

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

**IDENTIFICANDO E ATUANDO NOS CHAMADOS E RESPOSTAS DO RECÉM-
NASCIDO DE ALTO RISCO, EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA,
BASEADAS NO REFERENCIAL HUMANÍSTICO DE PATERSON E ZDERAD**

**ALINE PIACESKI ARCENO
EMANUELLA SORATTO DA SILVA**

Florianópolis, Fevereiro de 2007.

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

**IDENTIFICANDO E ATUANDO NOS CHAMADOS E RESPOSTAS DO RECÉM-
NASCIDO DE ALTO RISCO, EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA,
BASEADAS NO REFERENCIAL HUMANÍSTICO DE PATERSON E ZDERAD**

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

ORIENTADORAS:

Enf^a Msc. Maria Emilia de Oliveira

SUPERVISORA:

Enf^a Joseila Cristina Franzon

TERCEIRO MEMBRO:

Enf^a Msc. Ana Maria Farias da Silva

Enf^a Vitória Regina Petters Gregório

Florianópolis, Fevereiro de 2007.

**Aline Piacessi Arceno
Emanuella Soratto da Silva**

**IDENTIFICANDO E ATUANDO NOS CHAMADOS E RESPOSTAS
DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO,
EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA,
BASEADAS NO REFERENCIAL HUMANÍSTICO
DE PATERSON E ZDERAD**

Este Trabalho de Conclusão da disciplina **Enfermagem Assistencial Aplicada**, desenvolvida na 8ª UC do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade federal de Santa Catarina, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora

P/ Mgugpio

Orientadora Profª Msc. Maria Emília de Oliveira

Joseila Cristina Franzon

Supervisora Enfª Joseila Cristina Franzon

Ana Maria Farias da Silva

3º Membro Profª Msc. Ana Maria Farias da Silva

Mgugpio

4º Membro Profª Msc. Vitória Regina Petters Gregório

Florianópolis, 26 de Fevereiro de 2007.

Agradecimentos De Aline

Agradeço...

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado a chance de ser aquilo que escolhi, por ter confiado a mim o dom de cuidar e por todas as coisas maravilhas que têm feito em minha vida.

Aos meus pais, Luiz e Nílsa, por terem acreditado em mim, por terem me apoiado e por muitas vezes terem se sacrificado para me dar tudo o que precisei.

Ao Rui, meu noivo, que com sua presença amorosa, tem compartilhado bons e maus momentos ao meu lado, fazendo meu dia a dia ser diferente e melhor. Que me ajudou a acreditar que eu era capaz e acima de tudo, me ensinou a amar e ser amada. Por todos os conselhos, todo carinho, cumplicidade e compreensão, especialmente nos momentos em que estive ausente.

Aos pais e recém-nascidos, heróis de batalhas pessoais, que partilharam suas vivências, choraram e riram conosco, pela confiança depositada e toda cumplicidade, mostrando-nos a riqueza e a beleza da relação humana.

À Professora Maria Emília, exemplo de profissional, por toda dedicação, carinho e confiança; por mesmo estando longe, fazer-se presente a cada momento que precisávamos.

À Professora Ana Maria Farias, por todas as dicas, conselhos e carinho dispensado a nós. Obrigada pela amizade e confiança.

À Professora Vitória, por aceitar fazer parte desta caminhada, trazendo contribuições para o enriquecimento deste estudo.

À Enfermeira Joseila, pela disponibilidade, todos os conselhos e dicas. Por nos acolher e ter aceitado enfrentar este desafio.

À Equipe de Enfermagem da UTI Neonatal do HIG, por ter nos recebido tão bem; nos tratado com tanto amor e respeito. Obrigada pela confiança, pelas risadas e por todos os preciosos ensinamentos. Agradeço, sinceramente, pela contribuição de cada um de vocês nesse trabalho e em minha vida. Sentirei saudades!

À equipe da UTI Neonatal do Hospital Universitário, por todo carinho, pela confiança e todas as dicas ao qual sempre serei grata.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho fosse concluído com sucesso. Muito obrigada, de coração!

Agradecimentos De Emanuella

Agradeço...

