados, que foi realizada de maio a novembro de 2008. Para implantação do projeto, inicialmente, mantivemos contato com a enfermeira responsável pela unidade pediátrica para que esta conhecesse não só o projeto, mas também os voluntários que dele participariam. O estudo obteve aprovação da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal Fluminense sob o nº 23069.031464/03-20 e foi desenvolvido conforme preconiza a Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, cabendo ao pesquisador o cumprimento dos aspectos éticos com os sujeitos participantes. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, tendo ausência de riscos ao paciente, garantindo a privacidade e o anonimato de dados dos paciente.

Resultados: Na ocasião, reiteramos nossos esforços para a busca de estratégias que contribuíssem para a humanização da assistência às crianças e seus familiares, que se encontrassem na situação em questão, bem como nos empenhamos para adequar a implementação das atividades às rotinas do setor. Em um primeiro momento os integrantes do programa faziam a apresentação dos participantes, especificando os objetivos do projeto para os responsáveis pelas crianças e, somente após a permissão dos mesmos, as crianças eram convidadas a participar das brincadeiras que aconteciam na própria sala de recreação da unidade. Os participantes observavam a técnica com atenção, tiravam dúvidas a respeito do procedimento com conseguinte realização da ação no brinquedo. Dentre as crianças acompanhadas é importante salientar que: vinte e sete aceitaram participar da atividade, cinco não concordaram em participar de início, mas ao observar a atividade em um momento posterior participaram. Desta forma, ao término da atividade observamos que: vinte e seis crianças apresentaram-se alegres, dezoito apresentaram-se calmas e tranqüilas e três agitadas. Nas falas dos participantes salientamos expressões como: o “furar” e o “cuidado para não machucar”. **Conclusão:** Diante do exposto, foi possível perceber a redução do estresse vivenciado por essas crianças durante o processo de hospitalização através da observação de técnicas “simples”, como por exemplo, a coleta de sangue, na qual as crianças que participaram da terapêutica mostraram-se tranqüilas e conscientes da necessidade e importância do procedimento para a sua recuperação e alta hospitalar. A operacionalização mostrou-se bastante favorável como uma estratégia terapêutica de intervenção na assistência à criança que permanece internada na unidade pediátrica, uma vez que se utiliza o brincar e o se divertir, atividades que despertam o interesse da criança como instrumentos para promoção de conhecimento e autocuidado. A crescente busca pela humanização da assistência também pode ser alcançada através da compreensão de que o espaço hospitalar não é um ambiente onde se vivencia apenas aspectos desagradáveis, como dor, ansiedade e choro; ao contrário, pode ser transformado em um local que facilita o desenvolvimento global da criança através do exercício de suas potencialidades.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, brinquedo terapêutico e criança.

Referenciais:

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WINKELSTEIN, Wilson. Wong. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ªed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2006. 1303 p.

MARTINS, Maria do Rosário; RIBEIRO, Circéa Amália; SILVA, Conceição Vieira da. *Protocolo de Preparo da Criança para Punção Venosa, com a Utilização do Brinquedo Terapêutico*. Disponível em: < <http://www.bireme.br>>.

RIBEIRO, Circéa Amália; ANGELO, Margareth. *O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico*. Revista Escola de Enfermagem USP. 2005. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/60.pdf>>.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**262 - Relação multiprofissional no atendimento das crianças no ambulatório do
Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP**

Aline Schütz Balistieri*
Beatriz Lopes Silva[†]
Daniele Marins[‡]

A origem da equipe de saúde como se conhece hoje, provêm de três modelos de “equipe de saúde” diferentes que foram descritos e que atuavam a partir do século XVIII. Cada um com características distintas, mas com algo semelhante: a preocupação com o estado de saúde da população. Os três modelos são descritos a seguir: medicina de estado, desenvolvida na Alemanha no começo do século XVIII, na qual uma “equipe de saúde” era constituída por médicos, havia uma organização administrativa central que supervisionava e dirigia o trabalho médico e funcionários médicos que eram nomeados pelo governo; medicina urbana, desenvolvida na França, nos fins do século XVIII, na qual a “equipe de saúde” era constituída por médicos, químicos e físicos; e a medicina da força de trabalho, desenvolvida na Inglaterra, no segundo terço do século XIX, sobre a qual uma “equipe de saúde” era constituída por médicos que se ocupavam dos pobres, médicos que se ocupavam de problemas gerais como as epidemias e médicos privados que se ocupavam de quem podia pagar. O termo “equipe de saúde” não era utilizado, mas, ao haver uma descrição das etapas de formação da medicina social, há a visão de uma equipe que trabalha em nome da saúde. Segundo Fortuna (1999) existem três concepções diferentes sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços, ou seja, a equipe é vista como algo que irá aumentar a produtividade (os resultados), pois são mais pessoas trabalhando em prol de um mesmo objetivo. Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos, ou seja, nessa concepção, o que é realmente levado em consideração são as relações que serão formadas entre os membros da equipe durante o trabalho realizado. No que diz respeito à interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde, ou seja, nessa concepção, são levados em consideração as trocas que ocorrem no trabalho em equipe, e como as diferentes profissões, com diferentes conhecimentos, se inter relacionam e podem tirar proveito dessa relação. Os poucos estudos publicados sobre equipe permite observar que esta raramente tem sido explorada como realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde. É no século XVIII, com o surgimento do Hospital como local de cura e não mais como local onde se vai para morrer, e com a medicalização e aplicação de disciplina no espaço hospitalar, que se pode visualizar o surgimento da “equipe de saúde”. Essa “equipe de saúde” está presente no ritual da visita médica, que é seguida por toda a hierarquia do hospital, assistentes, alunos, enfermeiras e outros. As antigas modalidades de “equipes de saúde” guardam poucas semelhanças com as equipes de saúde com as quais se convive hoje. Hoje em dia é mais comum ver uma equipe de saúde denominada de equipe

* Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período – Rua Pedro Domingues, 104, casa 02, Encantado – Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20756-080. E-mail: line-ac@ig.com.br

[†] Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período.

[‡] Professora substituta do departamento de enfermagem materno infantil e psiquiatria da Universidade Federal Fluminense. Enfermeira Especialista em enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em parceria com a clínica Perinatal de Laranjeiras.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

multiprofissional ou interdisciplinar de saúde, com uma quantidade maior de profissionais envolvidos no tratamento ao cliente, como é o caso do local onde esse trabalho foi realizado, onde estão em conjunto, trabalhando em prol de um atendimento completo às crianças, uma nutricionista, uma médica e uma enfermeira. Os primeiros trabalhos multiprofissionais surgiram nas décadas de 1930 / 1940 e estavam ligados à área de saúde mental. A relação multiprofissional é definida como profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente com a articulação dos trabalhos especializados de cada um deles. A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. Mas há que se ter atenção para não confundi-la com interdisciplinaridade. A primeira retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado; o processo terapêutico é fragmentado. A segunda implica na interação entre duas ou mais disciplinas, sendo que essa interação se reflete na integração de conceitos-chave, todas as disciplinas atuarão conjuntamente, sem haver a divisão de serviço especializado, como ocorre na multiprofissionalidade. No local onde foi realizada essa pesquisa, observa-se com clareza que a equipe funciona de uma maneira mais ligada a forma multiprofissional, pois apesar de haver um conjunto no atendimento às crianças, cada profissional atua de forma independente, de acordo com seus conhecimentos. O presente trabalho objetiva principalmente a constatação da importância da atuação de uma equipe multiprofissional no atendimento completo à criança, garantindo sua saúde de forma ideal e integral. Essa é uma pesquisa qualitativa, que usou como base de coleta de dados a estrutura semi-estruturada, definida como um tipo de entrevista que não impõe a visão de mundo do entrevistador ao entrevistado, deixando-o livre para compor suas respostas. Nesse instrumento, foram utilizadas perguntas que procuraram avaliar se essas profissionais que atuam na sala de consulta à criança, gostam de trabalhar nesse formato multiprofissional, se elas acham que esse estilo traz benefícios tanto para os pacientes quanto para elas mesmas. Quais são os possíveis malefícios que pode trazer, tanto para os profissionais quanto para os pacientes e como esse modo de trabalho ajuda na atualização contínua dos profissionais. Foi realizada no ambulatório do hospital Universitário Antônio Pedro, no município de Niterói, RJ. De acordo com os resultados, tivemos a possibilidade de constatar a importância do atendimento multiprofissional para que as crianças recebam um atendimento completo e qualificado, fazendo com que sejam avaliadas de uma vez só por três tipos de profissionais diferentes, o que facilita para as mães, que não precisam voltar vários dias diferentes para receber atendimento de cada profissional individualmente, o que muitas vezes, é o motivo pelo qual as crianças não são acompanhadas de forma regular, pois as mães não podem voltar em outros dias, o que torna a falta um fato comum e que prejudica o bom acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança. Enfim, podemos concluir que a atuação em equipe multiprofissional, trás benefícios tanto para os pacientes, que podem ter um completo atendimento de qualidade, quanto para os profissionais, que se aprimoram sempre mais, trocando informações entre si e aprendendo modos diferentes de lidar com os pacientes que trazem benefícios para seus modos de trabalho e permite que estejam sempre atualizados.

Palavras-chave: equipe de assistência, equipe multiprofissional, interdisciplinar.

Referências:

- PEDUZZI, Marina; **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**, Revista de Saúde Pública, 2001, Vol. 35, N. 1, pp. 103 – 109; São Paulo, SP. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/cobemo7/peduzzi_cobem_07.pdf Acesso em 25 julho 2009.
- SAAR, Sandra Regina da Costa & TREVIZAN, Maria Auxiliadora; **Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2007,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Vol. 15, N. 1, pp. 1 – 7; São Paulo, SP. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf Acesso em 25 julho 2009.

• SANTOS, Maria Auxiliadora Borges dos; **O cuidado à equipe multidisciplinar**, Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2006, Vol. 39, N. 3, pp. 425-432; Ribeirão Preto, SP. Disponível em:

http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n3/15_cuidado_equipe_multidisciplinar.pdf Acesso em 19 agosto 2009.

• FORTUNA, Cinira Magali; **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**, Dissertação de mestrado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, departamento materno-infantil e saúde pública. Ribeirão Preto, SP, 1999. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03022009-103507/> Acesso em 25 agosto 2009.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

263 - A avaliação dos pais sobre o ambiente da UTI neonatal de um hospital escola

Lenir Concatto Cauduro*

Raquel Cunha[†]

Maria Luzia Zambrano Clarisse[‡]

Introdução: Atualmente, estudos têm relatado a preocupação com o ambiente da UTI Neonatal e com os estímulos provocados no neonato, comprometendo seu crescimento e seu desenvolvimento neurológico. A população mais vulnerável a essas alterações na UTI Neonatal são os pré-termos criticamente doentes, devido ao aumento da sobrevivência de bebês cada vez menores em nosso meio. O ambiente ideal de desenvolvimento para o bebê continua sendo o útero materno, que é o espaço com características fundamentais para o crescimento e desenvolvimento cerebral normal. O estresse produzido pelo ambiente da UTI, através de ruídos, luminosidade e variação constante da temperatura ambiente, provoca alterações fisiológicas importantes no ganho ponderal e, principalmente, no cérebro em formação. A equipe que atua na UTI Neonatal tem a responsabilidade de cuidar dos neonatos, dando suporte adequado ao seu desenvolvimento neuro-comportamental enquanto estiverem internados. Esses cuidados vão desde os mais simples, como a troca de fraldas, até os de alta complexidade, envolvendo também o ambiente físico e os ruídos provocados pela própria terapêutica. As formas de cuidado devem fugir dos modelos tradicionais tanto médicos quanto de enfermagem no ambiente neonatal. A equipe poderá iniciar por modificações no meio ambiente tradicional da UTI Neonatal, caracterizado pela grande circulação de pessoas, ruídos dos aparelhos de alta tecnologia, bips, alarmes de incubadoras, monitores, vozes humanas, sons externos e luminosidade excessiva, elementos que interferem no sono e repouso do neonato internado. Na UTI Neonatal de alta complexidade, os bebês são expostos 24 horas a fontes de ruídos e luminosidade. Os ruídos do ambiente neonatal, além de danos auditivos nos neonatos, provocam também respostas fisiológicas e comportamentais nos bebês, alterações no sono e até na sua sociabilidade, como consequência de ganho inadequado do peso, devido ao gasto desnecessário de energia. Este estudo emergiu a partir da preocupação de enfermeiros que estão envolvidos no cuidado ao neonato e sua família e que atualmente trabalham para a evolução do modelo tradicional de cuidado na UTI Neonatal, buscando, por meio de cursos de atualização, a prevenção dos danos que a hospitalização poderá desencadear. A equipe da UTI Neonatal está preocupada em desenvolver um cuidado voltado para o desenvolvimento do pré-termo. Em 2008, a UTI Neonatal iniciou um trabalho envolvendo equipe de enfermagem, médica e todos os serviços de apoio que estão implicados nos cuidados ao pré-termo, com o objetivo de estimular os cuidadores a construir o cuidado visando à qualidade de vida dos bebês após sua alta. Pensando em construir uma UTI menos tradicional e um cuidado centrado na família, acreditamos que ouvir a opinião dos usuários, no caso, os pais, seria o ponto de partida para a melhoria do nosso cuidado prestado no ambiente neonatal, com base nos princípios do Programa de Humanização. Objetivo: Conhecer o entendimento dos pais com relação às ações de humanização no ambiente da UTI Neonatal. Metodologia: Para a realização deste

* Enfermeira assistencial da UTI Neonatal do HCPA- Ms em Enfermagem, Esp. em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Professora da Disciplina de Internato do Centro Universitário Metodista-IPA. E-mail: lesc62@hotmail.com. Barão do Gravataí 360. aptº 501. CEP:90050-330 Porto Alegre-RS

[†] Enfermeira assistencial da UTI Neonatal do HCPA- Esp. em Enfermagem Pediátrica.

[‡] Professora Doutora da Escola de Enfermagem da UFRGS - Chefe do serviço Materno-Infantil do HCPA 4 Enfermeira assistencial da UTI Neonatal do HCPA



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

estudo, optamos por uma abordagem qualitativa, do tipo exploratória. O contexto da pesquisa foi a UTI Neonatal de um Hospital Escola de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. As participantes incluídas no estudo foram oito mães e um pai de recém-nascidos que tiveram seus bebês internados no período de fevereiro a julho de 2008. A inclusão dos participantes ocorreu a partir de três dias de internação dos bebês cujos pais tivessem visitado seus filhos pelo menos três vezes antes da entrevista. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital, sob o n. 07514, e da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número n. 102, em outubro de 2007. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, atendendo-se à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a ética na pesquisa envolvendo seres humanos, antes de assinarem o Termo de Consentimento Informado. Para a coleta de informações, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada. Resultados: A análise de conteúdo gerou um grande tema, denominado A avaliação dos pais sobre o ambiente da UTI Neonatal, e quatro subtemas: O ruído, A temperatura Ambiente, A luminosidade e A manipulação do bebê. Conclusões: A preocupação com os níveis de ruídos da unidade não foi relevante para os pais do estudo em relação aos aparelhos e sons em geral. Os ruídos produzidos na unidade foram considerados como normais, pois os pais acreditam que sejam importantes e que façam parte do tratamento de seus bebês. Os ruídos são entendidos como toleráveis por se tratar de uma UTI de alta complexidade. A incubadora não aparece como ruído importante no ambiente; isto se deve ao desconhecimento desses pais. Estudos apontam o quanto os bebês estão expostos ao ruído contínuo do motor nas 24 horas e o quanto são danosos ao ouvido humano os ruídos que ultrapassam 110 dB. Um entrevistado apontou o ruído provocado pelos próprios cuidadores como agente de desconforto ao sono dos bebês internados, com influência no seu ganho ponderal. Em relação à temperatura das salas, foi mencionada a alternância da temperatura como um desconforto, pois as salas não mantêm a temperatura ideal de 25°C para UTI Neonatal, ocorrendo uma variação significativa do frio para o quente; há preocupação da equipe de enfermagem com a temperatura do corpo do bebê, o que se torna mais importante que a variação da temperatura do ambiente neonatal. Uma participante mencionou o fato de acontecer de a sala estar fria e de a própria mãe poder resolver a situação vestindo o bebê. Chamou a atenção o relato sobre a importância de manter o ambiente frio para evitar infecção hospitalar. Observou-se que a iluminação foi entendida como ideal para o ambiente neonatal, pois facilita a observação dos bebês e a realização dos procedimentos pelos cuidadores. Somente uma participante identificou o RX como fonte de luminosidade prejudicial para os bebês, chamando a atenção o fato de esta mãe ser a única com curso superior. Em relação à manipulação dos bebês, foi unânime entre as participantes o relato de “manipular porque é necessário”; todas entenderam a manipulação como um cuidado importante, reconhecendo que os cuidadores manipulam excessivamente, mas porque é necessário e faz parte da terapêutica. Compararam a afetividade com a técnica e a experiência profissional, por esse motivo, o toque deve ter razão de ser. A coleta de exames laboratoriais é a grande preocupação dos pais, mais do que qualquer outro procedimento doloroso. As mães acreditam que o profissional enfermeiro e elas podem manipular os bebês porque isso os deixa tranquilas. Em geral, a manipulação dos bebês aparece como sendo imprescindível, necessária, desde que feita com tranquilidade e que se tenha o cuidado com a lavagem de mãos. O relato desses pais nos faz refletir sobre as ações humanizadas que realizamos em nossa unidade e o quanto os usuários estão desinformados sobre o tema. Ainda somos uma UTI tradicional de grande circulação por se tratar de um hospital escola e de referência para o Estado. No entanto, acreditamos na humanização dos cuidados centrados no recém-nascido e em sua família, garantindo, assim, a individualização do cuidado, respeitando o neonato como pessoa, ouvindo seus pais e envolvendo-os num processo de integralidade com a equipe na atenção ao recém-nascido.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Iniciou-se em novembro de 2008 uma sensibilização importante dos cuidadores médicos, de enfermagem, radiologia, fisioterapia, serviço de coleta e demais membros envolvidos no cuidado neonatal. Esta sensibilização foi por meio de uma capacitação em dois momentos, em que foi revisto o ambiente da UTI dentro da realidade e do que se pode melhorar, começando-se pela hora do respeito ao sono dos bebês, diminuindo-se os ruídos provocados pela equipe de saúde e diminuindo a luminosidade excessiva da unidade. Os bebês são protegidos ao máximo da exposição à luz artificial, usando-se tecidos de cor escura sobre as incubadoras. Os cuidados são realizados em duplas para maior conforto dos bebês. A equipe de saúde iniciou a auto educação em relação à variação de temperatura no ambiente em prol dos bebês, não em benefício da equipe ou dos demais usuários. Todos os cuidadores da UTI Neonatal continuam em um esforço conjunto pela humanização, de acordo com as políticas públicas de saúde na Área Materno-Infantil da instituição em estudo.

Palavras-chave: ambiência, uti neonatal, cuidado humanizado



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

264 - Avaliação da condição de crescimento de crianças atendidas na consulta de enfermagem de um ambulatório de puericultura

Alberto Dias Santos
Eliana Campos Leite Saparolli

Introdução: O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil foi reconhecido e recomendado como um compromisso universal na Reunião de Cúpula em Favor da Infância, realizada em Nova York, em 1990, e na Conferência Internacional de Nutrição, ocorrida em Roma, em 1992, impondo-se como um direito da população e um dever do Estado. O crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança em função de sua estreita dependência de fatores ambientais relacionados, principalmente: ao tipo de alimentação em quantidade e qualidade; ocorrências e tipos de doenças; cuidados de saúde e vacinação; afetividade da família com a criança; condições de vida; destacando-se a moradia e o saneamento básico e, acesso aos serviços de saúde. O crescimento é uma das poucas funções biológicas que dependem mais do potencial genético, sendo que o alcance desta meta biológica está condicionado às condições ambientais, desde o início da vida intra-uterina, desempenhando uma influência marcante neste processo. Ao avaliar a condição do crescimento infantil para determinar se este crescimento é satisfatório ou insatisfatório, deve-se ter o cuidado de não avaliá-las igualmente, mas considerar, como um parâmetro de análise, as diferenças culturais e ambientais que determinam este crescimento. O Ministério da Saúde recomenda, como padrão de referência para o acompanhamento do crescimento de crianças brasileiras, as tabelas de peso/idade e altura/idade, adotadas pela OMS e construídas pelo National Center for Health Statistics (NCHS), a partir da medição de um grande número de crianças saudáveis de diferentes grupos étnicos. A variação do peso infantil é muito mais rápida do que da estatura e reflete, quase que imediatamente, qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde, mesmo em processos agudos. Num prazo de poucos dias, podem ser observadas alterações importantes no peso, cuja medição é mais fácil e mais precisa que a da estatura. A mensuração do peso trata-se de um índice de fácil aferição por profissional de saúde bem treinado, constituindo-se numa técnica não invasiva e culturalmente bem aceita pelas mães e responsáveis. Tais características tornam este índice muito adequado para o acompanhamento do crescimento e do estado de saúde e nutricional da criança. Por estas vantagens, o índice peso/idade é priorizado para o acompanhamento do crescimento no nível da atenção básica a saúde. A consulta de enfermagem em puericultura tem sido considerada uma das atividades que visa acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, tendo a atuação do enfermeiro um papel fundamental na orientação dos pais e responsáveis sobre a saúde da criança, a fim de contribuir para a promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde. Objetivo: Avaliar a condição do crescimento segundo gráfico de crescimento de peso e idade das crianças de 12 a 24 meses, atendidas nas consultas de enfermagem de um ambulatório de puericultura, em relação à condição de crescimento preconizada pelo Ministério da Saúde. Metodologia: Estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. A população foi constituída por 22 prontuários de crianças na faixa etária de 12 a 24 meses, atendidas na consulta de enfermagem durante o ano de 2007 e gráficos de crescimento de peso/idade destas crianças, cujo padrão de referência adotado foi o NCHS. Foram investigadas as seguintes variáveis: idade da criança, sexo, peso ao nascer, idade gestacional, realização do pré-natal, intercorrências na gestação e no parto, aleitamento materno exclusivo, idade materna, escolaridade, ocupação da mãe, renda familiar e condição de crescimento em relação ao gráfico de crescimento de peso/idade, padrão de referência NCHS. A técnica utilizada para



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

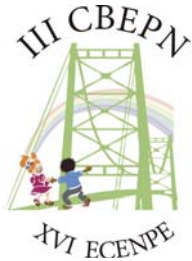
obtenção dos dados foi a análise documental. Resultados: Quando as características das crianças selecionadas neste estudo, verifica-se que 54,6% eram do sexo masculino, enquanto 45,4% do sexo feminino. A faixa etária majoritária das crianças atendidas encontrou-se entre 12 a 19 meses (95,4%) Todas as crianças nasceram a termo e quase a totalidade apresentava peso adequado ao nascer (95,5%). Observou-se apenas o nascimento de um recém-nascido com baixo peso. Este resultado é extremamente satisfatório, pois o nascimento com baixo peso constitui-se num expressivo fator de risco para um retardo no crescimento da criança, que pode ser acometida por vários problemas de saúde, como doenças diarreicas, infecções respiratórias e atraso no crescimento e desenvolvimento Muitos destes fatores têm causas socioeconômicas e podem ser prevenidos com o atendimento adequado por parte dos serviços de saúde e controle pré-natal Em relação ao aleitamento materno exclusivo verificou-se que apenas (18,2%) das crianças abaixo de quatro meses estavam em aleitamento materno exclusivo e um pouco mais da metade em aleitamento misto (59,15), totalizando 77,3% em aleitamento materno. O percentual de aleitamento materno exclusivo foi inferior ao encontrado na cidade de São Paulo no ano de 2004, na qual 30,1% das crianças abaixo de quatro meses estavam em aleitamento materno exclusivo. Entende-se que o abandono da prática do aleitamento materno e a substituição total ou em parte do leite materno precocemente por outros alimentos é ainda mais inadequada quando adotado para as crianças pobres, uma vez que essas estão mais expostas a agentes infecciosas, têm menor capacidade de respostas imunológicas e menor chance de receberem as intervenções e cuidados adequados que podem prevenir ou tratar até doenças mais comuns¹³. Quanto às características das mães das crianças, verifica-se, que mais da metade (59,0%) eram adolescente, enquanto a maioria (81,8%) tinha menos de 25 anos. Estas condições são extremamente preocupantes, pois as piores complicações do parto tendem a acometer meninas com menos de 15 anos e serão piores ainda em menores de 13 anos. A mãe adolescente tem maior morbidade e mortalidade por complicações da gravidez, do parto e do puerpério e, a taxa de mortalidade é duas vezes maior que entre gestantes adultas. Além disto, a incidência de recém-nascido de mães adolescente com baixo peso ao nascer é duas vezes maior que em recém-nascidos de mães adultas e a taxa de morte neonatal é três vezes maior. Todas as gestantes realizam o pré-natal e não tiveram intercorrência durante o período gestacional. Quanto à escolaridade materna, 27,3% concluíram o ensino fundamental e apenas 9,1% concluíram o ensino médio. Isto evidenciou o baixo nível educacional das mães das crianças atendidas. O grau de escolaridade influi na determinação do crescimento, visto que está diretamente relacionado com uma melhor compreensão da prática dos cuidados infantis, além de que um maior nível de instrução certamente contribuirá para uma melhor oportunidade emprego e, por conseguinte, melhor nível salarial, proporcionando uma condição de vida mais satisfatória. Outro dado importante foi a renda das mães e a sua ocupação, constatando-se que um pouco mais da metade (54,5%) eram estudantes e 31,8% tinham uma renda entre 1 a 2 salários mínimos, portanto uma população de baixa renda. Este fato é preocupante, pois sabe-se que a renda é um dos fatores determinantes no crescimento infantil. Em uma pesquisa brasileira, que estudou crianças menores de dois anos de idade em dez municípios do estado da Bahia, observou que a prevalência da desnutrição aumentava à medida que a renda familiar percapita diminuía, oscilando em 16,0% de crianças cujas famílias tinham menos de ¼ do salário mínimo e 5,5% entre aqueles cujas famílias tinham renda superior a ¼ do salário mínimo, comprovando ser a renda um dos fatores que intervêm no processo de crescimento da criança. Ao avaliar a condição de crescimento das crianças atendidas na consulta de puericultura, de acordo com a condição de crescimento preconizada pelo Ministério da Saúde, verificou-se que um pouco mais da metade destas crianças (54%) apresentou um crescimento satisfatório. Em seguida observou-se que 22,5% das crianças atendidas estavam em situação de alerta e 9,0% em risco nutricional. Verificou-



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

se também que 4,5% das crianças apresentaram risco de sobrepeso e obesidade, índice considerado abaixo do observado na região sudeste que é de 6,7%, de acordo com o Sisvan. Estes resultados são piores aos encontrados em uma pesquisa realizada no estado do Paraná, no ano de 2007, em que o índice de crescimento satisfatório para as crianças foi de 84,3%. Conclusão: Considera-se neste estudo que o fato primeiramente o alto percentual de mães adolescentes, baixo nível educacional e baixa renda familiar, baixa incidência de aleitamento materno exclusivo contribuíram para os resultados encontrados quanto à condição nutricional das crianças atendidas neste estudo. Acredita-se que a reversão deste quadro poderá ser realizada por meio de políticas públicas de saúde da criança eficazes, bem como a atuação interssetorial na área da saúde.

Palavras-chaves: enfermagem pediátrica, saúde da criança, crescimento infantil.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**265 - Análise das dissertações de Mestrado em Enfermagem Pediátrica da
UNIFESP no período de 1981 a 2007: área preventiva***

Conceição Vieira da Silva Ohara[†]
Tereza Yoshiko Kakehashi[‡]
Circea Amália Ribeiro[§]
Luciane Yamanaka Inglez^{**}

Introdução: O presente estudo é um recorte focado na produção de teses de mestrado na área de “Enfermagem em Pediatria Preventiva” de um projeto de pesquisa apresentado ao CNPq sob o título “Análise interpretativa das dissertações do curso de mestrado em Enfermagem Pediátrica do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFESP no período de 1981 a 2007” O curso de Mestrado em Enfermagem Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) foi criada em 1978, sendo que a primeira dissertação foi concluída em 1981. A opção para este recorte justifica-se pela consistência da atuação dos docentes em trabalhos comunitários no Jardim Sabiá (São Paulo), na creche da UNIFESP e no Centro Assistencial Cruz de Malta (São Paulo), e da produção de conhecimento nesta área pelos docentes da Disciplina de Enfermagem Pediátrica da UNIFESP, que levou à criação do Grupo de Estudo em Puericultura. Do total de 106 teses produzidas, 97 são voltadas para a assistência e 9 para o ensino, sendo que na área assistencial 34 tem como foco a pediatria preventiva, 46 a pediatria curativa e 17 a neonatologia. **Objetivo:** O estudo tem como objetivos caracterizar as teses na área da pediatria preventiva, delinear tendências/lacunas na produção de conhecimento em Enfermagem em Pediatria Preventiva e contextualizar os discursos das dissertações sob o prisma de fatores sócio-político-sanitários que determinaram a sua produção. **Metodologia:** É um estudo quali-quantitativo. Os dados quantitativos foram analisados pela estatística descritiva e na abordagem qualitativa, tomou-se como referencial teórico e metodológico a análise de discurso desenvolvido por Bakhtin (1895-1975), para quem, a palavra constitui um dos elementos mais importantes para se conhecer uma sociedade, ela penetra todas as relações do indivíduo, desde os momentos mais formais como cotidiano de cada pessoa. Entende que a palavra, além do instrumento de consciência, é também espaço privilegiado de criação ideológica, palavras são tecidas com base em inúmeros fios ideológicos que servem de tramas a todas as relações sociais em todos os domínios. Constitui, portanto, o indicador mais sensível de todas as mudanças sociais, mesmo daquelas que apenas se despontam sem ainda adquirir formas mais nítidas: cada época e cada grupo social têm o seu repertório discursivo na comunicação sócio-ideológica: As fontes dos dados da pesquisa foram o acervo da biblioteca do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFESP e da disciplina de Enfermagem Pediátrica. **Resultados:** O tratamento estatístico revelou que: a distribuição das dissertações em relação ao período de produção foi: 59,0% nos anos 80, 29,0% nos anos 90 e 12,0% nos anos 2000; em relação ao tipo de estudo, 82,4% tiveram abordagem quantitativa e 17,6% qualitativa, tendo como referencial metodológico: teoria fundamentada em dados, fenomenologia, estudo de caso e incidente crítico. As temáticas mais abordadas foram: nutrição infantil (35,3%), crescimento e desenvolvimento (17,6%), acuidade visual (8,8%), vacinação, diagnóstico de saúde, consulta

* Parte do Projeto de Pesquisa “Análise das dissertações de Mestrado em Enfermagem Pediátrica da UNIFESP no período de 1981 a 2007”. Financiado pelo CNPq.

[†] Doutora em Enfermagem, Professor Associado da UNIFESP, coordenadora do Projeto. Pesquisadora Líder do Grupo de Estudos em Puericultura. Rua Estado de Israel, 493, Ap153 CE#P:04022-001 Vila Clementino, São Paulo SP. E-mail: c.silva27@unifesp.br

[‡] Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto da UNIFESP, colaboradora do Projeto.

[§] Doutora em Enfermagem, Professor Associado da UNIFESP, colaboradora do Projeto.

^{**} Graduanda em Enfermagem da UNIFESP, bolsista de IC – CNPq.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

de enfermagem e adoção (6,0% para cada temática). Os sujeitos de estudo foram: mães (29,5%), crianças (29,5%), adolescentes (8,8%), enfermeiras (8,8%) auxiliares de desenvolvimento infantil (5,9%) e outros. Quanto aos locais de 53,0% foram em ambulatórios/unidades básicas de saúde, 26,4% em creches, 17,6% em escolas e 3,0% em domicílios. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: 73,5% formulários, 17,6% entrevistas e 8,9%, aplicação de testes. Os estudos foram realizados em sua maioria (88,2%) na cidade de São Paulo, 8,9% em Porto Alegre e 2,9% em Fortaleza. As dissertações foram lidas uma a uma, tentando durante este procedimento captar e indicar os pensamentos dominantes expressos nos discursos dos autores. Para análise dos discursos, buscando atender aos pressupostos teóricos de Bakhtin, de que o discurso do sujeito está sempre impregnado da consciência social, fez-se o resgate das políticas públicas nas áreas de saúde, educação e assistência social, bem como as diretrizes do desenvolvimento econômico e político do país. Os dados selecionados foram agrupados em três temas: 1. Criança, com os sub-temas: conceito, contexto histórico, aspectos epidemiológicos e necessidades básicas, abrangendo as necessidades afetivas, de crescimento e desenvolvimento, alimentação e proteção à saúde (vacinação); 2. Família, com os sub-temas: conceito, funções, família biológica e família adotiva; 3. Instrumentos de assistência, com os sub-temas: Sistematização da Assistência de Enfermagem e Educação em Saúde. Verifica-se nos discursos dos sujeitos, que a concepção da criança é uma noção construída historicamente sob influências de fatores políticos, sociais e culturais, sendo que atualmente ela é vista como ser peculiar, apontando as necessidades específicas como crescimento e desenvolvimento, necessidades afetivas, de alimentação e proteção à saúde. Em relação ao tema família, enfoca-se a família como primeiro grupo social na vida da criança e sua importância na aprendizagem dos papéis sociais e como base para o desenvolvimento afetivo. Mas a concepção do atendimento é ainda centrada na criança. A sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é vista como instrumento que qualifica a atuação dos enfermeiros pediatras, e apesar das dificuldades na sua aplicação, destaca-se a satisfação dos enfermeiros quando se trabalha aplicando a SAE. Em relação à educação em saúde, parte-se do pressuposto de que o conhecimento é determinante da conduta em saúde, reforçando a importância da orientação e transmissão dos conhecimentos para a mudança de hábito, e desenvolvimento de condutas apropriadas para a manutenção da saúde. Considera-se que a educação favorece a participação do indivíduo nos esforços para resolução de seus problemas, capacita-o a cuidar de si, a tomar decisões e atuar no sentido de manter sua saúde e a contribuir para a manutenção da saúde da comunidade a que pertence. No entanto, a maioria dos discursos centra-se no papel do educador, apenas as dissertações mais recentes incorporam as noções de respeito aos valores culturais, cidadania e autocuidado. **Conclusão:** A análise dos dados revela uma significativa representatividade da área preventiva no contexto geral de produções das teses de mestrado em Enfermagem Pediátrica nas duas primeiras décadas de funcionamento do programa de Mestrado em Enfermagem Pediátrica, com declínio na última década. As lacunas identificadas, tomando-se por base as ações básicas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, foram: poucos estudos sobre assistência à criança com problemas respiratórios e doenças diarreicas; acidentes na infância; violência; assistência domiciliar; assistência à família e Programa de Saúde da Família. Este estudo contribuirá para nortear as futuras produções do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, bem como, poderá subsidiar as discussões e reflexões do Grupo de Estudo em Puericultura, também vinculado à UNIFESP. Os temas revelam a amplitude desta área, constituindo oportunidades para atuação do enfermeiro pediatra tanto na assistência, como no ensino e na pesquisa.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, criança, educação em enfermagem, pesquisa em enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**266 - Ensinando (e aprendendo) a cuidar de crianças: um relato de experiência
voltado para a comunidade**

Célia Alves Rozendo*
Pollyana Campos Lima†
Cátia Barros Lisboa‡
Anne Laura Costa Ferreira§

A preocupação com os cuidados com a infância e a adolescência não é só antiga, como absolutamente necessária e muitas vezes exigem medidas simples, embora nem sempre se traduzam em execuções simples quando se tratam de implementação de políticas. Florence Nightingale, a precursora da enfermagem moderna, em seu livro *Notas sobre a Enfermagem* dizia que “com medidas e normas para a preservação das boas condições sanitárias nas habitações, as crianças não precisariam passar por ‘epidemias infantis’⁽¹⁾. O cuidado deve ser entendido como algo mais abrangente, integral e que é aplicado para promover o bem-estar da criança e não apenas em situações de enfermidades. Ampliando ainda mais essa perspectiva, podemos dizer que “através do cuidado o ser humano vive o significado de sua vida. O cuidar é o processo de ajudar o outro a crescer e se realizar. O conceito de cuidar/cuidado envolve a noção de crescimento mútuo, através de descobertas e aprendizagens conjuntas, que ocorrem num processo de desenvolvimento contínuo na relação existente entre os indivíduos”⁽²⁾. A criança é um ser que precisa de proteção, pois para ela tudo é novo, precisando dessa forma de cuidados que a façam se desenvolver de modo evolutivo na sociedade, compreendendo-se que “o Ser Criança é um ser humano em processo incipiente no mundo, com possibilidades de crescimento e desenvolvimento físico, mental, emocional e afetivo. É um ser que precisa de proteção, amor, cuidado, carinho e solidariedade para a construção de seu mundo da vida, de sua história e de suas relações consigo e com o outro”⁽³⁾. Nessa direção é um ser que necessita ser cuidado pelo outro de maneira mais intensa e em certas fases de seu desenvolvimento de forma inteiramente dependente. Esse outro ser que cuida, o cuidador, que pode ter um vínculo familiar ou não com a criança exerce importante papel na sociedade e sua contribuição é imensurável. O cuidador pode ser visto como um ser-no-mundo, um ser humano que estabelece as mais variadas formas de relação consigo, com o outro e com o meio ambiente. Para além destas características, apresenta potencialidade para ser mais e, por meio do cuidado de si e do outro, tem a possibilidade de estar-melhor no mundo da vida.⁽⁴⁾ Este ser cuidador de crianças, à exceção dos profissionais legalmente constituídos, em geral atua mais com base na experiência empírica, na prática adquirida ou aprendida cotidianamente, sem uma preparação específica ou orientação sistematizada. Geralmente são mulheres que, possivelmente pelo papel historicamente determinado e/ou socialmente construído, assumem essa função no seio familiar e social. Sem dúvida é um papel fundamental para o desenvolvimento da própria sociedade, mas que não deve ser exclusivo da mulher, mas dos indivíduos em geral, homens e mulheres, e da sociedade como um todo. Papel esse que, ao

* Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora Adjunto do Curso de enfermagem da Escola de enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.

† Acadêmica 8º período do Curso de enfermagem da Escola de enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. BR-104 CAMPOS A.C. Simões, Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins, Maceió-AL. Email: pollyphn2006@hotmail.com

‡ Enfermeira, Especialista em Saúde da Criança. Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da Escola de enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.

§ Enfermeira, Especialista em Neonatologia. Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da Escola de enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

ser desempenhado, contribui sobremaneira para o bem-estar das crianças e para o desenvolvimento de uma sociedade saudável e solidária. Cuidar bem das crianças é cuidar bem da sociedade. Nessa direção, é papel que deve ser estimulado e que deve vir acompanhado, preferencialmente, de orientação e conhecimentos básicos, os quais não são exclusivos de categorias profissionais. Assim, preparar para o exercício desse papel é uma tarefa de valorização da vida. O objetivo do presente estudo é descrever a experiência de capacitação de cuidadores de crianças, desenvolvida por meio de cursos de extensão universitária. As capacitações envolveram professores e estudantes do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e pessoas das comunidades, a maioria moradores de áreas circunscritas ao campus universitário. A experiência permite ao estudante vivenciar a prática do ensinar, compreendendo que não se trata de transferir conhecimento, mas de criar a possibilidade de construção na perspectiva de que quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender, percebendo que o processo educativo implica em respeito à individualidade dos sujeitos envolvidos e mútua colaboração. ⁽⁵⁾ O projeto surgiu da necessidade de capacitar pessoas para cuidarem de crianças de um ponto de vista mais humanizado e com embasamento teórico e prático. O projeto teve início em 2005, quando foi ofertada a primeira turma e desde então foram realizados 6 cursos, dentre os quais 2 ofertados durante as férias escolares, realizados no campus universitário. Curiosamente, o último curso realizado, em julho do corrente ano, teve um público diferenciado, uma vez que os participantes eram basicamente estudantes de graduação oriundos de cursos diversos. Cada curso exige preparação sistemática e cuidadosa, incluindo a revisão do material didático e das estratégias pedagógicas utilizadas para melhor atender a especificidade de cada grupo. A carga horária é de 40 horas, incluindo teoria e prática, com 4 horas semanais, em média. Os cursos ocorridos na universidade tiveram a duração de duas semanas seguidas. O número de participantes por curso é, preferencialmente, de 20 no máximo. As estratégias pedagógicas envolvem atividades inovadoras e dinâmicas que procuram considerar, sempre, o conhecimento e as experiências prévias dos participantes. Além disso, busca articular ao máximo a teoria à prática. Até então, os cursos foram ministrados para participantes de 5 comunidades, contando com a participação de 98 pessoas, certificadas ao final de cada curso. Os temas abordados incluíram: alimentação infantil, cuidados higiênicos com o recém-nascido, saúde bucal, prevenção de acidentes na infância, primeiros socorros, doenças prevalentes na infância, vacinação, sono, estatuto da criança e do adolescente, desenvolvimento infantil. Em geral os participantes tiveram uma atuação muito ativa, postura curiosa em relação ao aprendizado e muita motivação. A avaliação se deu em duas direções: a) dos participantes, envolvendo: aplicação de exercícios para avaliação da aprendizagem, observação da desenvoltura, do interesse e do nível de participação nas atividades teóricas e práticas; b) do curso, por meio de verbalização e de preenchimento de instrumento de avaliação ao final do curso. Embora a maioria quase absoluta tenha sido de mulheres, o número de homens vem aumentando, especialmente nas últimas turmas. A experiência nos tem mostrado que as estratégias pedagógicas precisam ser diversificadas e ativas, capazes de favorecer a construção do conhecimento e a significação do ato de cuidar de crianças pelos próprios participantes. Vem mostrando, ainda, a importância fundamental do envolvimento dos estudantes em propostas dessa natureza, ajudando-os a desenvolver autonomia, capacidade crítica e habilidades e competências na área educativa e até gerencial, uma vez que precisam se envolver com aspectos operacionais da gerência do projeto. Por fim, vem mostrando, a cada turma, a importância do curso para a comunidade e para nossa realidade, considerando que pessoas melhor preparadas para cuidar de crianças poderão ser multiplicadoras e contribuir para a melhoria da saúde e do bem-estar dessas crianças. Consideramos que uma evidência de tal importância é a procura pelo curso, cada vez mais alta a cada turma ofertada.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Palavras-chave: ensino, cuidador, criança, enfermagem.

Referências:

1. Marinho J. A enfermagem pediátrica e o fascinante trabalho de cuidar das crianças. COREN-SP setembro/outubro de 2004 n° 53.
2. Pedro ENR, Funghetto SS. Concepções de cuidado para os cuidadores: um estudo com a criança hospitalizada com câncer. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 ago;26(2):210-9.
3. Maranhão DG. O cuidado como elo entre a saúde e a educação. Tese de Mestrado. São Paulo, 1998.
4. Schaurich D, Padoin SMM. Experienciando um marco conceitual para o cuidado em enfermagem ao ser-familiar e/ou cuidador e ao ser-criança. Porto Alegre(RS).
5. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa/ Paulo Freire.- São Paulo: Paz e Terra, 2007.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

267 - O manejo do cateter central de inserção periférica em recém-nascidos de alto risco, admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital e Maternidade da Cidade de São Paulo

Juliana Dane Pereira*

Thais Morengue Di Lello Boyamian[†]

Ana Paula Casamayor Ferreira[‡]

Silvana Darcie[§]

Introdução: Atualmente um número cada vez maior de Recém-Nascidos (RN) doentes e/ou prematuros estão sobrevivendo graças ao progresso da medicina perinatal, especialmente no que diz respeito ao avanço tecnológico das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que contam com equipamentos de alta tecnologia e equipe multidisciplinar especializada no atendimento desta classe de pacientes ^(1,2). Todo este avanço vem permitindo a adequação de dispositivos intravasculares para o atendimento aos RN, sejam eles de inserção central ou periférica ⁽³⁾. O Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é um dispositivo intravenoso, que é inserido em veias periféricas e progride até a porção final da veia cava superior (terceiro espaço intercostal) através de um introdutor agulhado, adquirindo assim características centrais ⁽⁴⁾. O uso do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é uma prática estabelecida na maioria das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), realizada a beira do leito, com o intuito de garantir um acesso venoso central a neonatos com necessidade de uma terapia intravenosa prolongada. No Brasil a competência legal e técnica que torna lícita a passagem deste tipo de cateter pelo enfermeiro encontram-se amparada na LEI 7.498/86 e seu DECRETO 94.406/87, no artigo oitavo inciso I, alíneas c, g, h, e inciso II, alíneas b, e, h, i, além das resoluções: COFEN nº. 258/2001 art. 1º, porém o art. 2º, descreve que o enfermeiro deverá obter qualificação e/ou capacitação profissional para desempenhar tal atividade (5, 6, 7,8). Em nossa instituição, os cateteres são inseridos somente por membros do Grupo do Cateter, que é composto por médicos e enfermeiras habilitadas, sendo os curativos realizados somente pelas enfermeiras do grupo. Nos casos em que está indicada a inserção do PICC, toda a equipe de enfermagem e médica é advertida que os membros superiores devem ser preservados inclusive para a coleta de exames através das artérias radiais ou braquiais, evitando assim a formação de hematomas no percurso da veia. O sucesso na inserção deste tipo de dispositivo está relacionado a uma indicação precoce e aos cuidados dispensados ao mesmo visando garantir sua manutenção, esta constitui-se no ponto chave para o sucesso na sua utilização. Segundo a *Infusion Nurses Society* (INS) cabe a cada instituição a elaboração de protocolos que visem manter pérvios e íntegros estes dispositivos ⁽⁴⁾. **OBJETIVOS:** Analisar o percentual de sucesso na passagem do cateter percutâneo e as complicações relacionadas a seu uso. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo realizado através da coleta de dados registrados em fichas de controle do PICC, no período de janeiro a julho de 2009, em uma UTIN de 68 leitos cuja taxa de ocupação média é de 80%. O cateter utilizado foi o de silicone, com diâmetro de 1,9Fr. e monolumen. A inserção de todos os cateteres foi feita de maneira eletiva e geralmente realizada entre o segundo e quinto dia de vida do RN, após a estabilização do quadro clínico e melhora do edema corporal. Após a indicação do procedimento pela equipe assistencial, os PICCs foram inseridos pelos membros do Grupo de Cateter sob uso de barreira máxima de precaução e técnica asséptica completa.