Aos meus pais, Salvador e Fátima, agradeço por me terem dado o dom da vida, por toda força, confiança e dedicação dispensada nesses quatro anos de graduação e por terem ajudado-me a construir-me e construir.

À minha irmã Kamila, pelo entusiasmo, gestos de carinho e por ter sido muito mais que uma irmã e uma afilhada, mas uma grande amiga.

Ao Achilles, obrigada por todo apoio, pelo companheirismo e presença amorosa, pela compreensão e paciência em meus momentos de ausência e por ter compartilhado bons e maus momentos ao meu lado.

À minha amiga Raquel, que compartilhando expectativas, alegrias e ansiedades, soube cultivar uma amizade que com o tempo amadureceu. Agradeço pelas palavras de apoio, incentivo e pelo seu carinho.

À Professora Maria Emília, nossa orientadora, pela sabedoria, competência, apoio e pela efetiva e afetiva orientação.

À Professora Ana Maria Farias, pela disponibilidade, pelo interesse, pelas contribuições e pelo seu carinho.

À Professora Vitória, por nos ter acolhido no final dessa caminhada.

À Enfermeira Joseila, pela colaboração, dedicação e disponibilidade para construção deste trabalho.

À Equipe de Enfermagem da UTI Neonatal: Alex, Alexandra, Alexsandra, Ana Paula, Cleunice, Cleuza, Dorival, Giovanes, Kátia, Keila, Kelly, Lúcia, Mabel, Maria Bernadete, Maria Elisabete, Maria de Fátima, Maria de Souza, Milena, Solange, Teresinha, Vera. Agradeço pela colaboração, pelos

momentos de descontração, companhia e pela confiança que foram preciosos para o nosso aprendizado e crescimento.

Aos pais e recém-nascidos, que compartilharam conosco suas experiências mostrando-nos a riqueza dessa presença e relação genuína.

Aos professores e funcionários do Departamento de Enfermagem, pelas contribuições para a aquisição da experiência, pelo despertar para o aprender, por nos ter apontado novos horizontes e perspectivas e por repartir conosco os seus conhecimentos, transformando nossos ideais em realização.

À UTI e à equipe da Radiologia do Hospital Universitário um agradecimento especial: a todas amigas e amigos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a minha construção e o meu crescimento.

Muitos acrescentaram, contribuíram e continuam acrescentando e contribuindo para o meu crescimento profissional e individual. Nessa caminhada, muitos são lembrados, alguns são esquecidos. Aos que foram esquecidos, o meu eterno agradecimento.



Fonte: <http://www.annegeddes.com>

*"O conhecimento da vulnerabilidade da criança
e do caráter unitário de seus modos de reação,
o reconhecimento da necessidade de investigar e interpretar
globalmente seus problemas e de globalmente assisti-la como pessoa,
em função de si mesma e de seu ambiente,
com olhos no seu presente e no seu futuro,
constituem as bases mais sólidas
e as raízes mais nutrientes do pensamento pediátrico."
Pedro de Alcântara (1901-1979)*

RESUMO

O trabalho relata a vivência da prática assistencial da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, de outubro a dezembro de 2006. Teve como objetivo principal cuidar dos recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, baseadas no referencial humanístico de Paterson e Zderad, identificando e minimizando as manifestações de dor experienciadas nos vários momentos do cuidado; e como objetivos específicos: conhecer a dinâmica do serviço e estrutura da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe multidisciplinar; aprimorar conhecimentos teórico-práticos sobre o cuidado com o recém nascido de alto risco, internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; cuidar dos recém-nascidos de alto risco internados, utilizando a metodologia humanística de Paterson e Zderad; observar nos vários momentos do cuidado, chamados e respostas de manifestações de dor no recém-nascido de alto risco; avaliar o conhecimento da equipe de Enfermagem sobre os métodos de avaliação e tratamento da dor no recém-nascido de alto risco; compreender, através do diálogo, as percepções dos familiares quanto à dor experienciada pelos recém-nascidos de alto risco e atuar, juntamente com a equipe interdisciplinar, na avaliação e tratamento da dor experienciada pelos recém-nascidos de alto risco nos vários momentos do cuidado. A metodologia utilizada foi a teoria humanística de Josephine Paterson e Loretta T. Zderad, que envolveu o encontro, o diálogo, a presença genuína, o relacionamento e a compreensão dos chamados e respostas, compreendendo três fases: o diálogo intuitivo, o diálogo científico e a fusão intuitivo-científica. Esta prática favoreceu uma melhor compreensão do ser humano que cuida e do que é cuidado, desenvolvendo habilidades para ouvir o que geralmente não é verbalizado, enxergar o não visível, e perceber os chamados e respostas dos seres envolvidos. O encontro, baseado numa relação dialógica que envolveu presença genuína e relacionamento contínuo mostrou-se como alicerce na construção do cuidado, levando a um cuidado de Enfermagem mais individualizado e humanizado. Buscou-se ampliar a visão da equipe de enfermagem sobre o cuidado com a dor do recém-nascido internado que passa por procedimentos dolorosos constantemente, bem como, sobre a importância da interação recém-nascido e família. Este novo olhar, com certeza, trouxe contribuições importantes para a enfermagem, para a família e especialmente para o recém-nascido, que foi atendido em suas necessidades bio-psico-sociais.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
OBJETIVOS	13
Objetivo Geral	13
Objetivos Específicos	13
MARCO DE REFERÊNCIA CONCEITUAL	14
As Teóricas	14
A Teoria	15
Pressupostos das Teóricas	16
Pressupostos das Autoras	17
Os Principais Conceitos	17
REVISÃO DE LITERATURA	23
A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	23
Classificação do Recém-nascido	29
A Dor e a Linguagem Não-Verbal	36
Humanização do Cuidado	51
METODOLOGIA	57
Descrição do Local da Prática Assistencial	57
População Alvo	59
Processo de Enfermagem	59
Plano de Ação	63
Aspectos Éticos	66
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
PARECER FINAL DO ORIENTADOR	120
APÊNDICES	121
ANEXOS	158

INTRODUÇÃO

Os recém-nascidos são seres individuais, com comportamentos e habilidades específicas para a sua fase de desenvolvimento.

Suas capacidades sensoriais – visão, tato, audição, paladar e olfato – encontram-se presentes ao nascimento, e é através delas que o neonato percebe, interage, modifica e aprende a partir do ambiente e das pessoas que lhe prestam o cuidado (KENNER, 2001).

Cuidar reconhecendo e interpretando capacidades e necessidades do neonato é indispensável quando se fala em humanização.

Por muitos anos, acreditou-se que o neonato, devido à imaturidade de seus sistemas corporais, não era capaz de sentir ou reagir aos estímulos dolorosos, com a mesma intensidade que os adultos. Atualmente, os pesquisadores da área neonatal vêm demonstrando que as vias de dor e os centros corticais e subcorticais, responsáveis pela percepção de dor, encontram-se bem desenvolvidos e que os sistemas neuroquímicos associados à transmissão de dor estão intactos e funcionais quando o nascimento se aproxima do termo (KENNER, 2001).

“O recém-nascido, independente de sua idade ao nascimento, é capaz de expressar suas emoções (prazer, dor), buscar contato e dele fugir, quando não pode mais suportar a estimulação negativa e o estresse por ela provocado” (ROLIM e CARDOSO, 2006, p.86). Muitas vezes os recém-nascidos apresentam sinais de estresse que provavelmente estão relacionados à má adaptação ao ambiente da UTIN e as hiperestimulações sensoriais as quais o bebê é submetido, bem como, todas as intervenções consideradas necessárias para a manutenção da vida e restabelecimento de sua saúde.

Este relatório de Prática Assistencial teve como propósito desenvolver uma prática humanizada, cuidando do neonato de alto risco internado em UTI, percebendo, sentindo, reconhecendo, definindo, prevenindo e atuando nos elementos que interferem no bem estar e/ou estar melhor deste recém-nascido de alto risco, entre eles a dor. Foi desenvolvido no período de 06 de Outubro a 08 de Dezembro de 2006, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

A teoria utilizada foi a teoria humanística de Josephine Paterson e Loretta T. Zderad que envolve o encontro, o diálogo, a presença genuína, o relacionamento e a compreensão dos chamados e respostas do ser cuidado e do ser que cuida.