* Enfermeira especialista em Neonatologia e Pediatria e Coordenadora do Grupo do Cateter. Endereço: R. Dr. Sergio Meira, n. 230 apto 22 Torre O2. Bairro Barra Funda. São Paulo-SP. E-mail: ju_danep@hotmail.com.

[†] Enfermeira especialista em Neonatologia e Obstetria..

[‡] Coordenadora da UTIN 2ª andar.

[§] Neonatologista.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

A antissepsia prévia do local ou membro a ser puncionado é realizada primeiramente com a espuma da esponja de clorexidina degermante, retirada com solução fisiológica 0,9% (SF 0,9%) morno e minuto antes da punção aplica-se clorexidina alcoólica na pele. As veias preferencialmente escolhidas para a punção são: arco dorsal da mão, cefálica, basílica ou mediana cubital. A veia jugular externa, axilar e a retro auricular também são utilizadas, porém somente em casos de rede venosa comprometida /não visível ou mal-formação de membros. A enfermeira é responsável pela escolha da veia, estimativa de medida do cateter, preparação da pele do RN, punção, inserção, manutenção e curativo, bem como pelo tratamento das complicações, cuidados estes descritos em protocolo. Os curativos foram realizados sob uso de barreira máxima de precaução, com película semipermeável transparente estéril e trocados sempre que houvesse sujidade ou soltura das bordas da película. Este cateter é preferencialmente utilizado como via exclusiva para infusão de nutrição parenteral (NPP). A cada troca de NPP a enfermeira faz um *bolus* de SF 0,9%. Todos os cateteres com bloqueio de infusão ou ausência de refluxo de sangue por obstrução foram retirados, pois em nossa instituição não utilizamos técnicas para desobstrução de cateter. Não infundimos hemoderivados e coletas de sangue somente em caso de solicitação de hemocultura central. Quando não se fez necessário o uso da terapia intravenosa contínua, porém ainda de maneira intermitente, o cateter foi mantido com uma infusão contínua de SF 0,9% em bomba de infusão a uma velocidade que variou de 0,7 a 2,0 ml/h. O fator que determina esta velocidade é a presença de refluxo de sangue pelo cateter. Neste caso faz-se necessário o aumento gradativo da infusão, até que o refluxo pare. Porém em nossa prática, 0,7ml/h têm sido o suficiente para manter um bom fluxo. Os PICCs foram retirados o mais precocemente possível por prescrição médica, assim que não houve mais necessidade de sua utilização. O diagnóstico de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter (ICS-RC) seguiu o critério do CDC-ATLANTA, validado pelo diagnóstico microbiológico resultante da hemocultura central e periférica. As complicações mecânicas foram classificadas como: infiltração, flebite, obstrução e ruptura. **RESULTADOS:** No período de estudo nasceram 7150 neonatos e 13% destes (931) foram admitidos na UTI Neonatal. A média de peso dos RN foi de 1776g (± 865 g) e a idade gestacional (IG) de 32 (± 4 sem). Em 266 tentativas, foram inseridos 247 cateteres (taxa de 93% de sucesso). O tempo de permanência médio dos cateteres foi de 11 dias (± 8 dias). Foram retirados 182 (73%) dos cateteres por desuso, 25(10%) por ICS-RC, 23(9%) por complicações mecânicas e 17(7%) por outras causas. Das complicações mecânicas, ocorreram 11 infiltrações, 5 obstruções, 2 rupturas, 1 derrame pleural e 4 hiperemia de trajeto. **CONCLUSÃO:** A retirada do cateter por desuso é a prática desejável, porém, duas complicações mais frequentes são também motivos da retirada do cateter: as infecciosas (infecção de corrente sanguínea) e as mecânicas. Dos 11 cateteres infiltrados, 60% apresentavam posicionamento periférico. Visando melhorias, normatizou-se, então, a retirada do mesmo sempre que estivesse localizado em região axilar. Embora os índices de infecção encontrados estejam compatíveis com os dados da literatura nacionais e internacionais, mantém-se o rigor técnico para minimizar ainda mais esta taxa. Acreditamos que tais evidências devem-se ao fato de se ter um grupo definido e atuante onde os princípios do protocolo são mantidos: realização do procedimento pela equipe sempre com a mesma técnica, vigilância diária, treinamento específico dos colaboradores de enfermagem, reuniões de grupo e discussão de casos. A permanência do cateter pelo tempo necessário garante ao RN a oferta das necessidades hídricas calóricas de maneira adequada, colabora para diminuir o estresse por múltiplas punções e o tempo de internação, portanto, a monitoração contínua e a análise dos dados relacionados ao sucesso da passagem do cateter, à sua manutenção e as complicações, devem continuar.

Palavras-chave: PICC, unidade de terapia intensiva neonatal, complicações.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

268 - O cuidado do adolescente com câncer: a perspectiva do pensamento complexo

Maria José Menossi*
Juliana Cardeal da Costa Zorzo[†]
Regina Aparecida Garcia de Lima[‡]

Introdução : O câncer na adolescência virá acrescentar novas dimensões aos desafios inerentes a essa fase do desenvolvimento vital. As limitações impostas pela doença alteram completamente a rotina dos adolescentes, que se veem forçados a se submeter a um tratamento extremamente agressivo e doloroso e a se adaptar às restrições tanto de atividades quanto de relacionamentos, como recurso de enfrentamento da possibilidade da morte, que ainda continua sendo uma ameaça apesar dos avanços científicos atuais na área da oncologia infanto - juvenil. Neste estudo, o cuidado do adolescente com câncer é focado como um fenômeno complexo, cuja compreensão necessita do olhar para as múltiplas dimensões que o compõe, ou seja, indivíduos em um momento peculiar de seu desenvolvimento (a adolescência), com demandas específicas, inseridos em uma unidade familiar e social, vivenciando uma doença grave, que os aproximam cotidianamente de uma equipe de profissionais com diferentes formações e diversos enfoques no cuidado. A partir desta compreensão, poderão ser apontados elementos que possam contribuir para a construção de um cuidado em consonância com a complexidade da condição humana.

Objetivo : O objetivo do presente estudo é compreender como se configura o cuidado do adolescente com câncer, articulando as perspectivas dos adolescentes, das suas famílias e da equipe de saúde, no contexto de um hospital de nível terciário e apontar elementos que se aproximam e se distanciam de um cuidado que considere a complexidade humana.

Metodologia : Esta pesquisa, de natureza qualitativa, foi realizada com fundamentação nas idéias acerca da complexidade tratadas por Edgar Morin, pensador francês que tem se dedicado, entre outros temas, ao desenvolvimento e sistematização do pensamento complexo, defendendo a necessidade de um modo de pensar multidimensional, em consonância com a complexidade da realidade. Participaram do estudo doze adolescentes (com idade entre 12 a 18 anos) atendidos no Serviço de Onco-hematologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), quatorze familiares (dois pais, nove mães e três irmãos) além de vinte e cinco integrantes da equipe de saúde responsável pelo atendimento desta clientela (oito médicos, cinco enfermeiras, seis profissionais da equipe de enfermagem - auxiliares e técnicos de enfermagem, duas assistentes sociais, dois psicólogos, uma nutricionista e uma terapeuta ocupacional). Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas no período de maio de 2008 a janeiro de 2009. A análise compreensiva dos dados obtidos foi desenvolvida,

* Enfermeira Chefe da Unidade de Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e Doutoranda do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP). Rua Galileu Galilei, 588, apto 41. Ribeirão Preto-SP. CEP 14020-620 / E-mail: mjmenossi@uol.com.br

[†] Enfermeira Chefe da Unidade de Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e Doutoranda do Programa Interunidades de Pós-graduação de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP).

[‡] Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo / Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

buscando preservar a sua característica multidimensional, mediante a articulação dos diferentes sujeitos presentes no processo do cuidado, ou seja, buscando considerar as distintas perspectivas, envolvidas no contexto do estudo, bem como o conjunto e suas relações, reconhecendo a complexidade do todo. **Resultados e discussão:** Os temas que emergiram das falas dos distintos sujeitos (adolescentes, familiares e profissionais) trazem pontos significativos presentes nas experiências desses sujeitos, e estes são apresentados de modo articulado ao referencial teórico da complexidade. A interpretação dos dados empíricos foi conduzida pela tessitura dos temas - a dialógica racionalidade técnica / afetividade e a dialógica vida-morte no cuidado do adolescente com câncer. Esses temas têm pontos de contato que se articulam e, ao serem tecidos, apontam peculiaridades do fenômeno complexo em questão: a configuração do cuidado ao adolescente com câncer, permitindo assim, buscarmos a unidade que possa viabilizar o entendimento a que nos propomos neste estudo: apontar elementos para o cuidado ao adolescente com câncer, que considere a complexidade da condição humana. Nesse sentido, refletir acerca do cuidado do adolescente com câncer, na perspectiva da complexidade, exige que o adolescente seja concebido como auto-organização; unidade indivíduo/espécie/sociedade; sujeito, o que se relaciona as idéias de subjetividade, afetividade, linguagem, egocentrismo e altruísmo, além de serem enfocados também a racionalidade, a técnica e o mito, como condições próprias ao humano. Na situação da doença, o adolescente, como organização viva, face as mudanças de ordem biológica, psicológicas e sociais com as quais se depara, é capaz de integrar a desordem e a partir dela recriar modos existenciais, ou seja, auto-organizar-se. Esse processo de auto-organização não se restringe ao adolescente, mas também envolve sua família e a equipe de saúde, cabendo considerar que tanto a família quanto a equipe de saúde são também organizações vivas e, portanto também se auto-organizam no processo de cuidado do adolescente com câncer. Apesar da predominância dos saberes das ciências biológicas que inclusive determinam o poder da equipe de saúde na imposição de novas configurações à vida do adolescente e da família, a partir da autoridade da técnica, emerge também neste estudo, situações reveladoras da busca de compreensão das vivências dos adolescentes. Destaca-se a necessidade de que se coloque em diálogo a técnica e o adolescente a ser cuidado de modo que aquela não anule o adolescente em sua dimensão de sujeito. O cuidado para propriamente dar conta do adolescente como sujeito, necessita do reconhecimento dessa condição de ser sujeito presente em todos os envolvidos nesse contexto, adolescentes, familiares e equipe de profissionais. Assim, a intersubjetividade afirma-se como um dos eixos centrais do processo de cuidar. Ocorre uma reconfiguração das relações afetivas e sociais, seja no sentido de se estruturarem relações mais solidárias que se articulam à idéia de altruísmo, ou relações demarcadas por afastamentos e omissões, que se articulam à noção de egocentrismo. As situações marcadas pela solidariedade mostram que os adolescentes têm em muitos momentos, o apoio de uma rede familiar e de amigos, que tende a facilitar a convivência com a situação de doença. A importância do vínculo com a equipe profissional também é enfatizada por adolescentes e familiares, sendo valorizados, na atuação profissional, outros aspectos além da dimensão técnico-biológica, em especial a dimensão afetiva. O resultado do tratamento e a busca pela cura, é fundamental e o caminho para se chegar a esse resultado é muito importante, sendo apontados a atenção, a paciência, a flexibilidade, a preocupação, o carinho, o bom-humor, o acolhimento, como elementos importantes, na perspectiva de quem vivenciou esse cuidado. Apesar de tanto os adolescentes quanto os profissionais se referirem ao sofrimento, presente em toda a trajetória da doença, existe nele mesmo uma dimensão de aprendizagem de novas concepções de vida, de modos de agir e de se relacionar consigo mesmo e com o outro. Os adolescentes expressam que além de todo o sofrimento vivenciado é possível perceber um lado positivo nessa vivência no sentido de se sentirem mais amadurecidos, de modificarem sua visão de mundo, repensando



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

suas atitudes e desenvolvendo um maior senso de solidariedade. E, apesar do sofrimento de natureza biológica, psicológica e social inerente ao processo diagnóstico terapêutico, os adolescentes e familiares percebem nas situações vividas uma possibilidade de busca da cura e enfrentamento da morte. A morte mesmo que silenciosa e silenciada se faz presente desde o diagnóstico da doença. A situação da doença rompe com as atividades cotidianas e ao mesmo tempo abre a possibilidade para o olhar a si mesmo e para a morte que se faz mais presente. Assim, os sofrimentos são tolerados, o arsenal científico valorizado como forma de afastá-la. Além da dimensão da racionalidade técnica, revela-se também a dimensão espiritual, alicerçada nas crenças religiosas como recurso de enfrentamento do trauma da morte.

Conclusão: Considerando a questão do cuidado do adolescente com câncer como um fenômeno complexo, cabe integrar as dimensões da racionalidade/técnica, com a realidade vivida que comporta também a afetividade, a religiosidade, a angústia existencial e a possibilidade da criação, algumas das condições próprias do sujeito humano, no sentido de favorecer práticas de cuidado condizentes com a complexidade da condição humana.

Palavras-chave: adolescência, câncer, complexidade.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

269 - A dor do recém-nascido prematuro e a retirada de adesivos: contribuição para o cuidado de enfermagem neonatal

Taisa Rodrigues da Silva*
Marialda Moreira Christoffel†

Os recursos tecnológicos de alta complexidade utilizados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) acrescentam uma característica ímpar na assistência aos recém-nascidos prematuros (RNPT) e têm contribuído significativamente para a redução da mortalidade neonatal. Contudo, o tratamento especializado que essas crianças necessitam instaura vários desafios aos profissionais de saúde envolvidos, que vão além das questões técnicas e científicas. É necessária uma visão mais humana e solidária, principalmente no que tange ao manejo da dor destes recém nascidos (RN's). Sabe-se que nos RN's humanos, inclusive nos prematuros, as vias neurofisiológicas para a nocicepção encontram-se desenvolvidas desde a 30ª semana de gestação. Por isso, a imaturidade neurológica não torna o recém-nascido, nem mesmo o prematuro, incapaz de sensibilidade e memórias álgicas. Além disso, esta imaturidade do neonato prematuro é inerente aos outros sistemas do corpo, inclusive o tegumentar. A pele atua como uma interface entre o meio interno e o meio externo e oferece funções especiais para a sobrevivência do ser humano. Nos RN's, a epiderme e os anexos cutâneos apresentam desenvolvimento completo, não havendo diferenças cutâneas significantes entre o RN e o adulto. Porém, a pele do RNPT, especialmente a do prematuro extremo (aqueles de peso ao nascer inferior a 1.000 g), é imatura e ineficaz como barreira epidérmica. Somado a isso, a pele do RNPT internado na UTIN geralmente encontra-se em contato com eletrodos cardíacos, sensores térmicos, transdutores e acessos intravenosos que, uma vez fixados inapropriadamente e usados de forma deliberada, podem causar lesões abrasivas e dor durante a sua retirada. Por estes motivos, manter a integridade cutânea destes RNs é um grande desafio, que será encarado principalmente pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. OBJETIVOS: Analisar as estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para minimizar a dor na retirada de adesivos da pele do RNPT. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quantitativa, realizada em uma Unidade Neonatal de um Hospital Universitário, localizado no Rio de Janeiro, após o consentimento do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição com aprovação em março de 2008. Cabe ressaltar que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 que envolve pesquisas com seres humanos. A amostra se constituiu de 45 profissionais de enfermagem, sendo 26 enfermeiros, 18 técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. Vale salientar que três técnicos de enfermagem que possuem curso de graduação em Enfermagem, ao preencher o instrumento de coleta de dados, categorizaram-se como enfermeiros. Os critérios de inclusão utilizados foram: os enfermeiros e técnicos de enfermagem do Serviço Diurno, que trabalhavam na assistência aos neonatos e que não encontravam-se de férias ou licenças: médica, prêmio e maternidade. Os dados foram obtidos através de um formulário específico contendo três questões abertas e 25 questões fechadas relacionadas ao manejo da

* Enfermeira Residente do primeiro ano em Enfermagem Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz – IFF/FIOCRUZ. Endereço: Rua João Romariz, 96 casa 09 - Ramos - Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21031-700. E-mail: ufrj.taisa@gmail.com

† Doutora em enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - DEMI/EEAN/UFRJ. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança - NUPESC/DEMI/EEAN/UFRJ. Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova - Rio de Janeiro/RJ. CEP 20211-110. E-mail: marialdanit@gmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

dor e à retirada de adesivos e esparadrapos na pele do RNPT. RESULTADOS: Ao analisar o nível de qualificação das 26 enfermeiras, observou-se que 79% possuíam curso de pós graduação *lato sensu* concluído ou em curso. Dentre estes, 78% cursavam ou concluíram a especialização/residência especificamente em Neonatologia. 50% dos enfermeiros e 90% dos técnicos/auxiliar de enfermagem participaram de cursos de atualização em neonatologia. No que diz respeito à participação em cursos de atualização específicos sobre a dor neonatal, pode-se perceber que apenas 31% dos enfermeiros e 16% dos técnicos e auxiliares de enfermagem freqüentaram tais cursos. Em relação à capacidade do recém nascido a termo (RNT) e RNPT sentirem dor, notou-se que a maioria dos profissionais considerou que o paciente dessa faixa etária sente dor. Todavia, essa opinião é dividida: 46% dos enfermeiros acreditam que os RNPT sentem mais dor do que o RNT e 46% dos enfermeiros acreditam que o RNPT e o RNT sentem dor com a mesma intensidade. Atualmente é plenamente aceito que tanto o RNT como o RNPT apresentam todos os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos essenciais para a recepção, transmissão e integração do estímulo doloroso. No entanto, estudos apontam que o RNPT é mais sensível à dor do que o RNT e muito mais sensível que o adulto, devido à menor capacidade de inibição da dor. Em se tratando das intervenções de enfermagem potencialmente dolorosas, 96% dos enfermeiros e 53% dos técnico/auxiliar de enfermagem reconhecem como doloroso a retirada de fixações adesivas. Observou-se que, no momento de avaliar a dor, 86% dos enfermeiros e 81% dos técnicos/auxiliares de enfermagem identificaram o choro, 96% dos enfermeiros e 81% dos técnicos/auxiliares de enfermagem indicaram a alteração da mímica facial como indicativos de sensação dolorosa em RNs. De fato, a mímica facial e o choro são manifestações amplamente referidas como índices de dor em bebês por enfermeiras e sua efetividade e confiabilidade como instrumentos de avaliação da dor neonatal tem sido demonstrada por vários pesquisadores. No que diz respeito à utilização de escalas para avaliação da dor no RN, 85% dos enfermeiros e 79% dos técnico/auxiliar de enfermagem referem não utilizar nenhuma escala para avaliar/mensurar a dor do RN. No que se refere ao tipo de adesivo usado sobre a pele do RNPT, evidenciou-se unanimidade em utilizar o micropore® nas fixações de dispositivos e curativos. O uso de adesivos à base de hidrocolóide foi referido por 31% dos enfermeiros e 25% dos técnico/auxiliar de enfermagem e a aplicação de filmes transparentes foi indicada por 72% dos enfermeiros e 31% dos técnicos/auxiliar de enfermagem Além disso, ficou evidenciado o abandono do uso de esparadrapos diretamente sobre a pele do RNPT. Quanto à utilização de substâncias para a retirada de adesivos, observa-se que 77% dos enfermeiros e 37% dos técnicos/auxiliar de enfermagem apontaram o uso de água destilada ou o soro fisiológico. Este fato corrobora com estudos que identificam como eficazes o uso de tais soluções. Contudo, 58% dos enfermeiros e 26% utilizam produtos à base de óleos na retirada dos adesivos. Segundo o Conselho internacional da Dor, a retirada de adesivos deve ser feita com produtos à base de óleos visando a diminuição da dor e estresse neonatal, sobretudo dos RNPT. Quanto às Intervenções freqüentemente utilizadas pelos profissionais de enfermagem para minimizar a dor e o estresse neonatal na retirada de adesivos, a sucção não nutritiva foi apontada por 92% dos enfermeiros e 47% dos técnicos/auxiliar de enfermagem. Estudos mostram que essa intervenção é uma medida terapêutica indicada para a realização de pequenos procedimentos como a coleta de sangue, porém não reduz a dor, apenas ajuda o recém-nascido a se organizar após o estímulo doloroso, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais. Fizeram menção ao uso de sacarose apenas 23% dos enfermeiros e 5% dos técnicos/auxiliar de enfermagem. Contudo, apesar de pouco valorizada por estes profissionais, a administração de glicose ou sacarose em diferentes concentrações, com ou sem a sucção não nutritiva, tem sido muito utilizada como intervenção não farmacológica para o alívio da dor. CONCLUSÃO: Ao final do estudo, foi constatado que os profissionais de enfermagem participantes deste estudo são



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

bem capacitados e demonstraram conhecimento acerca das alterações apresentadas pelos RNs diante de situações dolorosas, dando ênfase às manifestações mais comumente observadas e já validadas por pesquisadores. Reconhecem em sua prática os procedimentos potencialmente dolorosos tais como a retirada de adesivos. Desenvolvem cuidados de enfermagem eficazes na retirada de adesivos aderidos à pele do RNPT, baseados no reconhecimento que esses neonatos sentem dor. Contudo, este conhecimento decresce quando se trata da utilização de um instrumento para avaliação da dor. Em geral, esses profissionais não utilizam em sua prática clínica as escalas de avaliação da dor neonatal. É imprescindível a utilização de métodos padronizados de avaliação da dor na Unidade, para permitir mensurações mais sensíveis e específicas, reduzindo assim, o risco do subtratamento da dor nesta faixa etária. A dor precisa ser reconhecida como quinto sinal vital, ou seja, deve ser avaliada e tratada com a mesma seriedade de qualquer variação da normalidade dos sinais vitais.