Cremos que norteadas pela Teoria Humanística de Paterson & Zderad, pudemos vivenciar uma Prática Assistencial humanizada, possibilitando-nos vir a *ser mais* enquanto seres humanos, sempre buscando o *estar melhor*, tanto a nível profissional quanto pessoal.

A opção em trabalhar com recém-nascidos de alto risco, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal deu-se primeiramente por uma forte identificação das autoras com a área, bem como, pelo interesse em entrar em contato com novos conhecimentos e novas metodologias quando se deseja prestar um cuidado de Enfermagem humanizado.

Nossa Prática Assistencial foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), por este ser um hospital-escola, onde a equipe interdisciplinar mostra-se disponível em receber acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem para a realização de um Projeto Assistencial, e que possui demanda compatível ao nosso público alvo – o recém-nascido de alto risco.

Tínhamos como meta ampliar a visão da equipe de enfermagem no cuidado com a dor do recém-nascido internado que passa por procedimentos dolorosos constantemente, e que muitas vezes pode ser minimizada com um simples ato de oferecer uma ou duas gotinhas de glicose 25%, um dedo de luva, fazer contenção, oferecer a chupeta, quando prescrito, ou conversar carinhosamente com ele. Todas estas medidas são, comprovadamente, eficazes.

Buscamos também, ampliar a visão dos profissionais sobre o cuidado humanizado, não só ao recém-nascido, mas também à família. Este novo olhar, com certeza, trouxe contribuições importantes para a enfermagem, para a família e especialmente para o recém-nascido, que foi atendido em suas necessidades bio-psico-sociais.

Para subsidiar a atuação na prática e reforçar os conhecimentos teórico-práticos, realizamos um estágio não-obrigatório na UTIN do Hospital Universitário (HU/UFSC). Este possibilitou-nos conhecer a realidade de uma UTIN, entrando em contato com as rotinas e equipamentos e principalmente, desenvolver a observação, buscando compreender os chamados e respostas do neonato, da família e da equipe de Enfermagem.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Cuidar dos recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, baseadas no referencial humanístico de Paterson e Zderad, identificando e minimizando as manifestações de dor experienciadas nos vários momentos do cuidado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer a dinâmica do serviço e estrutura da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe multidisciplinar.
2. Aprimorar conhecimentos teórico-práticos sobre o cuidado com o recém nascido de alto risco, internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
3. Cuidar dos recém-nascidos de alto risco internados, utilizando a metodologia humanística de Paterson e Zderad.
4. Observar nos vários momentos do cuidado, chamados e respostas de manifestações de dor no recém-nascido de alto risco.
5. Avaliar o conhecimento da equipe de Enfermagem sobre os métodos de avaliação e tratamento da dor no recém-nascido de alto risco.
6. Compreender, através do diálogo, as percepções dos familiares quanto à dor experienciada pelos recém-nascidos de alto risco.
7. Atuar, juntamente com a equipe interdisciplinar, na avaliação e tratamento da dor experienciada pelos recém-nascidos de alto risco nos vários momentos do cuidado.

MARCO DE REFERENCIA CONCEITUAL

O referencial teórico é caracterizado como “um conjunto de conceitos definidos e inter-relacionados, que sustentam e estruturam uma prática assistencial a ser desenvolvida, tornando-a coerente em sua totalidade” (BARDT, D’AVILA e ZELLNER, 2004, p.68).

As teorias são proposições elaboradas para avaliar a assistência de Enfermagem, possibilitando às enfermeiras considerá-las e incorporá-las na prática ao auxiliar e explicar suas abordagens. Teorias, em geral, são construídas a partir de conceitos, definições, modelos, proposições e baseiam-se em suposições profissionais (ROLIM, PAGLIUCA e CARDOSO, 2005).

A teoria contribui para formar uma base devidamente fundamentada sobre a prática, (ROLIM, PAGLIUCA e CARDOSO, 2005). Em nossa prática assistencial optamos por utilizar a Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad, pois acreditamos ser de responsabilidade dos profissionais de saúde a prática de um cuidado humanizado, considerando o recém-nascido de alto risco como um ser que precisa ser cuidado na sua totalidade, identificando e atuando nas manifestações de dor experienciadas nos vários momentos do cuidado.

AS TEÓRICAS

Josephine G. Paterson e Loretta T. Zderad são enfermeiras americanas que preocupadas com a interação enfermeiro e clientes e com o desenvolvimento da base de conhecimento para a ação de Enfermagem, desenvolveram a teoria da prática de Enfermagem Humanística.

Seu trabalho foi fortemente influenciado pela fenomenologia, existencialismo, e pela psicologia humanista, sendo que “esta influência é percebida na ênfase que dão ao significado da vida, à natureza do diálogo e à importância do corpo perceptivo” (OLIVEIRA, BRÜGGEMANN E FENILLI, 2003, p.12)

Segundo Leopardi (1999, p.131)

“Josephine G. Paterson graduou-se no Hospital Lenox Hill, da Universidade St. Johns, especializou-se em Enfermagem Clínica, em New

York, e recebeu diploma de mestre na John's Hopkins School of Higyene and Public Health, em Baltimore, Maryland. Seu doutorado em Enfermagem foi obtido na universidade de Boston, onde se inclinou para estudos em Saúde Mental, trabalhando com o conceito de empatia em sua tese”.

Loretta T. Zderad graduou-se em St. Bernard's Hospital School of Nursing e em Loyola University. Obteve o grau de mestre na Catholic University, em Washington, D.C., e o seu Doutorado em Filosofia na Georgetown University, em Washington, D.C. (PRAEGER e HOGARTH, 1993).

Em 1976, Josephine Paterson e Loretta Zderad lançaram seu livro “Humanistic Nursing”, utilizando como base a fenomenologia e o existencialismo, tentando enfatizar a forma e o conteúdo da existência humana.

A TEORIA

A teoria humanística proposta por Josephine Paterson e Loretta Zderad é descrita pelas autoras como uma teoria que se desenvolve a partir de experiências vividas pelo profissional enfermeiro e pelos pacientes na prática da Enfermagem, tornando-se uma resposta à experiência fenomenológica (PRAEGER e HOGARTH, 1993). Paula et al. (2004, p.428), referem que “o ser que cuida e o ser que é cuidado são componentes significativos no processo de cuidar, uma vez que suas experiências e vivências influenciam o encontro”.

Como citam Praeger e Hogarth (1993, p.242), “a teoria torna-se a perspectiva filosófica que se deriva do encontro existencial da enfermeira no mundo do atendimento à saúde”.

Oliveira, Brüggemann e Fenilli (2003, p.11) reforçam que “as questões centrais são como as enfermeiras e pacientes interagem, e como podem as enfermeiras desenvolver a base do conhecimento para a ação de Enfermagem”. Citam ainda que a teoria humanista tem uma abordagem fenomenológica que utiliza o método descritivo, e que não é tão simples, já que a enfermeira deve estar familiarizada com a filosofia existencial e com a fenomenologia. “A teoria focaliza o diálogo entre enfermeira e paciente como um encontro único entre duas pessoas” (OLIVEIRA, BRUGGEMANN E FENILLI, 2003, p. 28).

Mencionam, Paterson e Zderad (1988), que os elementos do cuidado são o ser humano, enfermeira e cliente, reunidos numa transação intersubjetiva, com um fim determinado, que se dá no tempo e no espaço, num universo de homens e coisas.

A transação intersubjetiva ocorre a partir do relacionamento entre dois seres humanos onde cada um é originador de atos e respostas humanas. Segundo Rolim e Cardoso (2006), a Teoria Humanística de Paterson e Zderad afirma que o ato de cuidar incrementa a humanidade na situação em que as pessoas se encontram, onde enfermeiros e pacientes coexistem, sendo, ao mesmo tempo, dependentes e interdependentes.

A Teoria Humanística de Enfermagem propõe ser a Enfermagem desenvolvida como uma experiência existencial. Após vivenciá-la, a enfermeira reflete sobre ela e descreve, fenomenologicamente, os chamados e respostas ocorrentes na relação, e também o conhecimento adquirido por meio da experiência, reconhecendo, assim, o outro em sua singularidade, como alguém que luta para sobreviver, *vir-a-ser*, confirmar sua existência e entendê-la (ROLIM, PAGLIUCA E CARDOSO, 2005).