Palavras-chave: recém-nascido, prematuro, dor, pele, enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

270 - Desvelando e reconhecendo o cuidado humanizado: percepções e concepções de enfermeiras no contexto da oncologia pediátrica

Maiara Rodrigues dos Santos*
Maira Deguer Misko[†]
Regina Szylyt Bouso[‡]

Introdução: Na dimensão humana, a subjetividade está na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, tendo influência na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais. A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudança de comportamento, que sempre desperta insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros, já os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. Esse estudo tem como proposta analisar essa singularidade do processo de humanização com os profissionais de saúde que trabalham em oncologia pediátrica. Se voltarmos o olhar para a criança que enfrenta um processo de saúde-doença, vemos um indivíduo extremamente dependente do outro, já que ela se encontra em uma fase especial de crescimento e desenvolvimento, o que promove ao “humanizar” uma dimensão ainda maior. Aliada a essa frágil estrutura, tem-se a evolução de uma doença ameaçadora, que representa além de uma ameaça a vida, a dor física e a mutilação. Nesse contexto, a família como um todo passa por uma desestruturação, justificada pela mudança na rotina, seguidas hospitalizações, além das crenças que cercam essa doença e o sentimento de indignação ao ver uma criança ser privada dos seus “direitos” em detrimento do sofrimento pelas sucessivas intervenções dentro do hospital, que são grandes geradoras de estresse. Desta forma, o profissional de enfermagem, que passa muito tempo com a criança e familiares, ao se deparar com esse ambiente deve buscar artifícios que vão além da técnica e fazer do cuidar uma arte com habilidade empática e muita criatividade. O câncer impõe um sentimento próprio de sofrimento que traz profundas modificações na vida das crianças e de suas famílias, por isso, os enfermeiros junto com a equipe interdisciplinar, devem considerar também os aspectos sociais, emocionais, afetivos, culturais e espirituais como contextos decisivos na evolução da patologia e que necessitam também de cuidados e intervenções. Por isso, é necessário compreender o sentido do cuidar holístico e a subjetividade que envolve esse cuidado, com atenção especial no universo da criança, preservando o seu mundo particular e as etapas de desenvolvimento da infância para satisfazer suas necessidades em troca do bem estar, apesar da condição de doença. **Objetivos:** Desvelar os elementos do cuidado humanizado prestados a família e a criança com câncer; Identificar a percepção dos enfermeiros que trabalham na oncologia pediátrica quanto à humanização da assistência e verificar em que situações o enfermeiro percebe que a humanização está ancorada ao cuidado prestado. **Referencial Teórico- Metodológico:** O estudo se categorizou por uma pesquisa exploratório-descritiva, tendo como foco identificar a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado humanizado, sustentado por uma abordagem qualitativa. Como referencial teórico os pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Essa teoria está centrada nos conceitos humanísticos do cuidado, olhando para o indivíduo nas dimensões biopsicológica, espiritual e sociocultural e fundamenta-se em pressupostos fenomenológicos existenciais. Em 1979, Watson

* Aluna de graduação do curso de Enfermagem da EE USP-SP e bolsista do PIBIC/CNPq.

[†] Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e especialista em Enfermagem Pediátrica

[‡] Livre-Docente junto ao Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da EEUSP- SP. Maiara Rodrigues dos Santos Rua Dr. José de Oliveira Moura, 366. Vila Resende. 12282-011 – Caçapava/SP.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

desenvolveu os “fatores caritativos” Carative Factors, que foram revisados e alterados em 1985, introduzindo o paradigma de Cuidado Transpessoal, que enfoca, segundo ela, o ideal moral, o significado da comunicação e do contato intersubjetivo mediante a co participação do self como um todo. Watson propunha que os fatores caritativos fossem como um guia para a alma da enfermagem. Ela utilizou o termo “carative” para contrastar com os fatores “curativos” da medicina tradicional. Esses fatores tinham como objetivo “honrar a dimensão humana do trabalho de enfermagem e a vida interior, bem como as experiências subjetivas das pessoas que servimos”. O projeto recebeu parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/1996, referente à pesquisa com seres humanos, e posteriormente, iniciou-se a coleta de dados. O local escolhido para execução do estudo foi uma unidade de oncologia pediátrica de um hospital público, de nível terciário, da cidade de São Paulo. Os participantes compreenderam nove enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa, independente, do setor que trabalhavam dentro da instituição. Os dados foram coletados por meio de entrevistas feitas em duas partes: a primeira parte foi composta de questões objetivas, com a finalidade de identificar os sujeitos da pesquisa; e a segunda de questões semi-estruturadas, com foco na percepção das enfermeiras sobre o cuidado humanizado na prática assistencial e foi gravada em fitas cassete, com o consentimento dos entrevistados. A escolha pela entrevista semi-estruturada foi feita com base na importância do seu conteúdo para esse tipo de estudo, por permitir recolher os dados descritivos na linguagem do entrevistado, construindo uma idéia real da maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo. O questionário foi norteado pelas seguintes perguntas: O que você entende por humanização? Fale-me sobre uma situação em que você acredita ter prestado um cuidado humanizado? E O que torna possível o cuidado humanizado as crianças e suas famílias? Após a transcrição na íntegra dos depoimentos, utilizou-se como método a análise de conteúdo e como técnica a análise temática, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. **Resultados:** Os resultados apontam o fenômeno “Desvelando o Cuidado Humanizado Dispensado à família e a criança com câncer”. Os elementos teóricos emergiram das descrições de situações apresentadas pelas enfermeiras e foram organizados a partir dos dez fatores estruturais que explicam o cuidado: a formação de um sistema de valores humanístico-altruístico; a estruturação de fé e esperança; o cultivo da sensibilidade de nosso próprio eu e dos outros; o desenvolvimento de um relacionamento de ajuda e confiança; a promoção e aceitação de uma expressão de sentimentos positivos e negativos; o uso sistemático do método criativo de resolução de problemas; a promoção de ensino-aprendizado interpessoal; provisão de um ambiente de apoio integral; assistência e satisfação de necessidades humanas, e a permissão para o desenvolvimento de forças fenomenológico-existenciais. **Conclusão:** Os dados permitiram reflexões acerca das possibilidades de construção do processo humanístico interpessoal no ambiente de cuidado num contexto da oncologia pediátrica e de avanços e limitações quanto a aplicabilidade deste referencial na prática.

Palavras-chave: humanização da assistência, enfermagem pediátrica, oncologia.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

271 - Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia pediátrica

LuiseFelix de Souza*
Maira Deguer Misko[†]
Carolliny Rossi de Faria Tchikowa[‡]
Regina Szylyt Bouso[§]

Introdução: Nos dias atuais, a doença e a morte residem no hospital, deixando de ocupar, como outrora, o aconchego do lar. Há uma particularidade a ser destacada nesse ponto: a partir de meados do século passado, começam a surgir as modernas terapias intensivas, local onde os objetivos primários de tratamento, através de sofisticados recursos terapêuticos, tornaram-se qualificar, quantificar e controlar uma ampla variedade de fenômenos biológicos. Tais preocupações fazem esquecer que na outra extremidade dos tubos, cabos e drenos, atrás de alarmes e restrito ao leito, encontra-se um ser humano. Há uma crença de que o processo de morte é sempre acompanhado de dor e de sofrimento insuportáveis. Esta situação faz com que muitas pessoas se afastem de pacientes gravemente enfermos temendo se "contagiar" com o sofrimento, que percebem e contra o qual sentem que nada podem fazer. Quando a vida física é considerada como bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, a manutenção da vida a todo custo se transforma em idolatria. Muitas vezes, a medicina promove implicitamente esse culto idólatra à vida, organizando a fase terminal como uma luta desmedida contra a morte. O agravante, na nossa cultura, é que os profissionais de saúde, dentre esses os de enfermagem, estão despreparados para lidar com as questões relacionadas à morte e ao processo de morrer. Este tende a ser considerado um assunto menos importante nas instituições de saúde, pois a imagem do hospital é vinculada a um local de cura, e todos que o procuram têm a esperança de sair de lá curados. Alguns profissionais iludem-se com o avanço tecnológico e, com isso perdem o senso crítico, o que resulta em um prolongamento do sofrimento do paciente, dos seus familiares e até do seu próprio, pois imaginamos que a sua frustração seja maior devido ao alto nível de expectativa decorrente da sua onipotência. Nossa atitude diante daquele que enfrenta seu processo de morte e de morrer tem sido, paradoxalmente, a de abandoná-lo à sua angustiante solidão ou a de nos esforçarmos, ao máximo, por prolongar indefinidamente sua situação dúbia de quase - vivo ou de quase-morto, graças ao aparato tecnológico hoje disponível na área da saúde. O exercício da enfermagem em oncologia requer atividades de controle e exercício mental maiores que em outras áreas, uma vez que implica lidar com doença grave, cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas e terminais, a necessidade de cuidados intensivos e também prolongados e a elevada proximidade com a família, com vivência de situações emocionais desgastantes para o profissional. Na área do câncer infantil, a morte eclode no cotidiano da assistência, e não há como ocultá-la. Ocorre, então, um afastamento da vida: a morte invade todos os espaços e sua onipresença implícita ou explícita detona angústias difusas e paralisantes. Afasta-se a vida com o mesmo objetivo pelo qual se afasta a morte: para preservá-la. A impotência diante da criança doente, a sensação de insuficiência, a constante expectativa de morte, a descrença em relação às medidas terapêuticas disponíveis, são, no fundo, uma espécie de paralisia diante da realidade e de suas demandas. Tal paralisia

* Aluna de graduação do curso de Enfermagem da EE USP-SP e bolsista FAPESP

[†] Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e especialista em Enfermagem Pediátrica.

[‡] Enfermeira e Mestranda pela Universidade de São Paulo.

[§] Livre-Docente junto ao Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da EEUSP- SP. Luise Felix de Souza Rua Luiz da Silva Pires, 365. Vila Oliveira. 08790-210 – Mogi das Cruzes/SP. Tel: (11) 47262462 e-mail: luise-felix@hotmail.com



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

decorre da angústia suscitada pela percepção de que o câncer pode levar a criança à morte, a despeito dos esforços efetuados. Os profissionais de saúde precisam estar preparados para receber e cuidar de crianças, adolescentes e suas famílias, com prognóstico grave e doença em fase avançada, em que a problemática da morte é uma constante, necessitando compreender as reações e comportamentos que eles apresentam diante da morte para assisti-los em suas necessidades durante o processo de terminalidade. Morrer em paz e com dignidade se refere àquelas situações em que se toma a decisão de não continuar mantendo a vida, suprimindo determinadas terapias ou não as aplicando a um enfermo em que não existem possibilidades de sobrevivência. Crianças com doenças graves provocam intensos dilemas éticos nas equipes. O conhecimento dos significados atribuídos pela equipe às suas experiências permite-nos definir conceitos, ajudando os profissionais a intervirem efetivamente diante das situações de morte, luto e tomada de decisão. A mudança do paradigma de cura para o de cuidado é lenta, mesmo porque na prática, o que ainda prevalece é "o querer e o saber" profissional. Mudar de paradigma, portanto, significa uma implementação cautelosa baseada na educação de profissionais e alunos da área da saúde, reafirmando para esse público, que diante da impossibilidade de cura a conduta mais adequada é atenuar o sofrimento de forma a estabelecer a dignidade no adeus à vida.

Objetivos Conhecer os significados atribuídos pelas enfermeiras para a morte digna da criança e identificar ações de enfermagem que representam a morte digna da criança, para as enfermeiras de unidade de oncologia pediátrica. **Métodos/procedimentos:** Este estudo de abordagem qualitativa utilizou como estratégia metodológica a pesquisa de narrativa, por se considerar que ela permite conhecer a percepção da enfermeira em relação à morte digna da criança em unidades de oncologia pediátrica. A investigação da narrativa é uma alternativa para gerar entendimento e explanação das histórias das pessoas e, ainda, a possibilidade de explorar uma experiência singular. O referencial teórico foi o Interacionismo Simbólico que estuda o comportamento humano abordando as questões vivenciais. Foram entrevistadas 8 enfermeiras de uma unidade de oncologia pediátrica de um hospital público de São Paulo, independente do tempo de serviço. As entrevistas semi-estruturadas foram agendadas em horários e locais convenientes ao entrevistado e gravadas para posterior transcrição. As questões norteadoras foram: Descreva-me uma situação na qual a morte da criança tenha sido digna. Como você descreveria uma morte não digna? O que deve ser feito para proporcionar uma morte digna? **Resultados:** A análise dos dados permitiu a identificação de 5 elementos que compõem a morte digna: (1) Autonomia – desejo da enfermeira em poder participar mais das decisões de cuidado e tratamento; sente-se ameaçada pelas questões legais (2); Cuidado da família – Ser capaz de desenvolver vínculo e parceria com a família; (3) Cuidado humanizado – Ter habilidade e conhecimento para oferecer presença humana, promovendo a comunicação aberta, escuta, cuidado psicossocial e espiritual; (4) Oferecer conforto físico – habilidade e autonomia para manejar a dor e os demais sintomas; (5) Trabalhar com e no processo de morrer – A dificuldade em reconhecer e oferecer cuidado durante o processo de morrer. A morte da criança gera um conflito pessoal sobre a qualidade do cuidado. O enfermeiro precisa lidar com sentimentos como: tristeza, insegurança e culpa. **Conclusões:** Oferecer uma morte digna é um desafio, pois envolve um equilíbrio de múltiplas perspectivas e necessidades tanto da criança como da família e dos próprios profissionais. Há ainda um conflito pessoal do profissional, sobre resistir ou aceitar a morte de uma criança como algo natural. O estabelecimento de um vínculo é importante para uma relação de confiança com a criança e com a família, mas é também o que dificulta a elaboração do luto profissional. A falta de respaldo legal e de autonomia do profissional pode impedir a promoção da morte digna para a criança.

Palavras-chave: morte digna, enfermagem pediátrica, oncologia.

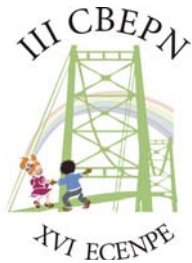


**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

272 - Descobrimo a diabetes no universo do brinquedo terapêutico: relato de experiência

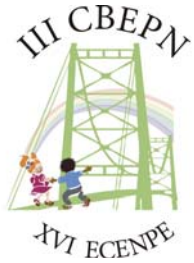
Renata Pereira
Flávia de Cássia José Russo

Introdução: Frente a hospitalização de um indivíduo é preciso reconhecer a criança com um cliente diferenciado do adulto, com necessidades próprias de assistência, entre as quais a necessidade de brincar, cuja satisfação considerada indispensável para que a criança possa se recuperar adequadamente. No universo infantil a comunicação acontece através do brincar e das brincadeiras, pois o brinquedo é um recurso facilitador, no âmbito do cuidado emocional, da interação entre a criança, sua família e profissionais de saúde. O ato de brincar é essencial ao desenvolvimento pois no brinquedo a criança se porta além do comportamento habitual de sua idade, na verdade é como se ela fosse maior do que na realidade é, o que caracteriza a zona de desenvolvimento proximal. A criança no decorrer da brincadeira vai aprendendo a estabelecer regras de convivência, e entender onde terminam e iniciam-se os seus direitos e os dos outros, favorecendo a socialização e lidar com situações potencialmente estressantes do cotidiano. Lembrando sempre que a criança só brinca se está adaptada ao ambiente e equilibrada física e emocionalmente. O Brinquedo não pode ser utilizado somente como uma forma de satisfazer a necessidades recreacionais da criança mas também como propiciador do desenvolvimento físico, mental, emocional e socialização da mesma. Podendo ser utilizado também como um meio de alívio para as tensões impostas pela doença, pelos tratamentos, pela hospitalização. Tem também a função de auxiliar no preparo da criança para procedimentos terapêuticos, assim como para que ela descarregue sua tensão após os mesmos, dramatizando as situações vividas e manuseando os instrumentos utilizados ou objetos de brinquedos que os representem, funcionando como uma verdadeira “válvula de escape”, desta forma ocasiona à diminuição da ansiedade. Os avanços tecnológicos tem gerado melhores condições de tratamento dos agravos das doenças, entretanto não garantem seu total restabelecimento psíquico, a hospitalização é um evento na vida da criança e de sua família que ocasiona sofrimento, medo, traumas e dores. A hospitalização para qualquer indivíduo é uma experiência traumática e estressante principalmente para a criança que tem modificado o trajeto natural do seu desenvolvimento infantil. Para minimizar tamanha angústia e sofrimento, o brinquedo terapêutico é uma importante estratégia no ambiente hospitalar, que garante maior similaridade com a trajetória de vida normal da criança. **Objetivo:** Sedimentadas nesta certeza, pela necessidade presente de assistir a criança e sua família, permitindo a compreensão do momento específico vivido pela criança com estabelecimento de vínculo e relacionamento terapêutico, o objetivo do presente trabalho é relatar a experiência de uma enfermeira de um hospital infantil privado da cidade de São Paulo, que utilizou o brinquedo terapêutico como estratégia para promover o enfrentamento e o estabelecimento de novas rotinas diante do diagnóstico de primo-descompensação diabética. **Material / Método:** Este estudo consiste em um relato de experiência, realizado em um hospital infantil privado de pequeno porte da cidade de São Paulo na unidade de internação que conta com dezesseis leitos, nas quais são internados crianças de zero a dezoito anos com diferentes patologias. O serviço ainda mantém uma brinquedoteca para cada unidade de internação. O objeto de estudo foi uma criança de 9 anos, que tinha como diagnóstico primo-descompensação diabética. Foi realizada uma sessão com brinquedo terapêutico (brinquedo instrucional), com duração de cinquenta minutos, no quarto da criança na companhia de seus pais. O brinquedo utilizado na sessão foi um boneco, que



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

recebeu o nome de “Malu”. O procedimento escolhido para realização da sessão foi à verificação de glicemia capilar e secundária a esta a suplementação insulínica. Sendo, portanto, utilizado na sessão de brinquedo instrucional algodão, álcool, caneta lancetadora, lancetas, aparelho de glicemia capilar, fitas reagentes e posteriormente agulha, seringa e insulina. A criança recebeu alta da UTI sendo submetidas a todos os procedimentos de dosagem de glicemia capilar e insulino terapia sob contenção dos pais e da enfermagem. Ao ser admitida na unidade de internação não falava com a equipe e muito chorosa à aproximação. Em um primeiro momento entrei no quarto e tentei conversar com ela, que não me respondia estando sempre de costas, mas os pais com muitas perguntas e muito receptivos para receberem o treinamento dos procedimentos, falei que antes do almoço no momento no qual ela deveria realizar a dextro retornaria ao quarto com a Malú para que essa minha “amiga” pudesse contar sua história a eles. Quando voltei ao quarto já com todo o material e a boneca ela se afastou do leito e os pais se aproximaram de mim, então contei uma história enquanto os pais me olhavam atentamente e ela fingia não ouvir. Passei então a realizar o treinamento com os pais e percebi que a medida que eles iam realizando os procedimentos na Malú ela se interessava e se aproximava cada vez mais, até que chegou perto, pegou a boneca e me perguntou “ Posso tentar também?”, após minha resposta afirmativa iniciou o procedimento sem que fosse necessário que eu a tivesse orientado antes. Fiquei surpresa com a exatidão com que ela manuseava os materiais e realizava o procedimento e nesse momento o pai sugeriu que ela começasse a testar nela mesmo, foi então que ela retornou ao lado mais afastado do quarto e começou a chorar. Fui ao seu encontro e perguntei se eu já tinha feito alguma coisa contra a vontade dela, com um gesto negativo com a cabeça ela me respondeu e voltou a pegar a boneca. Alguns momentos depois e muitos testes na Malú o pai sugeriu que fizéssemos o procedimento nele, rapidamente ela se prontificou e realizou sem auxílio e com perfeição, o que me fez notar que mesmo quando estava distante e com medo prestava atenção na orientação dada aos pais. Em seguida a mãe se ofereceu para o teste também, e mais uma vez ela o fez tranquilamente e ao término me questionou “Será que eu consigo fazer em mim?”, como diz a técnica do brinquedo devolvi o questionamento e a resposta foi “Acho que vou tentar Tia...”. Com o material separado ela ficou parada com a caneta lancetadora no dedo, chorando dizendo que era medrosa, e quando nenhum de nós esperava ela lancetou seu dedo e me olhou dizendo “Pronto, eu fiz Tia...”. A Glicemia estava alterada e os pais muito ansiosos para a aplicação de insulina, mas ela olhou pra mim e disse “Eu quero que você faça em mim Tia...” No dia seguinte antes do almoço o pai foi ao posto de enfermagem e me chamou por que ela queria mostrar como ela estava fazendo tudo sozinha e assim o fez toda orgulhosa e ainda me questionou rindo “ E a Malú, ainda ta na UTI de tanta insulina que eu dei nela?”e voltou a organizar seus novos utensílios Naquele mesmo dia eles receberam alta hospitalar completamente seguros de suas capacidades e muito felizes e agradecidos.. Considerações: A Assistência de enfermagem prestada, na mudança da trajetória de vida da criança / família frente à doença, amparada pela utilização do brinquedo terapêutico, permite a construção de uma nova perspectiva de cuidado, centrada na criança e na família¹⁰. O momento terapêutico estabelecido favoreceu o aprendizado de novas rotinas, a liberação de tensões, medos e inseguranças, bem como estabelecimento da ressignificação da doença recém diagnosticada e suas repercussões no núcleo familiar. Com o emprego do brinquedo as enfermeiras podem efetivamente assistir a criança, favorecendo a exteriorização de seus medos e ansiedades. A utilização do brinquedo na assistência a criança, estabeleceu uma relação terapêutica, estreitando a relação entre o enfermeiro e a criança/família, promovendo maior qualidade na assistência de enfermagem. Cabe também salientar que acreditamos e conhecíamos as funções do brinquedo terapêutico, e enquanto recurso do universo infantil, o mesmo proporcionou enfrentamento adequado as demandas da criança e liberações de incertezas relacionadas à sua nova condição. O presente



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

estudo veio evidenciar que o brinquedo terapêutico deve ser utilizado como maneira de assegurar que a brincadeira seja devolvida a criança e esteja presente nos cuidados de enfermagem.

Palavras- chave: enfermagem, pediatria, jogos e brinquedos, escolar.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

273 - Familiares cuidadores de recém nascidos de alto risco: dificuldades e facilidades

Caroline Sissy Tronco*
Cristiane Cardoso de Paula†
Eliane Tatsch Neves‡
Maria Celeste Landerdahl§

Introdução: o nascimento de uma criança com problemas que impliquem em risco para sua integridade, pode levar ao distanciamento dos pais e seu filho, quando este recém-nascido (RN) necessita ficar internado em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Tal situação poderá originar desapontamento e sentimentos de incapacidade, culpa e medo da perda por parte dos pais¹. Assim, o RN fica em um local cujo acesso é restrito dificultando o contato com os familiares, os quais têm receio em tocar um ser tão pequeno e frágil². Com isso, a família passa a ver o RN internado como pertencente à equipe de saúde, potencializando a insegurança para estabelecer um vínculo afetivo³. Incluir a família no cuidado do RN durante sua internação facilita o estabelecimento de comunicação e fortalecimento de vínculo, contribuindo no preparo dos pais para o cuidado após a alta hospitalar. **Objetivo:** conhecer dificuldades e facilidades encontradas por familiares de recém nascidos de alto risco no cuidado domiciliar. **Metodologia:** pesquisa qualitativa com abordagem descritiva, realizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS). Após aprovação do CEP, mediante assinatura do TCLE, desenvolveram-se entrevistas semi-estruturadas com 20 familiares de crianças egressas da UTI neonatal em acompanhamento ambulatorial. Utilizou-se critério de saturação de dados⁴. Desenvolveu-se análise temática, que se constitui de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final⁵. **Resultados e discussão:** os resultados apontaram como facilidades: **acompanhamento durante a internação; ajuda de outras pessoas; ter outro filho ou já ter cuidado de crianças e orientações durante a internação e na alta hospitalar.** E como dificuldades: **hora de amamentar e bebê sensível e/ou muito pequeno.** O acompanhamento durante a internação faz com que a mãe sinta-se mais segura em cuidar do RN, podendo se adaptar à nova situação, sanando dúvidas e aprendendo como cuidá-lo. Entretanto, deve-se atentar ao fato de que nem todas as mães podem acompanhar seu filho. A estrutura familiar, a existência de outros dependentes além da criança hospitalizada, sua inserção no meio social, e as atividades cotidianas podem ser fator dificultante/impeditivo na permanência durante a internação¹. Faz-se imprescindível planejar com ela uma sistemática que permita a sua presença coerente às suas possibilidades. A ajuda de outras pessoas, ter outro filho, e já ter cuidado de crianças foi essencial para que as dificuldades fossem superadas. A rede familiar evidencia-se como um todo orgânico, que se desenvolve por um processo vivencial e dinâmico, e se estrutura a partir de influências externas, como o status social, condições econômicas, crises financeiras; e por condições internas, como o nascimento de um filho, doenças em um membro da família, entre outros. A importância das orientações evidenciou o papel do enfermeiro como educador, pois proporciona que a mãe se sinta mais segura para cuidar do RN no domicílio. A

* Enfermeira. Professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado a saúde das pessoas famílias e sociedade. email: carolinetronco@yahoo.com.br

† Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Vice líder do Grupo de Pesquisa Cuidado a saúde das pessoas família e sociedade.

‡ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado a saúde das pessoas família e sociedade.

§ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cuidado.



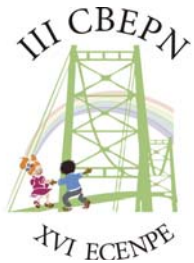
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

preparação para o cuidado domiciliar precisa ser compartilhada entre a equipe e os familiares durante a internação hospitalar. Portanto, a presença materna na unidade neonatal não deve ser somente permitida ou tolerada, mas deve ser valorizada pela equipe como importante para a continuidade da vida da criança após a alta⁶. No que tange as dificuldades relatadas pelas mães, o tempo de permanência do RN na UTI, o medo e a insegurança refletem no cuidado domiciliar. Algumas mães relataram que por ser seu primeiro filho, os medos e as inseguranças são maiores, pois, além do estresse pela internação, estão ansiosas por terem que cuidar pela primeira vez de um RN. No momento da alta os pais, de modo geral, demonstram ansiedade ou medo em cuidar de seu filho, expressando preocupações e inseguranças no que se refere aos cuidados deste no domicílio. No que tange a hora de amamentar as mães relataram dificuldade por sentirem medo ou por *deficit* na pega e sucção do leite materno. Isso se deve a separação prolongada da mãe e bebê, a ansiedade e o estresse materno, o manejo dos profissionais no suporte à amamentação, a diminuição da produção de leite, a insegurança que a mãe tem sobre a qualidade de seu leite, e o comportamento alimentar imaturo do RN prétermo, entre outros⁷. O bebê ser “sensível” e/ou muito pequeno repercutiu nos cuidados com o RN, pois as mães tinham medo de tocar seu filho. Deve-se atentar à importância de encorajar a aproximação, a troca de fraldas, o banho, o que pode promover a segurança e o vínculo afetivo, refletindo no cuidado domiciliar. Percebe-se a importância do enfermeiro interagir com família, pois o cuidado integral beneficia tanto o RN quanto os pais e a rede familiar². **Conclusão:** destacou-se a presença da mãe durante a internação do RN, a rede familiar e social e as orientações recebidas durante a internação. A importância da convivência e do acompanhamento das mães durante o período de internação, somadas ao acolhimento e esclarecimentos durante os cuidados realizados pelo enfermeiro foram fatores determinantes para a tranquilidade delas. As dificuldades encontradas permearam sentimentos de medo e ansiedade decorrentes da natureza da internação, tendo em vista que crianças egressas da terapia intensiva neonatal podem apresentar necessidades especiais e, portanto, criam demandas de cuidados especiais. Nesse contexto, algumas mães não se sentiram preparadas para enfrentar com segurança tal realidade. Com isso, reforça-se a importância da presença e da postura ativa dos pais durante a internação, uma vez que essa condição permitiu o preparo para o cuidado domiciliar. Este estudo possibilitou perceber quais são as dificuldades e facilidades para o cuidado domiciliar podendo desenvolver estratégias para centralizar o cuidado na família e no RN. Nesse sentido, a Enfermagem pode contribuir como parte da equipe de saúde, nas ações de cuidado e de educação em saúde, possibilitando uma assistência integral e humanizada. E, que as inquietações advindas da prática resultem em novas pesquisas no intuito de preencher as lacunas destes estudos.

Palavras-chaves: cuidado perinatal, enfermagem neonatal, enfermagem pediátrica.

Referências:

1. Oliveira BRG; Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Rev Latino-am Enfermagem Ribeirão Preto 1999 Dez; 7(5):95-102 .
2. Kamada I; Rocha SMM. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. Rev Esc Enferm USP São Paulo 2006; 40(3): 404-11.
3. Hudak CM; Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997; p102.
4. Fontanella BJB; Ricas J; Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Publica Rio de Janeiro 2008; 24(1): 17-27.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

6. Araújo BBM; Rodrigues BMRD; Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freiriana. R Enfem UERJ 2008 abr/jun; 16(2):180-6
7. Delgado SE; Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. Pró-fono Revista de Atualização Científica Barueri 2005 mai/ago; 17(2):141-152.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

274 - Diabetes mellitus na infância e adolescência: a importância dos cuidados de enfermagem

Beatriz Lopes Silva*
Aline Schütz Balistieri[†]
Laura Lemos Vilaça[‡]
Daniele Marins[§]

O Diabetes Mellitus é uma condição crônica de saúde caracterizada pelo aumento de glicose no sangue, associado a uma deficiência na produção do hormônio insulina pelo pâncreas, órgão responsável pela manutenção dos níveis normais de glicemia. Os sintomas que levam ao diagnóstico dessa doença são: fadiga, cansaço, sede e fome intensas, micção freqüente e perda de peso, apesar da excessiva fome. Geralmente, os jovens e as crianças acometidos pela doença são magros. Pode ser dividida em 2 tipos distintos. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009, sabe-se que o diabetes do tipo 2 possui um fator hereditário maior do que no tipo 1. Além disso, há uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo. Estima-se que 60% a 90% dos portadores da doença sejam obesos. A incidência é maior após os 40 anos. Uma de suas peculiaridades é a contínua produção de insulina pelo pâncreas, porém, ocorre um problema na incapacidade de absorção das células musculares e adiposas. Por muitas razões, suas células não conseguem metabolizar a glicose suficiente da corrente sangüínea. Esta é uma anomalia chamada de "resistência Insulínica". O diabetes tipo 2 é cerca de 8 a 10 vezes mais comum que o tipo 1 e pode responder ao tratamento com dieta balanceada e exercício físico. Outras vezes vai necessitar de medicamentos orais e, por fim, caso ainda não haja uma boa resposta do organismo, a combinação destes com a insulina. O diabetes Tipo 1 é uma doença auto-imune caracterizada pela destruição das células beta produtoras de insulina. Esse tipo surge quando o organismo deixa de produzir insulina (ou produz apenas uma quantidade muito pequena.), fazendo-se necessária a aplicação diária e regular da insulina para regularizar o metabolismo do açúcar. Não se sabe ao certo por que as pessoas desenvolvem o Diabetes Mellitus 1 (DM1). Sabe-se que há casos em que algumas pessoas nascem com genes que as predispõem à doença. Mas outras têm os mesmos genes e não têm diabetes. Pode ser algo próprio do organismo, ou uma causa externa, como por exemplo, uma perda emocional, ou alguma agressão por determinados tipos de vírus como o coxaquie, causador de impetigo contagioso. O tipo 1 acomete crianças e, principalmente, adolescentes que estão em idade de desenvolvimento, mas vale lembrar que pode acometer pessoas de qualquer idade, desde que haja a destruição das células beta produtoras de insulina. Diante de todas as características do Diabetes, e ainda levando-se em consideração que é uma doença crônica, e de como essa doença pode afetar a vida de uma criança ou adolescente que seja portador, o presente trabalho tem como objetivo principal descrever quais são as importâncias e relevâncias dos cuidados de enfermagem a criança diabética a fim de que os profissionais tenham noção do quanto é essencial a realização de um atendimento adequado para um melhor prognóstico da doença nesses pacientes e acima de tudo, uma boa convivência delas com a doença, que será um acompanhante constante a partir do diagnóstico. A metodologia utilizada é a pesquisa qualitativa com caráter descritivo, que segundo Minayo (2007, p. 55), "o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história,

* Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período – Rua Deocleciano Ramos, 55, Anchieta, Rio de Janeiro, RJ CEP: 21645-180 E-mail: bia_lopess@yahoo.com.br

[†] Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período.

[‡] Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período.

[§] Professora substituta do departamento de enfermagem materno infantil e psiquiatria da Universidade Federal Fluminense. Enfermeira Especialista em enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em parceria com a clínica Perinatal de Laranjeiras.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

das relações das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.” O estudo descritivo, segundo Figueiredo (2004, p. 104) “As pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário, e a observação sistemática.” É caracterizada como estudo de caso, segundo Costa e Costa (2001, p. 67) “[...] estudo limitado a uma ou poucas unidades que podem ser uma pessoa, uma família, um produto, uma instituição, uma comunidade ou mesmo um país”. O estudo foi realizado na enfermagem pediátrica de um Hospital Universitário na cidade de Niterói e obedeceu as leis da ética em pesquisa do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, resolução 196/96, quando trata-se de pesquisas envolvendo seres humanos. A partir dos resultados obtidos, constatamos o quanto é importante os cuidados de enfermagem para as crianças e adolescentes, no sentido de que necessitam de ajuda para entender sua condição, pois lidar com uma doença crônica é muito difícil, já que é uma característica que os acompanhará pelo resto da vida. Lidar com a doença necessita muito cuidado e responsabilidade, principalmente nas aplicações dos medicamentos, responsabilidade esta que por muitas vezes ainda não os acompanha, diante da idade em que se encontram. Tanto para as crianças quanto para os adolescentes, é importante entender quais são os principais sinais e sintomas de complicações que podem vir a ocorrer como a hipoglicemia (sensação de fome aguda, dificuldade para raciocinar, sensação de fraqueza, cansaço, sudorese, tremores, etc) ou hiperglicemia (muita sede, muita urina, muita fome com emagrecimento, cansaço, pele seca, dor de cabeça, etc.), como devem proceder para obter melhorias dessas complicações, quais são os alimentos mais adequados e que podem comer sem perigo de gerar um descontrole da glicemia, como inteirar os amigos da sua condição e se inteirar na rotina deles mesmo sendo portadores da doença, e como podem continuar a levar uma vida com qualidade, sem deixar que o diagnóstico de Diabetes seja sua única característica, perdendo suas identidades, para serem conhecidos pela doença, e não por realmente quem são. De um modo geral, os cuidados, não só os de enfermagem, mas os de toda a equipe de saúde, são de importância fundamental para as crianças e os adolescentes portadores de Diabetes, pois é a partir dessa atenção que poderá haver uma qualidade de vida melhor para os mesmos, já que essa doença é definitiva, e sem a ajuda de profissionais qualificados, torna-se difícil se adequar a essa condição que pode trazer tantas mudanças para as suas vidas. É a partir de uma boa relação e de um bom contato com esses profissionais, que poderão se sentir mais livres para retirar dúvidas e “abrir” seus medos e angústias diante da nova condição já que podemos dizer que dois dos sentimentos mais experimentados pela criança com diabetes são o medo e insegurança, já que estão diante de uma situação nova, que mudará para sempre suas vidas. Ouvir que por muitas vezes podem ser responsáveis por um possível abandono do tratamento e uma piora do quadro em que se encontram. Enfim, podemos concluir que os profissionais, principalmente os de enfermagem, pois possuem um contato mais próximo e contínuo com os pacientes, lidando diariamente com eles e tendo uma maior chance de avaliar sua evolução, têm uma participação muito especial na aceitação e na melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes diabéticas, pois com seus cuidados, podem evitar muitas complicações, e fazer com que esses pacientes tenham um bom prognóstico e uma vida mais próxima do normal possível.

Palavras-chave: diabetes mellitus, adolescência, infância, cuidados de enfermagem.

Referências:

- Sociedade Brasileira de Diabetes, Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/> Acesso em 21 agosto 2009.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

- Costa, Marco Antonio F. & Costa, Maria de Fátima Barrozo, Metodologia da Pesquisa – Conceitos e Técnicas, Rio de Janeiro, Editora Interciência, 2001.
- SANTOS, J. S.; ENUMO, S. R. F. Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença, Psicologia: reflexão e crítica, Vol. 16, N. 2, pp. 411-425, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a21v16n2.pdf> Acesso em 19 julho 2009.
- FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de, Método e metodologia na pesquisa científica, São Paulo, Editora Difusão, 2004. 247 páginas.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, São Paulo, Editora Hucitec, 10^a edição, 2007. 406 páginas.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

275 - Crianças e adolescentes que vivenciaram o transplante de medula óssea: o impacto na qualidade de vida

Jane Cristina Anders*

Regina Aparecida Garcia de Lima[†]

Introdução: O transplante de medula óssea (TMO) tem se desenvolvido nas últimas décadas como uma das modalidades terapêuticas mais importantes no manejo de doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas. Apesar de ser um tratamento complexo, associado à alta morbimortalidade, tal terapêutica possibilita a cura ou prolonga significativamente a sobrevida dos pacientes. A criança e o adolescente que vivenciaram o transplante de medula óssea levam consigo toda a bagagem que essa experiência lhes forneceu, com repercussões marcantes em suas vidas. Se a experiência de ter uma doença grave com um tratamento agressivo causa impacto em todos os aspectos da vida desses indivíduos, esses, por sua vez, precisam ser apreendidos pela equipe de saúde para que a mesma possa considerá-lo no planejamento do cuidado de acompanhamento. Diante do número de pacientes que está sobrevivendo ao transplante de medula óssea, abre-se uma nova vertente para a pesquisa neste campo dada pela necessidade de estudos sobre as implicações que tal tratamento acarreta às crianças e adolescentes. Mesmo no caso de o TMO ter sido conduzido com sucesso, o paciente e sua família percorrem um longo e difícil caminho, devido à complexidade desse processo, uma vez que além do estresse a que são submetidos, desde o diagnóstico da doença, passam pelas várias fases do tratamento, procurando sobreviver às complicações até estarem curados. As situações de impacto, presentes desde a fase do diagnóstico, têm repercussões no cotidiano dos pacientes e de seus familiares com a espera para realização do TMO; a existência de um doador e o início do tratamento, propriamente dito, com suas especificidades; o defrontar-se com as complicações decorrentes do tratamento; a hospitalização e seus efeitos; a alta hospitalar e o acompanhamento em casa com os cuidados necessários. Concordamos com alguns autores quando estes referem que sobreviver ao tratamento está relacionado ao enfrentamento e à adaptação no modo como a criança, adolescente e família convivem com a doença e o tratamento, na maneira que procuram resgatar sua rotina e planejam o futuro. É nesse contexto que procuramos inserir a presente investigação que tem por objetivo compreender a experiência de crianças e adolescentes que vivenciaram o transplante de medula óssea e apreender quais eram as suas preocupações com os efeitos tardios de tal terapêutica.

Método: O estudo é de natureza descritivo-exploratória, com análise qualitativa dos dados. Participaram do estudo 14 sujeitos, com idade entre 7 e 17 anos, submetidos ao procedimento em um hospital-escola do interior de São Paulo, que tinham os seguintes diagnósticos os quais ocasionou o TMO: Anemia Aplásica Grave, Leucemia Mielóide Aguda, Leucemia Mielóide Crônica e Leucemia Linfóide Aguda. Todos os participantes realizaram TMO Alogênico. Em relação ao tempo pós-TMO, encontramos variação de dois meses a nove anos. Com relação à escolaridade das crianças ou adolescentes, uma não havia iniciado a

* Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis - SC. Endereço: Capitão Américo, n 89, apto 306, Ed. Brisa Sul, Florianópolis – SC, CEP: 88037060. E-mail: janecanders@nfr.ufsc.br.

[†] Enfermeira, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. E-mail: limare@glete.eerp.usp.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

alfabetização, outra não retornara à escola após o TMO e as demais freqüentavam regularmente a escola, cursando o fundamental e o ensino médio. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da referida instituição, sob o número 9193/2002. Conduziu-se a coleta de dados mediante entrevistas abertas tendo a análise percorrido as etapas preconizadas pela técnica de análise temática de conteúdo, ou seja, pré-análise, análise dos sentidos expressos e latentes, elaboração das temáticas e análise final. Optamos por não analisar estatisticamente o material empírico como preconizado originalmente pela técnica, mas por realizar uma análise compreensiva do mesmo. Os dados foram organizados ao redor do tema **novos caminhos pela vida**, o qual foi composto pelos seguintes subtemas: os momentos de ameaças e o amanhã como uma nova etapa da vida. **Resultados e discussão:** O transplante de medula óssea surge como uma esperança de vida para a criança, o adolescente e sua família, oferecendo-lhes a possibilidades de vivenciarem o futuro. O planejamento desse futuro é um processo recorrente na vida de todo ser humano, porém, em situações de doença grave que os acometa, convivem com a imprevisibilidade decorrente da ameaça potencial às suas vidas. Para muitos, o TMO é uma experiência que pode lhes dar sobrevida, embora envolva inúmeras situações de perigo, por vezes durante anos, uma vez que os efeitos colaterais tardios podem se manifestar, gerando insegurança. Os efeitos colaterais manifestados, mesmo que tardios, foram a recaída da doença, a possibilidade da morte, a realização de outro transplante e a esterilidade, ameaças que desencadeiam sentimentos e emoções tanto na criança como no adolescente, tornando-os mais vulneráveis, inseguros e emocionalmente abalados. Esses sentimentos levam a uma preocupação quanto à sua saúde e inibe planos para o futuro. Considerando a presença ou possibilidade de problemas em relação aos efeitos colaterais do transplante, o medo da recidiva da doença ou de uma sobrevida menor pode desencadear um impacto negativo do TMO, sendo atribuído à sua repercussão no funcionamento do organismo nos domínios físico e psicológico reportando na qualidade de vida. Por outro lado, na perspectiva do futuro, projetaram o alcance de uma vida longa, com a concretização de planos e sonhos. Pudemos observar, também, que apenas alguns adolescentes preocupavam-se com os possíveis efeitos tardios do TMO. O alcance da cura no campo do TMO traz consigo os avanços da medicina nas últimas décadas mas, mesmo com esses avanços, surgem novas implicações relacionadas à sobrevivência pós-TMO, ou seja, à qualidade de vida, à avaliação e acompanhamento das seqüelas, pois viver dentro dos limites e possibilidades, em condições de realizar as atividades do dia-a-dia infanto-juvenil, como lazer, escola, afeto e com perspectivas profissionais futuras, constitui-se em verdadeiro desafio. **Conclusão:** De modo geral, podemos afirmar que, apesar das dificuldades apontadas nos relatos das crianças e adolescentes acerca da sua vivência frente ao TMO, os resultados obtidos parecem trazer uma visão otimista dos sobreviventes. Assim, sobreviver na condição de ser transplantado consiste em viver a cada dia a sua existência, em um constante movimento de reconstrução de seu cotidiano e na retomada de vida, transformando suas limitações em possibilidades de bem viver, ou seja, de viver mais saudável. A vida dessas crianças e adolescentes caracteriza-se pela dualidade de viver sem a doença, mas com os riscos de complicações ou seqüelas advindas do processo do TMO. É importante ressaltar que sobreviver à doença não significa unicamente cura; daí a necessidade de reconhecermos que o sucesso do tratamento transcende a esfera biológica, estendendo-se para uma dimensão existencial que inclui as diversas esferas do existir humano. Entendemos que, de algum modo, apreciar a vida depois da vivência do TMO é uma conquista de cada dia. Diante da magnitude e da complexidade que envolvem o processo de TMO, não basta que os profissionais se preocupem apenas com a utilização de recursos tecnológicos ou com o aprimoramento de técnicas. Torna-se de extrema importância o aprimoramento de habilidades, capacidades e competências para oferecer uma assistência mais compreensiva, voltada para a especificidade da criança e adolescente, na sua forma



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

singular de pensar, agir e sentir.

Palavras-chaves: criança, adolescente, transplante de medula óssea, enfermagem pediátrica.

Referências:

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo M.C.S, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001.

Ortiz MCA, Lima RAG. Experiência de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra o câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 maio-junho; 15(3): 411-17.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

276 - Motivos do desmame precoce nos primeiros seis meses de vida da criança

Patrícia Christovão Pereira*

Josiane Nunes Maia[†]

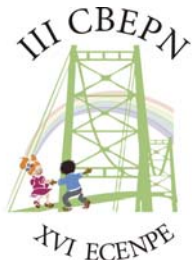
Rosângela Ap. Pimenta Ferrari[‡]

Introdução: Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o leite materno é o melhor alimento para o lactente porque oferece proteção contra doenças, além de contribuir para o desenvolvimento psicológico e emocional do recém-nascido. São inúmeras as vantagens da amamentação, especialmente nos primeiros seis meses de vida. Em primeiro lugar, ela garante, em muitos casos, a sobrevivência das crianças, e, particularmente, daquelas em condições desfavoráveis e / ou que nascem com baixo peso. Quanto mais a criança mamar no peito, mais protegida estará. Sob o ponto de vista nutricional, a complementação precoce é desvantajosa para a nutrição da criança, além de reduzir a duração do aleitamento materno e prejudicar a absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco. A complementação com outros alimentos e líquidos não nutritivos diminui o volume total do leite materno ingerido, independente do número de mamadas. No entanto, o desmame precoce atinge níveis consideráveis em relação à prática do aleitamento materno, onde fatores podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Alguns desses fatores estão relacionados à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar, e outros se referem à criança e ao ambiente, como as condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida. Amamentar ou não um filho constitui-se, em uma tarefa que ultrapassa as barreiras do querer. A decisão materna de amamentar é um fato que poderá influenciar diretamente na concretização desse ato, porém a amamentação é um advento também social, muda conforme a época, os costumes e os valores e são transmitidos de geração para geração. Nesse período, o apoio de profissionais da saúde à mulher-mãe é importante para que ela se sinta segura e sabendo que não está sozinha, podendo pedir ajuda quando achar necessário. **Objetivo:** Identificar os motivos de desmame precoce nos primeiros seis meses de vida da criança no município de Londrina, Paraná, resultados obtidos através da realização do projeto de pesquisa intitulado “Fatores de risco de morbimortalidade materna, neonatal até o sexto mês de vida”. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo transversal prospectivo realizado através de entrevista com as mães no domicílio seis meses após o parto hospitalar. Participaram da 2ª parte da pesquisa 451 mulheres do total de 742 mulheres, 1ª parte da pesquisa, atendidas pela Maternidade Municipal e Maternidade Pública Estadual do Município de Londrina, Paraná, nos meses de agosto a outubro de 2006. Estas maternidades são Hospitais ‘Amigo da Criança’ e o município conta com Banco de Leite Humano, Centro de Lactação-CELAC no Hospital de Clínicas da UEL e Comitê de Aleitamento Materno Municipal. Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi

* Estudante do 4º ano do Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina, Paraná. Endereço: Rua Natalício Euzébio, 213, Jardim Imagawa, CEP: 86080350, Londrina, Paraná. Fone: (43)91468745 / (43) 33388537. Email: paty_christovao@yahoo.com.br

† Estudante do 4º ano do Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina, Paraná.