OS PRESSUPOSTOS DAS TEÓRICAS

Meleis (apud OLIVEIRA, BRÜGGEMANN E FENILLI, 2003, p.15), cita como pressupostos das teóricas:

- ♥ Enfermagem envolve dois seres humanos que estão dispostos a entrar num relacionamento existencial um com o outro.
- ♥ Enfermeiros e pacientes como seres humanos são únicos e totais, seres bio-psico-sociais, com potencial para vir a ser mais através da escolha e inter subjetividade.
- ♥ As experiências presentes são mais do que a soma total do passado, presente e o futuro, sendo influenciadas por cada um deles. Na sua totalidade elas são menos do que o futuro.
- ♥ Todo encontro com outro ser humano é aberto e profundo, com grande grau de intimidade que profundamente e humanisticamente influenciam os membros envolvidos no encontro.
- ♥ Os seres humanos são livres e estão esperando para serem envolvidos no seu próprio cuidado e nas decisões que os envolvem.
- ♥ Enfermeiros e pacientes coexistem, sendo ao mesmo tempo dependentes e interdependentes.
- ♥ Todos os atos da Enfermagem influenciam na qualidade de vida das pessoas e morte.

- ♥ Os seres humanos têm uma força inata que os move para conhecer o seu ponto de vista angular e outros pontos de vista angulares do mundo.
- ♥ A Enfermagem existencial é o envolvimento no cuidado com o paciente manifestado na presença ativa do enfermeiro como um todo no tempo e no espaço.
- ♥ A meta da Enfermagem é o maior bem estar acrescido para ambos, enfermeiro e paciente, entretanto eles experenciam o processo de fazer uma escolha responsável.
- ♥ A Enfermagem é envolvida com seres humanos, seu fenômeno é uma pessoa precisando de ajuda e uma pessoa ajudando na sua própria situação.
- ♥ Intimidade e neutralidade nos relacionamentos aumentam o bem estar.

OS PRESSUPOSTOS DAS AUTORAS

- ♥ O RN de alto risco é um ser único que necessita de cuidado individualizado e diferenciado.
- ♥ A relação dialógica entre o RN de alto risco, família e enfermeira é fundamental para a busca do estar melhor, vivenciando saúde.
- ♥ O cuidado humanizado é necessário ao assistir o RN de alto risco, sendo que enfermeira / RN de alto risco / família mostram-se presentes e disponíveis para o encontro e compreensão dos chamados e respostas.
- ♥ O encontro entre a enfermeira e o RN de alto risco deve ser recíproco, propiciando o diálogo vivo, envolvendo humanisticamente os sujeitos desta relação.
- ♥ Estar aberto e receptivo permite perceber os chamados e respostas do RN de alto risco e chamar e responder a ele de forma sensibilizada, conscientizada e humanizada.
- ♥ Através da experiência existencial, percepções e vivências adquiridas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a enfermeira aprimora a habilidade de perceber, sentir, reconhecer, definir, prevenir e atuar na dor do neonato internado.

OS PRINCIPAIS CONCEITOS

Paterson e Zderad descrevem os conceitos de ser humano, enfermagem, saúde e ambiente em sua teoria. Neste trabalho utilizamos, baseadas nos conceitos de Paterson e

Zderad, nos nossos pressupostos e outros autores humanistas, os conceitos de ser humano, que inclui o recém-nascido de alto risco, a enfermeira e a família; além dos conceitos de saúde, dor, cuidado humanizado e ambiente.

SER HUMANO

Na teoria humanista da Enfermagem, define-se o homem como um ser individual, necessariamente relacionado com outros homens, no tempo e no espaço (PRAEGER e HOGARTH, 1993).

Conforme Paterson e Zderad (apud OLIVEIRA, BRÜGGEMANN E FENILLI, 2003, p.16), o ser humano

“... caracteriza-se como capaz, aberto a opções e à autopercepção como valor e como manifestação única de seu passado, presente e futuro. É através da relação com os outros que o ser humano vem a ser; isto em contrapartida, permite que a individualidade única de cada ser se realize”.

Devido à capacidade humana de relacionar-se de várias formas, desde materialista ao espiritual, o homem *vem a ser mais*. Podemos classificar essa relação nas seguintes formas: EU-TU, EU-ISSO e EU-NÓS.