‡ Departamento de Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Email: ropimentaferrari@uel.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina, protocolo número 033/05 de 24/06/2005. **Resultados:** Das 451 mães entrevistadas 96% referiram realizar consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no serviço de Atenção Básica de Saúde. Do total, 88,9% receberam orientação e incentivo ao Aleitamento Materno (AM) na maternidade e na Unidade Básica de Saúde. Em relação à prática do AM: 40,8% mantinham até o momento da entrevista ao contrário de 59,2% das mães. Dentre os motivos do desmame precoce: 36,6% das mães referiram ser opção pessoal, 27,8% por preferir o leite artificial e 35,5% por outros motivos não especificados. Cerca de 89% das mães mostraram-se cientes das propriedades do leite materno e 8,6% referiram não conhecer as vantagens. **Conclusão:** Pôde-se observar que a maioria das mães recebeu orientação e incentivo para o Aleitamento Materno, mas nem por isso aumentou o tempo de amamentação até o sexto mês de vida da criança, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A prática do desmame esteve mais relacionada a propósitos que não circunscrevem exclusivamente às questões relacionadas à saúde, já que em sua maioria o desmame foi tido por opção pessoal e preferência do leite artificial, mesmo conhecendo as vantagens e benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento e crescimento da criança. Sugere-se aos serviços de atenção básica desconstruir práticas errôneas de alimentação infantil juntamente com as mulheres nos grupos de pré-natal e acompanhar o desenvolvimento e crescimento da criança desde a primeira semana após o parto para identificar risco de desmame precoce e às maternidades além da execução dos '10 passos de incentivo ao aleitamento materno' (dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos; a partir dos seis meses oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais; a partir dos seis meses dar alimentos complementares – cereais, tubérculos, carnes leguminosas, frutas e legumes – três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, cinco vezes ao dia, caso já tenha desmamado; a alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança; a alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com uma colher, deve começar com consistência pastosa e, gradativamente, deve ter a sua consistência aumentada até chegar à alimentação da família; oferecer à criança diferentes alimentos ao dia; estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições; evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida; cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos e garantir seu armazenamento e conservação adequados; estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação), fazer a contra referência com a unidade básica de saúde identificando as puérperas que apresentem risco de desmame precoce, seja por condições maternas ou infantis, na tentativa de reduzir o desmame precoce antes dos seis meses de vida da criança. É muito importante, também, a valorização do aleitamento materno na sua totalidade, incluindo o processo de desmame, pois as mães muitas vezes podem sentir-se responsáveis pelo sofrimento da criança, quando encontram dificuldades para realizá-lo e não recebem apoio adequado, principalmente dos profissionais de saúde, podendo permanecer culpadas com relação ao desmame precoce. Cabe aos profissionais de saúde a tarefa de garantir, a cada mãe, uma escuta ativa, ou seja, de saber ouvi-la, compreender suas dúvidas e esclarecê-la sobre suas crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não o contrário.

Palavras-chave: desmame precoce, aleitamento materno, alimentação infantil.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

**277 - A mãe acompanhante e o processo de hospitalização infantil na Unidade de
Clínica Pediátrica de um Hospital Público da Bahia**

Ana Jamile Alves Pinto*
Celeste da Silva Carneiro†
Diego de Andrade Melo*
Luciano Marques dos Santos‡

A hospitalização significa confinamento em um hospital como paciente, para estudo diagnóstico e tratamento. Esta hospitalização pode ser traumática não só para a criança, como para seus pais e toda sua família, sendo considerada uma situação que gera crise, pois poderá proporcionar sentimentos de impotência e de vulnerabilidade. A doença é um processo que provoca mudanças no cotidiano da família, necessitando de novas organizações de suas atividades. Para a criança a doença traz a privação em realizar suas necessidades biológicas próprias. Portanto, a hospitalização pode ser considerada em algumas situações como sinônimo ou conseqüência da doença. Para a criança o hospital representa um ambiente hostil, doloroso, angustiante, associado ao medo, a separação, e a restrições de movimento, nada parecidas com seu ambiente e rotinas domiciliares. A família quando vivencia a hospitalização e a doença passa por momentos de crise. É muito difícil transferir a responsabilidade dos seus filhos para pessoas que até então lhes eram desconhecidas. Paralelo a isso acontece também a perda do poder de decisão e também de escolhas diminuindo ainda mais a autonomia sobre seus filhos. Portanto, a adoção do alojamento conjunto pediátrico é considerada como uma estratégia necessária, contribuindo assim para a diminuição do estresse emocional, de forma eficaz, já que não proporciona a quebra do vínculo entre mãe e filho ou de pessoa significativa para a criança. Essa estratégia reduz não só o estresse emocional da criança como de toda a família, além de poder diminuir o tempo de internação. A mãe como acompanhante faz com que minimize os impactos da separação da criança com a família, além de favorecer a adaptação dessa criança com o ambiente desconhecido. Sabe-se que a simples presença materna intensifica as reações das crianças trazendo algumas vezes até mesmo melhorias no que diz respeito a sua patologia. Para a mãe acompanhante, essa parceria com seu filho interrompe a falsa impressão de perda do laço materno e poder de mãe, assim como da transferência com relação ao cuidado. Faz com que a mãe se sinta útil e não fique tão distante de seu filho quando a criança precisa ainda mais de seus cuidados e do seu carinho, tornando essa separação menos danosa para a saúde da criança. Este estudo teve como objetivo geral, conhecer os impactos gerados pelo processo de hospitalização infantil na rotina da mãe acompanhante da clínica Pediátrica do Hospital Geral Clériston Andrade em Feira de Santana, Bahia. Trata de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador, Bahia, sob o parecer de número 0536-2008. O campo empírico foi o Hospital Geral Clériston Andrade, mais precisamente a clínica pediátrica e as participantes do mesmo foram seis mães acompanhantes. Utilizamos os seguintes critérios de inclusão: Ser mãe de criança hospitalizada há mais de sete dias; Ser

* Graduandos do curso de Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus Feira de Santana, Bahia. Membros do Grupo de Estudo sobre a Mulher e a Criança (GEMUC).

† Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus Feira de Santana, Bahia. Membro do Grupo de Estudo sobre a Mulher e a Criança (GEMUC). Rua Juvêncio Erudilho, nº 231, Barroquinha, Feira de Santana, Bahia. e-mail: celestecarneiro85@yahoo.com.br. Tel.: (75) 9127-6953.

‡ Enfermeiro. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, e da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana, Bahia. Mestrando do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Enfermagem Neonatalógica. Líder do Grupo de Estudo sobre a Mulher e a Criança (GEMUC).



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

acompanhante da criança; ser mãe de criança com doença aguda e Aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E como critérios de Exclusão: ser mãe de criança hospitalizada por período inferior a sete dias; Não ser acompanhante da criança hospitalizada; Criança com doença crônica e não aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Antes de cada entrevista, as participantes foram orientadas com relação aos objetivos, relevância, riscos, benefícios do estudo, além do caráter voluntário de sua participação, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este foi assinado em duas vias, ficando uma com a entrevistada e a outra sob a posse da entrevistadora colaboradora. Por isso os princípios éticos foram contemplados no desenvolvimento deste estudo para proteger os direitos dos pesquisados durante o processo de coleta dos dados. Para tanto, foi necessário à criação do TCLE que foi assinado por todas as participantes do estudo, autorizando a reprodução e divulgação das informações colhidas, salvaguardando-se a identificação dos informantes. A fim de resguardar a identidade e o sigilo das informações oferecidas pelas participantes do estudo, utilizamos códigos para a apresentação das falas das mesmas, conformes categorias analíticas elaboradas. Na elaboração destes códigos, a primeira letra foi referente à palavra entrevistada e o algarismo a ordem de realização das entrevistas. Desta forma as entrevistadas foram identificadas pelos seguintes códigos: E01, E02, E03, E04, E05 e E06. Os dados foram coletados entre os meses de abril a maio de 2009, por meio de entrevistas semi-estruturadas, conduzidas por um roteiro, que continha informações de ordem sócio-econômicas e demográficas, das participantes, além de três questões de pesquisa, a saber: Como a hospitalização de seu filho está repercutindo em sua rotina diária? O que a senhora faz para amenizar estas repercussões? Como a sua família está te apoiando neste momento? O que eles fazem para te ajudar? O material empírico coletado com as mães acompanhantes foi analisado por meio da análise de conteúdo, sendo identificadas as seguintes categorias: Os impactos na rotina materna; Recebendo apoio da família e A vulnerabilidade da família. A primeira categoria foi subdividida em Mudanças na rotina materna e A responsabilidade com o cuidado do filho doente. A realização deste estudo foi de importância, pois permitiu conhecer os impactos que o processo de hospitalização infantil potencializa na ida da família, em especial na da mãe acompanhante. Além disso, identificamos que estas mulheres vivenciam este momento, praticamente sozinhas, sem o apoio direto dos demais membros de sua família. Observamos que a hospitalização potencializa um momento de crise para toda a sua família, já que, em decorrência das questões de gênero, as mães acompanhantes passam a permanecer no espaço do hospital, demandando a reorganização da dinâmica familiar. Nas falas das mães acompanhantes, ficou explícito a culpa pela hospitalização da criança, a impotência das mesmas por acharem que nada podem fazer para ajudar, a preocupação com os outros filhos que estão em casa, e a sensação de abandono por não ter com quem dividir a responsabilidade da patologia da criança doente. Por outro lado, faz-se mister a incorporação de referenciais sobre a enfermagem e famílias em situação de vulnerabilidade na prática clínica, haja vista a ocorrência deste fenômeno e suas potenciais implicações. Assim, é primordial o conhecimento pela equipe de enfermagem sobre os instrumentos de avaliação de famílias, a fim de poderem re-estruturar o processo de trabalhos nos serviços de atenção à criança e sua família, para que possam compreender a dinâmica e a reorganização interna da família diante desta vivência, com o intuito de menor emissão de julgamentos sobre os comportamentos apresentados pelas mães acompanhantes e demais membros do núcleo familiar. Os trabalhadores da saúde deverão possuir a visão ampliada do conceito de família, a fim de proporcionar uma assistência voltada para as necessidades não só da criança, mas também de seus pais, em especial das mães acompanhantes, contribuindo para a qualidade e excelência do cuidado.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, mães acompanhantes, hospitalização infantil.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

2782 - O primeiro contato entre mãe e bebê, clampeamento tardio do cordão umbilical e amamentação precoce no parto domiciliar planejado

M.F. Calvette *
J.G. Koettker †
V.S. Collaço ‡
J. Silva §

Introdução: O momento do nascimento para grande parte da população mundial é envolto de muita alegria, marco divisor de águas no que se refere aos papéis dentro da família, ou seja, nos significados futuros de gênero masculino e feminino. A mulher agora ganha o status de mãe e quer segurar o bebê em seus braços, reconhecer o Ser que carregava em seu ventre, olhando-o nos olhos, sentindo seu cheiro e observando todo o seu corpinho e imediatamente após colocando-o ao seio não só para alimentá-lo, mas também de forma inconsciente para fortalecer as ligações afetivas criando um vínculo e uma interdependência mãe-bebê. O homem, pai a partir de então, vê-se diante do bebê concreto, real, que percebia através do crescimento da barriga de sua companheira e que finalmente pode tocar e sentir. Nessa nova dinâmica familiar, o apoio masculino à amamentação pode ser um diferencial do homem moderno, e para a mulher culmina como ponto forte no exercício de todas as capacidades femininas ou seja, amar, gerar, gestar, parir e nutrir. As rotinas hospitalares e a ansiedade profissional pode interferir negativamente esse primeiro contato entre mãe e bebê. Na maioria das instituições, mesmo o bebê nascendo em boas condições, o cordão é clampeado precocemente e retirado de perto de sua mãe para que se possa realizar os primeiros cuidados com o recém nascido. As rotinas são supervalorizadas, sendo que este primeiro contato entre mãe e bebê e amamentação prejudicados. Percebemos que esta conduta está também muito relacionada à ansiedade profissional de avaliar o recém nascido, e vê-lo chorar rapidamente logo que nasce, o que ocorre quando o cordão umbilical é clampeado precocemente. A mãe que passou por todo esforço do trabalho de parto e quer logo pegar o bebê em seus braços e reconhecê-lo, muitas vezes não tem esse oportunidade logo que o bebê nasce, sendo que só o vê depois que ele já está de banho tomado, vestido, na sala de recuperação. No Brasil e em outros países o contato pele a pele e o incentivo ao aleitamento materno têm sido estimulados através da iniciativa do Hospital Amigo da Criança e norteados pelo cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. A busca das gestantes e casais grávidos pelo parto domiciliar planejado tem aumentado. Eles estão em suas casas durante o momento do nascimento, seu ambiente, onde sentem-se mais confortáveis e seguros. Procuram um nascimento com o mínimo de intervenções possíveis, com mais tranquilidade e harmonia. A equipe Hanami, enfermeiras que atendem ao parto domiciliar planejado, procura estar como facilitadora durante o momento do nascimento,

* Enfermeira especializanda em Obstetrícia e neonatologia pela UNISUL. Membro GRUPESMUR. Membro da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida. End: Rod Dr Antonio Luiz Moura Gonzaga, 2634, Rio Tavares, Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88048-300. Email: mcalvette@gmail.com

† Mestranda na UFSC, Enfermeira Obstetra Assistencial da Maternidade Carmela Dutra. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR) da UFSC. Membro da ABENFO-SC. Membro da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida.

‡ Dda Enfermagem na UFSC. Enf^a do CO HU/UFSC. Membro do Grupo GRUPESMUR. Membro da ABENFO-SC. Prof^a da Disciplina de Materno-Infantil da UNISUL, Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal; Membro e Coordenadora da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida.

§ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Centro Obstétrico do HU/UFSC. Membro do GRUPESMUR. Professora da Disciplina de Materno-Infantil da UNISUL e Membro da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

sendo a mulher a principal protagonista. Objetivo: Relatar sobre o contato entre mãe e bebê, clampeamento tardio do cordão umbilical e amamentação precoce no parto domiciliar planejado assistido pela Equipe Hanami. Método: Relato de Experiência dos partos domiciliares planejados atendidos pela equipe Hanami baseado nos registros em prontuário e vídeos dos partos domiciliares de 75 mulheres entre os anos de 2002 a julho de 2009. Resultado: No parto domiciliar planejado assistido pela equipe Hanami, logo que o bebê nasce, vai diretamente ao colo de sua mãe, onde sente aconchego e amor, trazendo ao bebê segurança e tranquilidade. Muitas vezes a parturiente ou o companheiro trazem o bebê para seu colo logo que nasce sem a enfermeira obstetra precisar fazê-lo. O cordão umbilical permanece íntegro, onde o bebê tem a oportunidade de continuar recebendo oxigênio, sangue e nutrientes provenientes da placenta, que continua inserida no útero materno. O bebê então, pode fazer a transição para o ambiente extra uterino com mais tranquilidade, não tendo a obrigação de respirar rapidamente quando nasce, pois continua a receber oxigênio do cordão umbilical e respirando ao mesmo tempo. Percebemos que muitos bebês não dão aquele choro estridente, pelo corte precoce do cordão umbilical, muitos resmungam ou choram um pouco e logo param, pela tranquilidade que é proporcionada neste momento. A maioria dos bebês inicia a amamentação de imediato, enquanto outros preferem descansar antes de mamar, como algumas mães desejam tomar banho antes de amamentar. O cordão umbilical é clampeado e cortado após a saída da placenta, pela mulher ou por uma pessoa significativa, sendo a ligação entre mãe e bebê cortada naturalmente, no tempo de cada um. O bebê então fica em contato pele a pele desde o nascimento até ter mamado ou até quando a mulher desejar. Depois que os cuidados e exame do recém nascido são realizados. Essa dinâmica não interfere no processo da amamentação, pois já foi mantido o contato pele a pele, o bebê permaneceu ligado pelo cordão umbilical à sua mãe até a dequitação já houve o reconhecimento tátil, olfativo e visual. No parto domiciliar vivenciamos o resgate do eu-família, eu-mulher, eu-homem, eu-bebê e imbuídos de uma filosofia de respeito a crenças e valores desse contexto, é que nos inserimos enquanto profissional, não interferimos na questão biológica vivenciada por todos os mamíferos nesse caso restrito representado pela mulher que tem o seu bebê ao colo imediatamente após o seu nascimento, antes do corte do cordão umbilical. Acreditamos que a mulher tem o direito e pode figurativamente lambar a sua cria, e dar início a todo um processo que nos escapa as leis dos homens e desencadear livremente a cascata hormonal que se inicia com a sucção e liberação do leite, ciclo ocitocina-prolactina. Respeitando esse momento único de descobrimento mútuo, colaboramos diretamente na manutenção do aleitamento materno e porque não dizer na adaptação precoce da mulher a esse novo papel que é instintivo nessa maternagem. Conclusão: O profissional que assiste o parto domiciliar planejado, deve trabalhar com uma metodologia focada à humanização do parto, garantindo os direitos da mulher, e família e o aleitamento materno tem caráter amoroso, protetor e restrito a dinâmica dessa nova família e sendo uma interface do processo parturitivo, sendo garantido pela privacidade da mulher, o seu empoderamento e o papel do profissional que é assistir e somente intervir quando necessário. Várias são as situações novas que exigem esforço físico e psicológico da mulher, o aleitamento materno é um fenômeno natural que precisa ser vivenciado de uma maneira tranquila e privativa. As rotinas hospitalares e os profissionais podem interferir negativamente no contato pele a pele e amamentação precoce, quando não há observância dos requisitos exigidos dentro desse programa idealizado pela OMS/UNICEF, ou seja o uso inadequado ou excessivo da tecnologia e medicalização nos processos parturitivos, aliado ao poder exercido pelo profissional, com práticas castradoras que tiram o poder da mulher no seu papel natural e a afastam de seu companheiro, elo de ligação a estrutura social da mulher.

Palavras-chave: aleitamento materno, parto domiciliar, enfermeira obstetra.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

279 - Elaborando características definidoras, fatores relacionados e intervenções de enfermagem de acordo com as demandas da criança e sua família

Natali Ferreira de Alencar
Renata dos Santos Belussi
Tatiana Villaça Cassador
Júlia Peres Pinto

Introdução: O presente estudo surgiu da vivência de nosso estágio curricular, alunas do quinto semestre da graduação em enfermagem da Universidade Anhembi Morumbi numa unidade pediátrica de um hospital público da cidade de São Paulo, ocorrendo no período da primeira quinzena do mês de maio. Durante o estágio, escolhemos uma criança de forma aleatória à qual prestamos cuidados de enfermagem voltados para a abordagem centrada na criança e sua família, e para tanto, aplicamos instrumentos de enfermagem como o ecomapa, o genograma e o brinquedo terapêutico instrucional, que favoreceram a construção de um vínculo, conhecer melhor a experiência de hospitalização dessa família, e orientar a criança quanto a alguns procedimentos de acordo com a sua linguagem, que é o brincar. Além da aplicação de tais instrumentos, outra atividade proposta era desenvolver diagnósticos e intervenções de enfermagem, utilizando como referencial teórico a North American Nursing Diagnostics Association (NANDA) e a Nursing Interventions Classification (NIC). Assim, no processo de definição dos diagnósticos, vivenciamos a dificuldade em estabelecer características definidoras e intervenções que se adequassem às demandas específicas do paciente em questão e sua família, pois notamos que não só as características definidoras, como também as intervenções apresentam-se de forma generalista, sem especificações de algumas ações sugeridas por tais literaturas. Diante de tal fato, definimos como objetivo deste estudo, elaborar características definidoras, fatores relacionados e intervenções de enfermagem de acordo com as demandas do paciente em questão e sua família. Para desenvolver o trabalho, utilizamos a metodologia de estudo de caso, que visa estabelecer uma relação teórico-prático de acordo com a experiência em campo, assim podemos adquirir conhecimento a respeito de um fenômeno ou patologia explorando intensamente, e de modo holístico, um único caso. Resultados: Para a elaboração das características definidoras, fatores relacionados e intervenções de enfermagem, mantivemos como base os diagnósticos segundo NANDA, e os classificamos de acordo com as demandas da mãe e da criança, descrevendo-os separadamente. Serão citados primeiro os diagnósticos descritos exatamente como constam na literatura NANDA e NIC, com sua respectiva definição, característica definidora, fator relacionado e intervenções de enfermagem, e em seguida, aqueles que elaboramos. Os diagnósticos associados à mãe são: Ansiedade, definida por vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é freqüentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça. Caracterizado por vigilância e preocupação relacionado ao conflito inconsciente quanto metas de vida. Intervenções: Melhora do enfrentamento, técnicas de acalmar e presença. Elaboração das alunas: Ansiedade caracterizada por angústia, preocupação e cansaço relacionada a dúvidas sobre o diagnóstico de síndrome hemofagocítica de seu filho, e o estresse de ter um filho doente e hospitalizado. Intervenções: Utilizar instrumentos de enfermagem como o ecomapa e o genograma que permitem conhecer e identificar vínculos familiares, relações com o mundo, e a experiência de hospitalização vivenciada pela mãe; esclarecer dúvidas quanto à



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

doença, tratamento e procedimentos realizados na criança em uma linguagem acessível. Conflito de decisão definido por incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores de vida pessoais. Caracterizado por vacilação entre escolhas alternativas relacionado a déficit do sistema de apoio. Intervenções: Aconselhamento e melhora do enfrentamento. Elaboração das alunas: Conflito de decisão caracterizado pela dúvida no seu papel como mãe entre a criança internada e outros dois filhos mais velhos que estavam em casa, relacionada ao fato de permanecer tempo integral no hospital com o filho, e não poder ir para casa cuidar dos outros dois filhos. Intervenções: Conduzir a uma reflexão sobre a situação de sua dinâmica familiar através dos dados informados pela própria mãe com a construção do ecomapa e genograma; auxiliando-a em sua tomada de decisão. Enfrentamento defensivo definido por projeção repetida de uma auto-avaliação falsamente positiva, baseada em um padrão autoprotetor que defende contra ameaças subjacentes percebidas à auto-estima positiva. Caracterizado por dificuldade para perceber a realidade, relacionado a...(a serem desenvolvidos). Intervenções: contar a verdade, melhora do enfrentamento, suporte emocional. Elaboração das alunas: Enfrentamento defensivo caracterizado pela não aceitação do diagnóstico de seu filho relacionado à mesma doença que causou a morte de sua filha mais nova. Intervenções: Identificar medos e angústias pontuados pela mãe relacionados o diagnóstico da criança, e propor acompanhamento multiprofissional para que a mãe consiga assimilar a doença do filho e aceitá-la. Os diagnósticos associados à criança são: Medo, definido por resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como perigo. Caracterizado por comportamento de ataque e estímulos entendidos como ameaça relacionado a falta de familiaridade com a experiência ambiental. Intervenções: Reduzir ansiedade, aumentar a segurança e suporte emocional. Elaboração das alunas: Medo caracterizado por comportamento agressivo e de negação relacionado à hospitalização e procedimentos desconhecidos e ameaçadores. Intervenções: Criar vínculo com a criança, e aplicar brinquedo terapêutico instrucional, preparando a criança antes de ser submetida a qualquer procedimento e, dramático como forma de descarga emocional. Atividades de recreação deficientes, definido por estimulação (interesse ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer. Caracterizado pelos passatempos habituais não poderem ser realizados no hospital relacionado à ausência de atividades de recreação no ambiente. Intervenções: “não tem”. Elaboração das alunas: Atividade de recreação deficiente caracterizado pelos passatempos habituais não poderem ser realizados no hospital relacionada não poder brincar no hospital como brincava em casa com seus irmãos. Intervenções: Estimular as brincadeiras na brinquedoteca do hospital, incentivar o entrosamento com outras crianças, sugerir a visita dos irmãos com mais frequência. Conclusão: Após concluirmos o estudo, notamos que um fato relevante é que as novas intervenções foram de possível aplicação e assim, puderam atender às necessidades constatadas, resultando em benefícios para o paciente e sua família. Um dos benefícios a ser destacado, é que os mesmos passaram a demonstrar receptividade e confiança, verbalizando que não estavam sendo tratados como “mais um número”, ou seja, notaram que estavam recebendo um atendimento personalizado. Sendo assim, acreditamos que existe a necessidade de elaboração de características definidoras, fatores relacionados e intervenções que atendam às necessidades específicas que cada paciente e sua família apresentam, pois desta forma, poderemos prestar um cuidado humanizado, focado na abordagem centrada na criança e sua família.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, enfermagem da família, diagnósticos de enfermagem.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

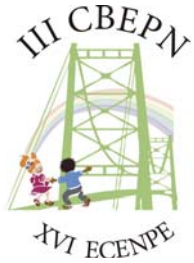
280 - O vivido de mães com filhos portadores de doença oncológica que foram a óbito: uma contribuição para a enfermagem pediátrica

Dayse Mary de Souza Carneiro*
Ivis Emília de Oliveira Souza[†]

Introdução: A oncologia pediátrica com seus protocolos terapêuticos torna-se uma especialidade ímpar, pois cuidar desta clientela, crianças e adolescentes (até 17 anos e 11 meses de vida), acarreta uma grande carga emocional, tanto para a equipe de saúde e de enfermagem, quanto para as mães que se tornam acompanhantes quando o tratamento se desenvolve sob internação hospitalar. A oncologia pediátrica torna-se uma especialidade ímpar, acompanhada de grande carga emocional, que pode desencadear um conflito familiar devido a mudança de vida que o câncer ocasiona, além da atitude frente a morte que as mães são obrigadas a enfrentarem com relação aos seus filhos queridos que já encontram-se em estado terminal, isto é Fora de Possibilidade de Cura Atual. Esses fatos provocam, um pensar e um agir novos e de maneira humanizada, voltados para as instituições hospitalares com a especialidade pediátrica, considerando os dezoito anos de existência do Estatuto da Criança e do Adolescente, (ECA), e os quinze anos decorrentes da primeira pesquisa sobre cuidado de saúde voltado para a família, vista num contexto global de assistência de enfermagem (ELSEN, 1994). **Objeto do estudo:** Este estudo de natureza qualitativa teve como objeto o vivido de mães-acompanhantes cujos filhos foram a óbito em uma unidade de internação de doença oncológica. **Objetivo do estudo:** O objetivo foi compreender o significado de ser mãe acompanhante de filho que foi a óbito por doença oncológica. **Abordagem metodológica:** Utilizou-se a abordagem fenomenológica como método de pesquisa e o pensamento de Martin Heidegger como referencial teórico-metodológico. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer, (INCA) foi possível acessar o Banco de Dados do Serviço de Pediatria para fazer um levantamento das admissões e óbitos registrados no setor a partir do ano de 2000 até 2006. A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde norteou os procedimentos da etapa de campo da pesquisa que foi realizada nos próprios domicílios das mães que contatadas, por via telefônica, aceitaram participar. Foram depoentes 14 mães (que se identificaram pelo pseudônimo de um sentimento, foram escolhidos: mor, saudade, fidelidade, vitória, esperança, amizade, tristeza, determinação, ausência, sinceridade, solidariedade, carinho, compaixão e fé) na faixa etária dos quarenta anos, com escolaridade média de primeiro grau, com uma vivência de tempo de tratamento de seus filhos por volta de dois anos, cuja causa de morte foi tumor de Sistema Nervoso Central, em sua maioria. O tempo decorrido do óbito para as entrevistas foi em média de dois anos. **Desenvolvimento:** O primeiro momento metódico de análise permitiu a construção de unidades de significação nas quais as mães expressam: dificuldade para a aceitação do diagnóstico, do tratamento e sua limitação, até a perda de seu filho (a); querer saber e participar de tudo; ter esperança na cura apesar de não haver resposta do tratamento; contar com apoio familiar, institucional e governamental; ser confortada por outras mães, voluntários e outros profissionais por conta do afastamento do lar, de seus familiares e de seu trabalho; reconhecer que os profissionais são bons, mas ainda visualizar falhas; querer um

* Enfermeira e Mestra em Enfermagem pela EEAN/UFRJ – Especialista em Oncologia – Autora da Dissertação. Integrante do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança da EEAN/UFRJ. End: Rua do Riachuelo nº 126, aptº 603. Centro. Rio de Janeiro - RJ. E-mail: dayanjo@terra.com.br

[†] Enfermeira e Doutora em Enfermagem – Professora Titular de Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ – Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança da EEAN/UFRJ – Orientadora da Dissertação.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

jeito melhor para receber a notícia de que seu filho não dispõe mais de chance de tratamento; ser forte para tudo, mas na hora crítica sentir necessidade de ter alguém ao seu lado; querer esquecer como as coisas aconteceram e manter a fé em Deus sentindo necessidade de apoio espiritual, mas desejar receber acompanhamento não só durante a internação, como também após a perda de seu filho (a). **Conclusão:** A análise interpretativa, segundo momento metódico, permitiu compreender que o ser-mãe se desvela nos modos próprios da cotidianidade, revelando-se como ser-aí-com na impessoalidade constituída pela facticidade, existencialidade e ruína. Sob a ditadura do impessoal o ser-aí-mãe-acompanhante mostra-se na inautenticidade do cotidiano hospitalar, guiada, em sua 'tríplice queda', pelo falatório, pela curiosidade e pela ambigüidade. Estudar esta temática sob a abordagem da fenomenologia permitiu compreender o ser-mãe-acompanhante-de-filho-que-veio-a-óbito sendo no cotidiano hospitalar. Esta faceta fenomenal desvelada impõe um processo de cuidar singular mediado pela empatia e pela redução de pré-conceitos daquilo que seja certo ou errado no cenário hospitalar e no qual as ações profissionais de enfermagem representem um movimento existencial de estar-junto num cuidado solícito que se estende às mães e familiares.

Palavras-chave: mãe-acompanhante, doença oncológica, fenomenologia, cotidiano, ambigüidade.



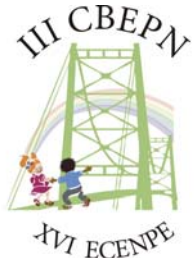
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

281 - Indicações de remoção do cateter PICC em neonatos

Carolina Felipe Pinheiro
Patrícia Ponce de Camargo
Priscila Costa
Amélia Fumiko Kimura

Introdução: A utilização do cateter central de inserção periférica (PICC) tem se tornado um componente essencial na terapia intravenosa em recém-nascidos criticamente doentes. O cateter PICC é um dispositivo intravenoso que permite a infusão de soluções hiperosmolares com pH não fisiológico, drogas parenteral vesicantes ou irritantes e nutrição parenteral prolongada. No Brasil, o procedimento de implantação do cateter central de inserção periférica é regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem, resolução nº 258/2001, que definiu que o enfermeiro para realizar tal procedimento deverá qualificar-se. Cabe, então ao enfermeiro a atribuição de inserir, manipular e remover o cateter PICC, quando este for indicado. Atualmente no Brasil a Sociedade Brasileira de Especialistas em Pediatria (SOBEP) é a que oferece mais cursos de capacitação no procedimento de implantação desse dispositivo. O cateter PICC tornou-se vantajoso principalmente para o neonato prematuro, porque permite reduzir a frequência de punções venosas. As desvantagens estão relacionadas ao tipo de material que é confeccionado o cateter. O de silicone apresenta baixa resistência e pode ser facilmente rompido, caso não seja manipulado com delicadeza. A indicação de remoção do cateter central de inserção periférica nos recém-nascidos é indicada quando a terapia proposta é concluída ou na vigência de complicações decorrentes do uso do cateter. Segundo a Sociedade Brasileira de Especialistas em Pediatria as principais causas de remoção do cateter são: término da terapia proposta, ruptura ou quebra do cateter, posicionamento inadequado, extravasamento de líquidos, presença de processo infeccioso ou inflamatório. Recomenda-se que a ponta do cateter seja mandada para cultura quando houver suspeita de septicemia. O manejo do cateter exige qualificação dos profissionais, pois a sua remoção também pode trazer várias complicações. Dentre essas complicações estão: dificuldade de remoção pelo tempo prolongado do cateter e sua aderência à parede vascular; ocorrência de flebite; irritação química ou mecânica dos vasos; presença de infecção; infusão de soluções em baixa temperatura, causando vasoconstrição local; espasmo venoso; movimentos do cateter contra a parede vascular, etc. É recomendado que, em caso de resistência, radiografar a região para eliminar a presença de nós e dobras na parte interna do cateter e depois aplicar compressa úmida e morna na área do trajeto para favorecer a vasodilatação local. A remoção deve ser feita de forma asséptica e com manobras delicadas a cada centímetro de retirada.

Objetivo: Verificar as indicações para a remoção do cateter central de inserção periférica em neonatos de alta complexidade; verificar a prevalência de resultado positivo na cultura laboratorial de ponta do cateter. **Método:** A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Berçário Anexo à Maternidade do Hospital das Clínicas de São Paulo. A unidade neonatal é composta por quatro setores de alta complexidade, totalizando 40 leitos. Trata-se de um estudo transversal, com coleta prospectiva de dados. Os dados foram coletados por meio de observação do procedimento de remoção do cateter central de inserção periférica. O período do estudo abrangeu março de 2006 a dezembro de 2007. Os critérios de inclusão foram todos os recém-nascidos com indicação para a inserção do cateter central de inserção periférica que tiveram sucesso na implantação do dispositivo e recém-nascidos, cujo responsável consentisse sua participação no estudo. Os critérios de exclusão englobaram todos os recém-nascidos que foram transferidos para outras unidades de internação. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da instituição, campo de estudo. A remoção do cateter foi realizada após consenso da equipe de enfermagem e médica,



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

indicando o principal motivo de remoção. Os dados foram armazenados no programa Epi-Info 3.3.2. **Resultados:** Foram estudados 95 recém-nascidos com cateter central de inserção periférica e verificou-se mais de um motivo para a remoção do cateter. A indicação eletiva de remoção do cateter em virtude do término da terapia ocorreu em (35,8%); obstrução do cateter foi avaliada em (29,5%) dos casos; infecção relacionada ao cateter ocorreu em (10,5%); óbito não relacionado ao cateter em (7,4%); ruptura e saída acidental do cateter ocorreram em (5,3%); flebite mecânica (4,2%) e realização de dissecação venosa (2,1%). A obstrução do cateter ocorre pela falta de permeabilização diária do dispositivo ou formação de cristais no lúmen do cateter devido a incompatibilidade medicamentosa. Em razão da má manutenção pode ocorrer oclusão do lúmen e ocasionar remoção. Muitos cateteres romperam-se na tentativa de desobstruí-los, por isso é preocupante a alta porcentagem de oclusão e remoção por esse motivo. A ruptura do cateter mostrou-se preocupante pelo risco de poder haver embolia dos fragmentos do dispositivo e causar com isso até a morte do neonato. As pontas dos cateteres foram enviadas para cultura laboratorial em (11,6%) dos casos, dentre elas (36,4%) deram resultado positivo. Os microorganismos identificados nas culturas de ponta de cateter foram: Estafilococos coagulase negativo verificado em três pontas (75,0%) e Estafilococos epidermidis em uma ponta (25,0%). A infecção pelo estafilococos coagulase negativo vem crescendo nas unidades de terapia intensiva neonatal por meio da fisiopatogenia da bactéria. Essa bactéria adere ao polímero do cateter e forma um biofilme com produção de um muco exopolissacarídeo que protege a bactéria contra a ação de antibióticos. Os cateteres vasculares são colonizados com facilidade por microorganismos da pele presente no local de inserção. A infusão de nutrição parenteral pelo cateter favorece a proliferação bacteriana. No presente estudo, não houve caso de intercorrência na remoção do cateter central de inserção periférica e todos os cateteres removidos apresentaram-se íntegros ao mensurá-los e inspecioná-los. **Conclusão:** As medidas para evitar a remoção dos cateteres centrais de inserção periférica devem ser avaliadas pelo enfermeiro desde a inserção até o término da terapia estabelecida. Vale lembrar que a responsabilidade pelos cuidados com o cateter até a sua remoção é dos enfermeiros com qualificação ou capacitação; entretanto, o cateter é manipulado por técnicos e auxiliares de enfermagem responsáveis pelo preparo e administração das soluções infundidas. Assim, é necessário que todos os profissionais da equipe de enfermagem tenham uma educação continuada sobre as melhores práticas na manutenção do cateter, para que não haja remoção precoce do dispositivo. É necessário também que haja protocolos institucionais que definam o manejo do cateter central de inserção periférica, melhorando assim a qualidade da assistência prestada.

Palavras chaves: recém-nascido, cateter venoso central, cuidados de enfermagem



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

282 - Caracterizando recém-nascidos submetidos à inserção do cateter central de inserção periférica

Geovana Rhoden Estorgato*
Jéssica Quaresma da Silva[†]

O avanço tecnológico instrumentalizou o profissional enfermeiro que presta atendimento ao recém-nascido (RN) internado em unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O cateter central de inserção periférica (PICC) tornou-se uma boa opção para a administração de terapia intravenosa em neonatos que necessitam de um acesso venoso seguro e de longa permanência, uma vez que a rede venosa destes pacientes é limitada. A imaturidade do sistema vascular faz com que os acessos venosos sejam perdidos com grande frequência, trazendo como conseqüências a interrupção da terapêutica adotada e os danos secundários ao extravasamento de soluções. Além disso, há um maior risco de infecção nestes pacientes, devido às inúmeras punções venosas que são realizadas. Todos estes fatores geram estresse e dor no neonato, contribuindo para uma recuperação mais lenta e um maior tempo de internação hospitalar. O PICC é um dispositivo inserido por uma veia periférica, que migrará até a veia cava superior ou inferior e que apresenta baixos riscos de infecção e de complicações desde o momento da inserção até a sua retirada. É indicado o uso em neonatos prematuros extremos; recém-nascidos com indicação terapêutica de nutrição parenteral total (NPT) por um tempo prolongado; pacientes submetidos a cirurgias, portadores de malformações e síndromes; e na administração de soluções hiperosmolares e com pH não fisiológico. O PICC é contra-indicado em recém-nascidos com lesão/infecção cutânea próxima ao local de inserção; em neonatos com edema ou dissecção venosa prévia; nos casos de alteração anatômica, que interfiram na progressão do cateter; em pacientes com policitemia, pelo risco de obstrução do cateter; e se houver recusa dos pais. Além disso, têm-se como desvantagens para o uso deste tipo de dispositivo a exigência de treinamento especial para sua inserção, a utilização de veias íntegras para punção e uma maior vigilância para a manutenção do cateter. O enfermeiro devidamente habilitado e capacitado está respaldado legalmente para realizar o procedimento de inserção do PICC, conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 258/2001, artigos 1º e 2º. Sendo assim, cabe ao enfermeiro inserir, manipular e retirar este tipo de cateter. O objetivo principal deste estudo foi caracterizar os neonatos submetidos à inserção do PICC durante a internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, retrospectiva. A coleta dos dados ocorreu através de informações colhidas de indicadores de qualidade pertencentes a uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de um hospital da Região do Vale do Rio dos Sinos, no Rio Grande do Sul. Foram analisadas 20 ferramentas que continham informações sobre o neonato submetido à inserção do PICC e o procedimento, no período de dezembro de 2008 a julho de 2009. Dos 20 cateteres inseridos, somente 17 (85%) migraram com sucesso, sendo que 3 cateteres (15%) não progrediram no lúmen do vaso, não obtendo o resultado desejado. Dos 20 neonatos submetidos ao procedimento, 60% eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino. Referente ao Capurro, 25% eram recém-nascidos com Capurro de 25/30 semanas; 40% com 30/35 semanas; e 35% superior a 35 semanas. Os diagnósticos dos recém-nascidos deste estudo foram: 45% prematuridade, 25% sepse associada a prematuridade, 10% sepse isolada,

* Enfermeira. Bacharel em Enfermagem.

[†] Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Neonatologia. Endereço: Rua Rui Barbosa nº 386, Campo Bom, Rio Grande do Sul, Brasil. Cep: 93700-000. E-mail: jessicaqs@pop.com.br.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

10% hipertensão pulmonar e 10% outros. Quanto à idade na data do procedimento: 5% dos recém-nascidos tinham menos de 24 horas de vida no momento da inserção do cateter; 35% possuíam mais de 24 horas de vida; 25% mais de 48 horas de vida; 15% tinham 72 horas de vida; e 20% superior a 72 horas de vida. A indicação para passagem do cateter ocorreu em 65% dos casos para instalação de NPT, 10% para infusão de volume e eletrólitos e 25% para NPT combinado com antibioticoterapia. Obteve-se sucesso na primeira tentativa de punção venosa com o introdutor em 60% dos casos, na segunda tentativa em 20%, na terceira tentativa em 15% dos casos e em 5% ultrapassaram-se três tentativas de punção. O membro de primeira escolha para passagem do cateter foi o membro superior direito (50%). O membro superior esquerdo corresponde a 30% das escolhas e o membro inferior direito a 5%. No entanto, 15% dos procedimentos foram sem sucesso, no qual o cateter não migrou. Não houve punções venosas para introdução do PICC em membro inferior esquerdo e região cefálica. Referente ao tempo de permanência do cateter, a média maior de tempo foi de 5 a 10 dias em 30% dos casos; inferior a 5 dias em 20% dos casos; e de 10 a 15 dias em 20% da amostra. O cateter permaneceu entre 15 e 20 dias em 10% dos neonatos e superior a 20 dias em 5% destes. Motivos que sucederam a retirada do PICC: 41,1% por término do tratamento; 17,6% por obstrução do cateter; 23,5% por óbito do RN; 11,8% por infiltração do acesso venoso e extravasamento de medicação; e 5,9% por suspeita de infecção. Não houve casos de rompimento do cateter. Este estudo disponibilizou um maior conhecimento acerca do uso do PICC, caracterizando os recém-nascidos que fizeram uso deste tipo de dispositivo endovenoso durante a internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Sabe-se que o PICC vem sendo muito utilizado pelas equipes de saúde, por ser um acesso venoso seguro e de longa permanência, minimizando, assim, os riscos de infecção ao recém-nascido. Uma outra vantagem deste tipo de acesso é a melhor resposta do neonato ao tratamento, por estar menos exposto à dor e ao estresse. Neste estudo, a maior parte dos recém-nascidos submetidos à inserção do PICC foi do sexo feminino, prematuros, com idade gestacional de 30/35 semanas. A indicação para uso do cateter foi para infusão de NPT. O sucesso na inserção do cateter ocorreu, em sua grande maioria, na primeira tentativa de punção venosa, sendo que o membro superior direito foi o membro de maior escolha para a realização das punções. O maior tempo de permanência do cateter foi de 5 a 10 dias e o motivo de sua retirada foi pelo término do tratamento. A inserção do PICC traz benefícios não somente para os neonatos e suas famílias, mas também para as instituições de saúde, que terão menores índices de infecção hospitalar e uma maior satisfação dos clientes. Portanto, deve-se investir na capacitação e qualificação, para se tenha um maior número de profissionais habilitados para realizar este tipo de procedimento.

Palavras-chave: recém-nascido, cuidados de enfermagem, cateterismo periférico.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

283 - A prática discente na enfermagem em puericultura

Carla Silva Leite Vinheiras
Daniele Silva Marins

A infância é uma dos ciclos da vida, aonde a criança é muito vulnerável. Por isso várias medidas são fundamentais para o adequado crescimento e desenvolvimento da mesma. A educação em saúde é uma das estratégias para a promoção, a prevenção e a manutenção da saúde. É através dela que levamos importantes informações para nossa clientela e retiramos as dúvidas das mesmas, contribuindo assim para a redução de agravos a saúde, para o seu restabelecimento e para a sua manutenção. Nesse contexto, surge também a contribuição da puericultura como uma ferramenta para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, o que irá proporcionar uma vida adulta saudável, ou pelos menos, sem interferências desfavoráveis que podem surgir durante o ciclo da infância. A puericultura teve origem na Europa, mais especificamente na França, no fim do século XVIII e chegou ao Brasil, por Moncorvo Filho, que funda, no ano de 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. Essa prática ficou definida como um conjunto de regras e noções sobre a arte de criar fisiológica e higienicamente as crianças (ROCHA, 1987). Hoje, também podendo ser chamada de Pediatria Preventiva, tem como objeto a criança sadia e o seu alvo é um "adulto perfeito": fisicamente sadio, psiquicamente equilibrado e socialmente útil (ROCHA, 1990). Foi com a fragmentação do ato médico, que a enfermagem encontrou e ainda encontra seu espaço para a prática da puericultura. Essas atividades são de extrema importância para a saúde, pois são estratégias de intervenção apoiadas num processo educativo permeado pelo diálogo, persuasão, afetividade, singularidade e sensível às necessidades e às possibilidades de cada criança e sua família, e, uma vez que, é por meio dela que os profissionais de saúde têm condições de detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas do crescimento estatural, da nutrição e também do desenvolvimento neuropsicomotor. Quanto mais precoce for a detecção de tais distúrbios, mas fácil para começar um tratamento efetivo e uma boa recuperação, pois, determinadas patologias que são detectadas na pediatria preventiva, uma vez que, quanto mais cedo se iniciarem as medidas adequadas, menos seqüelas podem vir a surgir, que muitas vezes causam prejuízos irreversíveis, tais como a anemia ferropriva, o raquitismo, as verminoses, a hidrocefalia entre outras. No ano de 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC) que tinha entre outros objetivos: o desenvolvimento de ações que favoreçam o crescimento, o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança; a diminuição da mortalidade infantil; proporcionar um atendimento rotineiro, periódico e contínuo; o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento das crianças; atuar no incentivo e apoio ao aleitamento materno; orientar quanto a alimentação; garantir níveis de cobertura vacinal de acordo com as normas técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde; identificar precocemente os processos patológicos; favorecendo assim um diagnóstico e tratamento oportunos; promover a vigilância de situações de riscos específicos, tais como: a desnutrição, recém-nascidos de risco, problemas de visão e outras que venham a ser propostas; propiciar um processo de integração entre a equipe de saúde e a comunidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1996). Isso irá contribuir fornecendo mais subsídios e respaldos aos enfermeiros, uma vez que a assistência integral a criança pode ser bem desempenhada na puericultura. Conforme Del Ciampo, apesar de compreender a importância da avaliação do crescimento infantil, considera-se que a puericultura vai além de ações puramente assistencialistas e biologicistas, ela prioriza também a promoção da saúde infantil e as ações de educação em saúde, valorizando assim as



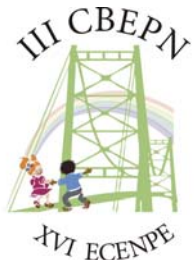
**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

questões socioeconômicas e culturais particulares de cada contexto. O enfermeiro, dentro da lógica da puericultura, possui ferramentas/ metodologias assistenciais capazes de promover o bem-estar infantil. A consulta de enfermagem é uma delas. Ela é realizada todos os dias em um Hospital Universitário em Niterói, aonde esse trabalho tem uma equipe multidisciplinar que compreende: pediatra, nutricionista e enfermeira. Nessa sala são desenvolvidas atividades aonde a criança que é agendada e acompanhada mensalmente, passando integralmente por esses 3 profissionais, desta forma, garantindo um atendimento multiprofissional que tem como principal objetivo o bem estar desta criança. Nessa consulta são avaliados o crescimento e o desenvolvimento infantil, o estado nutricional, a situação vacinal e fornecidas informações necessárias para a manutenção da saúde dessa criança. Diante disso, esse estudo visa comparar as principais dúvidas das mães/responsáveis legais da clientela atendida em um hospital universitário do município de Niterói/RJ com as principais dúvidas dos acadêmicos do 6º período de enfermagem durante o ensino teórico-prático de saúde da criança na sala de consulta de enfermagem em puericultura, verificando desta forma, se as orientações que as mães/responsáveis possuem são as mesmas que esses acadêmicos estão oferecendo e a partir daí montar uma cartilha de orientação aonde o que as mães necessitam e esperam da comunidade acadêmica com as orientações que na concepção dos alunos, são mais pertinentes para a saúde das crianças atendidas neste serviço. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de campo, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela que responde a questões muito particulares, que se preocupa com as ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1993). Os métodos utilizados para coleta dos dados foram: observação do campo, questionário aberto para as mães/responsáveis legais e com os acadêmicos de enfermagem do 6º período, aonde ambos autorizaram, com a assinatura de um termo de Consentimento livre e esclarecido. Essa pesquisa obedeceu os aspectos éticos e legais baseados na resolução 196/96 do Conselho de ética em Pesquisa. Os dados foram coletados durante os meses de maio, junho e julho de 2009 e a partir da análise deles, foi confeccionada uma cartilha com informações que contemplaram tanto a população atendida representada pela figura das mães das crianças assistidas nesse serviço como dos alunos que puderam correlacionar seus conceitos com a real necessidade da população.

Palavras-chave: enfermagem, saúde da criança, educação em saúde e puericultura.

Referências:

- DEL CIAMPO, LA, R RG, DANELLUZZI JC, DEL CIAMPO, IRL, FERRAZ IS, ALMEIDA C.A. M. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(3):739-43.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- ROCHA, S.M.M. O Processo de Trabalho em Saúde e a Enfermagem Pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento (Tese apresentada a Esc. Enf.-USP para concurso de livre-docência) Ribeirão Preto, 1990.
- ROCHA, S.M.M. Puericultura e Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1987.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Manual da Criança. Campinas, 1996.
- WHALEY & WONG. Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. Editora Guanabara Koogan. 5ª Edição. Rio de Janeiro 1999.



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

REGIMENTO



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

REGIMENTO

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES:

Art.1º O III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e o XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica (ECENPE) serão realizados em Florianópolis, no Centro de Convenções da UFSC, de 6 a 8 de outubro de 2009, tendo como **Tema Central: A enfermagem, o neonato, a criança, o adolescente e seus mundos: cuidando de um para cuidar do outro.** Será promovido pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP) e organizado pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital Universitário (HU) da UFSC e Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

Art.2º Tem por finalidade:

1. Refletir sobre o mundo atual nas suas múltiplas dimensões envolvendo as tendências e possibilidades de cuidado ao neonato, a criança, ao adolescente e suas famílias;
2. Promover o debate sobre as necessidades de saúde e de cuidados de enfermagem ao neonato, a criança e ao adolescente e suas famílias em diferentes contextos e múltiplos cenários da saúde;
3. Possibilitar a apresentação e divulgação de trabalhos científicos envolvendo o cuidado de enfermagem ao neonato, a criança, ao adolescente e suas famílias, contemplando a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão;
4. Propiciar intercâmbio e congregar enfermeiros assistenciais, docentes de enfermagem, acadêmicos de cursos de enfermagem e áreas afins, bem como, outros profissionais que atuam junto ao neonato, à criança, ao adolescente e suas famílias;
5. Estimular o desenvolvimento e a divulgação de produção científica, tecnológica e cultural da enfermagem neonatal, pediátrica e hebiátrica.

§ único As atividades do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e o XVI ECENPE desenvolver-se-ão sob forma de cursos, oficinas, exposições, conferências, ciranda de idéias, assembléias, reuniões atividades interativas, comunicação oral e pôster.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO:

Art. 3º Para a organização do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e o XVI ECENPE serão constituídas as seguintes Comissões: Consultiva; Executiva; Científica; Secretaria; Finanças; Divulgação, Documentação e Registro; Infra-estrutura, Local e Monitoria; Social, Recepção e Hospedagem; e Saúde.

O III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e o XVI ECENPE orientar-se-ão por este Regimento aprovado pela SOBEP.

1§ A Comissão Consultiva tem o caráter propositivo, deliberativo e de apoio à presidência e será constituída por professores do Departamento de Enfermagem da área pediátrica e neonatal, um representante do HU e um representante do HIJG. Funcionará provisoriamente até a configuração completa da Comissão Executiva prevista para Janeiro de 2009. Os membros da Comissão Consultiva após esta data integrarão as diversas comissões.

2§ A Comissão Executiva terá a seguinte constituição: Presidente do Congresso, Presidente da SOBEP e Coordenadores das demais Comissões. A presidente da SOBEP será a presidente de honra do evento.

3§ A presidência da Comissão Executiva será exercida pela presidente do Congresso.

4§ As Comissões apresentarão o seu plano de trabalho e deliberações para análise e aprovação pela Comissão Executiva.

Art. 4º As Comissões serão constituídas por enfermeiras de instituições de ensino e saúde. As coordenadoras serão eleitas pelos membros de cada Comissão.

Todos os coordenadores da comissão deverão ser sócios da SOBEP.

CAPÍTULO III



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

DOS PARTICIPANTES:

Art. 5º Poderão participar do evento enfermeiros, alunos de graduação, pós-graduação, técnicos, auxiliares de enfermagem e outros profissionais da área de assistência ao neonato, à criança, ao adolescente e suas famílias e áreas afins.

Art. 6º Todo o inscrito terá direito a assistir a programação do evento, bem como se inscrever em cursos complementares.

Art. 7º Os interessados poderão inscrever-se, se assim o desejarem, somente nos cursos pré-congresso.

Art. 8º Os valores da inscrição serão estabelecidos pela Comissão Consultiva.

Art. 9º A inscrição para o evento será feita mediante pagamento de taxa específica, antecipadamente e no local do evento.

Parágrafo único: Serão emitidos certificados aos participantes.

Art. 10º Os membros da Comissão Executiva e das demais Comissões estarão isentos da taxa de inscrição, desde que mantenham comprovada uma frequência de participação de 80% nas reuniões.

Art. 11º Os monitores selecionados estão isentos da taxa de inscrição e receberão um certificado de monitoria.

Art. 12º As inscrições de cortesia serão decididas pela Comissão Executiva.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS:

Art. 13º À Comissão Consultiva compete:

- I. Viabilizar o local para a realização do evento;
- II. Elaborar o Regimento;
- III. Indicar o Tema Central, a programação e a modalidade das atividades científicas do congresso;
- IV. Programar os cursos pré – congresso;
- V. Elaborar as normas para inscrição e seleção dos trabalhos;
- VI. Decidir a taxa de inscrição do evento;
- VII. Encaminhar projetos de captação de recursos às agências financiadoras e outros órgãos patrocinadores.

Art. 14º A Comissão Executiva compete:

- I. Exercer a coordenação geral do evento;
 - II. Aprovar o plano de atividades proposto pelas Comissões;
 - III. Elaborar e analisar o instrumento de avaliação do evento;
 - IV. Homologar a versão definitiva do programa científico;
 - V. Aprovar o lay-out dos folders e cartazes.
 - VI. Homologar a versão final dos anais;
 - VII. Aprovar o plano orçamentário;
 - VIII. Aprovar o relatório final do evento e divulgá-lo.
- 1º Aos Coordenadores das demais Comissões compete:
- I. Participar da Comissão Executiva;
 - II. Redigir, assinar e expedir correspondência relativa à Comissão;
 - III. Apresentar à Comissão Executiva o plano de atividades da Comissão;
 - IV. Arquivar todos os documentos relativos à sua comissão e encaminhar a Comissão de Divulgação, Documentação e Registro;
 - V. Elaborar e apresentar o relatório final das atividades desenvolvidas pela Comissão submetendo-o à Comissão Executiva;
 - VI. Registrar em Ata, a frequência dos membros das Comissões.

Art. 15º À Comissão Científica compete:

- I. Contatar, convidar e confirmar responsáveis pelo desenvolvimento da programação científica;
- II. Fornecer à Comissão de Recepção e Hospedagem a relação dos responsáveis pelo desenvolvimento da programação científica;



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

- III. Definir, convidar e confirmar responsáveis pela presidência e secretaria das diversas seções;
- IV. Elaborar critérios de avaliação dos trabalhos inscritos, realizar a seleção dos mesmos, definir a modalidade de apresentação, bem como confirmar o aceite;
- V. Organizar as sessões coordenadas, as de temas livres/pôsteres;
- VI. Organizar as sessões de lançamento de livros e as demais atividades científicas;
- VII. Receber o material das mesas oficiais e sessões coordenadas e temas livres/pôsteres encaminhando-os à Comissão de Divulgação, Documentação e Registro;
- VIII. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;
- IX. Elaborar Instrumento de Avaliação do Evento;
- 2§ - A Comissão científica contará com uma Sub-Comissão que será responsável pela premiação:

Art. 16º À Sub-Comissão de Premiação compete:

- I. Providenciar espaço na programação do congresso para Sessão Solene de Premiação;
- II. Divulgar a sistematização do processo de premiação nos folders do congresso (nome do prêmio, destinação e área temática, bem como, local de obtenção de informações sobre o regulamento de cada prêmio);
- III. Elaborar critérios de avaliação dos trabalhos inscritos para premiação;
- IV. Receber os trabalhos inscritos para premiação;
- VII. Verificar se os trabalhos inscritos atendem as exigências regimentais pré-estabelecidas para inscrição de trabalhos que concorrem a prêmios;
- VIII. Comunicar aos autores sobre o deferimento ou indeferimento de suas inscrições para concorrer ao prêmio;
- IX. Escolher a Comissão Julgadora para avaliação dos trabalhos que concorrem a prêmios;
- X. Encaminhar a Comissão Julgadora, os trabalhos classificados para concorrer a prêmio, para avaliação;
- XII. Organizar uma Sessão de Comunicação Oral específica para apresentação dos trabalhos que concorrem a prêmios;
- XIII. Orientar as presidentes e secretárias da sessão de Comunicação Oral para que ao término das apresentações, os mesmos entreguem pessoalmente a listagem da presença dos autores e das respectivas apresentações;
- XIV. Verificar as listagens entregues e encaminhá-las a Comissão Científica;
- XV. Afixar a listagem com o resultado da premiação constando o prêmio, a classificação, nome do trabalho e o nome dos autores, em local a ser escolhido pela Comissão Executiva;
- XVI. Informar aos participantes do evento, no Sistema de Comunicação o local onde se encontra afixada a listagem com o resultado da premiação;

Art. 17º À Comissão de Secretaria compete:

- I. Receber, protocolar e enviar a correspondência das demais Comissões;
- II. Providenciar recursos materiais necessários ao desenvolvimento dos trabalhos da Comissão de Secretaria (pastas, crachás, canetas, blocos, etc);
- III. Providenciar recursos materiais de secretaria necessários ao desenvolvimento dos trabalhos das demais comissões;
- IV. Instalar e coordenar a Secretaria do evento;
- V. Colaborar na recepção e orientação aos participantes;
- VI. Proceder às inscrições dos participantes do evento (previamente e no local);
- VII. Organizar e distribuir crachás e pastas aos participantes;
- VIII. Organizar o material necessário para o desenvolvimento dos cursos, oficinas, exposições, conferências, assembleias, reuniões, ciranda de idéias, atividades interativas, sessões coordenadas de comunicação oral e pôsteres, e outros;
- IX. Elaborar e emitir listagem dos inscritos de acordo com o pagamento das inscrições;
- X. Expedir certificados, atestados e recibos;
- XI. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;
- XII. Prestar conta junto à Comissão de Finanças;
- XIII. Providenciar serviço de digitação e xerox;
- IVX. Providenciar convite para Abertura;



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

Art. 18° À Comissão de Finanças compete:

- I. Verificar a existência de recursos de eventos anteriores, bem como os recursos captados pela Comissão Consultiva;
- II. Dar continuidade ao processo de captação de recursos;
- III. Receber o plano orçamentário das diversas comissões e elaborar o plano orçamentário geral;
- III. Administrar os recursos financeiros ao longo da organização e realização do evento;
- IV. Definir valores dos stands;
- V. Negociar espaços físicos para exposição no evento;
- VI. Adquirir passagens e efetuar o pagamento de hospedagem dos convidados para o desenvolvimento da programação científica;
- VII. Movimentar com o Presidente da Comissão Executiva, as contas bancárias;
- VIII. Efetuar pagamentos;
- IX. Guardar cópias dos documentos comprobatórios de arrecadação e despesas e emitir recibos;
- X. Elaborar o relatório final de prestação de contas e submeter à apreciação e aprovação da Comissão Executiva homologado pela SOBEP.

Art. 19° À Comissão de Divulgação, Documentação e Registro compete:

- I. I. Viabilizar a execução do Lay-out do evento;
- II. Providenciar e atualizar o site do evento;
- III. Arquivar a correspondência relativa às Comissões;
- IV. Providenciar a confecção do programa oficial e material de divulgação;
- V. Divulgar o evento em nível local, estadual e nacional antes e durante o evento;
- VI. Providenciar cobertura da imprensa, rádio e televisão;
- VII. Organizar o material relativo às atividades científicas e demais documentos;
- VIII. Efetuar a síntese das discussões e recomendações produzidas ao longo do evento para apresentação na sessão de encerramento;
- IX. Divulgar o resultado das avaliações do evento;
- X. Providenciar o ISSN para a confecção dos Anais;
- XI. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;
- XII. Organizar e providenciar a publicação dos anais do evento;
- XIII. Expedir avisos e comunicações durante o evento.

Art. 20° À Comissão de Infra-estrutura, Local e Monitoria compete:

- I. Inscrever, treinar e orientar as atividades dos monitores na fase de preparação e durante o evento;
- II. Providenciar a decoração do local, bem como faixas, banners e similares;
- III. Providenciar, checar, e montar recursos audiovisuais;
- IV. Coordenar a utilização dos recursos audiovisuais;
- V. Providenciar sinalização e informações que auxiliem o acesso aos locais das atividades;
- VI. Recepcionar no local do evento os convidados, conferencistas e outros;
- VII. Providenciar e montar o Coquetel;
- VIII. Supervisionar e providenciar a manutenção e limpeza do ambiente;
- IX. Providenciar infra-estrutura de acordo com a necessidade da programação e das Comissões;
- X. Elaborar o plano orçamentário da Comissão ;
- XI. Aplicar o instrumento de avaliação do evento.

Art. 21° À Comissão Social, de Recepção e Hospedagem compete:

- I. Propor, aprovar e promover a programação social e cultural do evento;
- II. Efetuar o orçamento junto às agências de turismo referentes a passagens aéreas e terrestres, traslado, hospedagem, city tour e passeios;
- III. Providenciar reserva de passagens e hospedagem para os palestrantes e convidados;
- IV. Manter junto à Secretaria um setor de informações para os participantes sobre as opções acima mencionadas;
- V. Realizar levantamento de restaurantes e lanchonetes próximos ao local do evento, bem como de transporte coletivo;



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

- VI. Providenciar o traslado dos responsáveis pela programação científica bem como o seu acompanhamento em eventos sociais e culturais se necessário;
- VII. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;
- VIII. Providenciar e ser responsável pelo cerimonial;

Art. 22° À Comissão de Saúde compete:

- I. Contatar com os serviços de saúde e organizar o fluxo de atendimento em caso de urgências e emergências;
- II. Montar um serviço de atendimento de emergência aos participantes do evento;
- III. Providenciar o atendimento em saúde para os participantes do evento no local ou encaminhar quando necessário;
- IV. Designar um monitor para acompanhamento nos casos de encaminhamento e permanência dos participantes, palestrantes ou convidados nos serviços de saúde;
- V. Assegurar o transporte e atendimento hospitalar em instituição previamente contatada;
- VI. Providenciar espaços alternativos para o cuidado à saúde;
- VII. Providenciar contatos com os familiares em caso de necessidade.
- VIII. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 23° A Comissão Executiva poderá alterar a ordem do programa se necessário.

Art. 24° As decisões da Comissão Executiva serão tomadas pela maioria simples dos seus membros;

Art. 25° Os integrantes da Comissão Executiva e das outras Comissões deverão cumprir e fazer cumprir as disposições deste Regimento;

§ único Na impossibilidade de comparecimento do coordenador das Comissões nas reuniões da Comissão Executiva, deverá ser indicado um substituto;

Art. 26° Os casos omissos deste regulamento serão discutidos e resolvidos pela Comissão Executiva.

Art. 27° Da receita líquida do evento será destinado 75% para a SOBEP e 25% para o local sede do evento. A parte destinada ao local sede do evento será dividida em duas partes, uma para o ECENPE e outra para o Departamento de Enfermagem da UFSC.

CAPÍTULO VI

DA INSCRIÇÃO E APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS:

Art. 28° O prazo para a inscrição e envio de trabalhos é de 04/05 a 15/07 de 2009, considerando a data da postagem.

Art. 29° Os trabalhos devem contemplar o tema central do evento.

Art. 30° Os trabalhos podem ser inscritos nas modalidades: pesquisa, reflexão teórico - filosófica, trabalho de conclusão de curso, relato de experiência. Serão aceitas monografias, dissertações e teses defendidas nos últimos 3 anos, com comprovante de defesa junto com o resumo.

Art. 31° O relator do trabalho deve estar inscrito no evento sendo permitida até 02 (duas) apresentações (oral e/ou pôster).

Art. 32° Será emitidos somente um certificado com o nome do relator e dos autores.

Art. 33° Serão aceitos, no máximo 02 (dois) trabalhos por congressista inscrito como autor. Não há limites para trabalhos em co-autoria. Serão permitidos, no máximo, 05 (cinco) autores por trabalho.

Art. 34° A forma de apresentação de trabalhos proposta pelo relator poderá ser alterada a critério da Comissão Científica.

Art. 35° Para os trabalhos apresentados sob forma de comunicação oral, o relator terá 10 minutos para a apresentação oral e 5 minutos para perguntas.

Art. 36° Os valores das inscrições definidos pela Comissão Consultiva e referendados pela SOBEP estão apresentados na tabela abaixo



**Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e
XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, 06 a 08 de outubro de 2009**

CAPÍTULO VII

DA PREMIAÇÃO DOS TRABALHOS:

Art. 37° Os trabalhos inscritos e selecionados para premiação devem ser originais, enviados na íntegra, e serão apresentados sob a forma de comunicação oral em sessão específica. Monografias de especialização, dissertações e teses não concorrem às premiações;

Regulamento do Prêmio “SOBEP”

Art.1° O prêmio “SOBEP”, instituído no I Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, IV Congresso Paulista de Enfermagem Pediátrica e III Encontro de Enfermagem Neonatológica, em 2003, é patrocinado pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP).

Art.2° O prêmio destina-se aos melhores trabalhos apresentados sobre assistência, ensino e pesquisa de enfermagem ao recém-nascido, criança e adolescente e suas famílias, nos diversos contextos de cuidado, nas categorias **Estudante** e **Profissional**.

Art.3° A Sub-Comissão de Premiação do congresso é responsável pela constituição da Comissão Julgadora do Prêmio, que deverá ser composta por cinco membros, sendo obrigatoriamente presidida pelo Coordenador da Comissão de Educação e Pesquisa da SOBEP, ou por um de seus membros, por ele designado.

1§ Os membros da Comissão Científica e Sub-Comissão de Premiação de trabalhos científicos, assim como os membros da Diretoria da SOBEP não poderão concorrer ao Prêmio SOBEP.

2§ Não caberão recursos das decisões da Comissão Julgadora.

3§ A Comissão Julgadora formalizará em relatório o processo utilizado na avaliação dos trabalhos concorrentes, relacionando e justificando os três primeiros classificados, que deverão ser entregues em duas vias, sendo uma para a SOBEP e outra para a Comissão de Organização do Evento.

Art.4° Os autores deverão inscrever o trabalho para concorrer ao prêmio SOBEP no evento.

1§ O trabalho será avaliado quanto às Normas de Premiação do evento e critérios estabelecidos pela Comissão Julgadora;

2§ Serão aceitos trabalhos de no mínimo dois e no máximo quatro autores, sendo que todos deverão ser sócios da SOBEP;

3§ O trabalho deverá ser apresentado no evento por um dos autores.

Art. 5° As modalidades de premiação são as seguintes:

I. Para o **primeiro lugar**, nas categorias estudante e profissional, será contemplado com uma placa, na qual constará: o nome do prêmio concedido, a classificação do trabalho, o nome da SOBEP, o título do estudo, o nome dos autores, a cidade e o ano do evento; certificado de 1º lugar para cada um dos autores; anuidade da SOBEP do ano seguinte ao evento e inscrição gratuita no CBEPN consecutivo para cada um dos autores; publicação do trabalho na revista da SOBEP.

II. Para **segundo lugar** para ambas as categorias: certificado de 2º lugar para cada um dos autores, anuidade da SOBEP do ano seguinte ao evento para cada um dos autores e publicação do trabalho na revista da SOBEP.

III. Para **terceiro lugar** para ambas as categorias: certificado de 3º lugar para cada um dos autores e publicação do trabalho na revista da SOBEP.

§ único Os certificados serão assinado pelo (a) Presidente da Comissão Julgadora, pelo (a) Presidente da SOBEP e pelo (a) Presidente do evento.

Art. 6° A proclamação e premiação dos trabalhos vencedores realizar-se-ão em Sessão Plenária no evento, depois de concluídas as Sessões de Apresentação dos trabalhos concorrentes.

Art. 7° Compete à Comissão Executiva do evento, dirimir as dúvidas surgidas na interpretação deste regulamento, bem como modificá-lo quando julgar necessário, em concordância com as determinações da SOBEP.

Regimento aprovado em março de 2009 em reunião da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras - SOBEP.