Quando analisamos a relação EU-TU, cada ser é reconhecido singularmente, cada um vai em direção ao outro, oferecendo sua presença autêntica e indo ao encontro da presença autêntica de seu próprio EU, na qual cada um dos participantes *vem a ser mais*. Já na relação EU-ISSO, ocorre a reflexão sobre as relações EU-TU prévias. Essa relação EU-ISSO irá permitir a interpretação, categorização e acréscimo do conhecimento científico. O EU-NÓS consiste no relacionamento com os outros, possibilitando fenômenos relacionados a comunidade e a singularidade do ser humano (OLIVEIRA, BRÜGGEMANN E FENILLI, 2003).

Neste trabalho, o ser humano caracteriza-se pelo recém-nascido de alto risco, a família e a enfermeira.

O recém-nascido de alto risco é um ser frágil, singular, influenciado pela sua história intra-uterina e pelo contexto sócio-econômico, cultural e espiritual ao qual está inserido. Independente de sua idade ao nascimento é capaz de expressar suas emoções

como o prazer, a dor, buscar contato e dele fugir. Necessitará de cuidados especiais e individualizados, em sua singularidade para vir a ser mais a partir de sua relação com o outro (enfermeiro/família).

A família é uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o desenvolvimento contínuo do seu processo de viver e de seus membros. A família se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho. Tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos, aceita a individualidade de seus membros. Possui capacidade de conhecer e usufruir seus direitos e de assumir suas responsabilidades; enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. A família atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada, desenvolvendo-se com a experiência e construindo sua história de vida (BUB e orgs, 1994).

A enfermeira é um elemento importante na relação EU-TU, EU-ISSO, EU-NÓS, a qual constrói suas atitudes baseada em experiências e reflexões pessoais, profissionais e na relação com o outro. É um ser sensível, e faz uso de sua habilidade intuitiva, sintética e científica, principalmente através da observação. Auxilia o RN a tornar-se mais em uma situação particular de sua vida, ou seja, a vir-a-ser. Concordamos com Rolim e Cardoso (2006) quando mencionam que a enfermeira pode fazer mais, ampliando as ações de humanização do cuidado, naquilo que é abstrato, mas sensível: o toque, o ato de ouvir.

SAÚDE

Leopardi (1999, p.133) comenta que, para Paterson e Zderad, a saúde

“... é valorizada como necessária a sobrevivência, mas há situações em que não pode ser considerada um objetivo alcançável, como em casos de experiências terminais ou crônicas. Mesmo assim, a Enfermagem provê cuidados, de modo que o propósito da Enfermagem não é meramente o bem-estar da pessoa, mas o seu estar-melhor, ajudando-a a tornar-se o melhor possível em sua situação particular.”

Ao analisar saúde, Paterson e Zderad mencionam que independente do estado físico, social, espiritual, cognitivo e emocional, a pessoa deve estar aberta às experiências da vida, tornando-se mais (estar melhor), através do relacionamento verdadeiro com o outro, vivenciando saúde (PRAEGER e HOGARTH, 1993).

No nosso entendimento, o RN experimenta saúde, ou seja, o bem estar ou o estar melhor, quando experimenta a relação com o outro, tendo seus chamados e respostas compreendidos e atendidos.

DOR

Utilizamos também o conceito de dor, e esta, é considerada uma experiência sensorial e emocional desagradável e complexa, associada a uma lesão tecidual potencial ou real, presente no RN. O recém-nascido a experimenta de forma mais intensa, principalmente quando submetido a procedimentos dolorosos repetidamente, sendo manifestada através de respostas fisiológicas (aumento da frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial sistólica e pressão intracraniana, queda da saturação de oxigênio e alterações hormonais) e comportamentais (expressão facial, movimentação corporal, choro, alterações do sono, irritabilidade, letargia e alterações na relação mãe/filho), podendo ser minimizada através de tratamento farmacológico e/ou não-farmacológico. A enfermeira atua, principalmente, no tratamento não farmacológico, sendo que entre eles podemos citar: o toque, fala suave, contenção em um ninho improvisado, sucção não-nutritiva com uso de leite materno, glicose ou sacarose, redução da luminosidade e ruídos e organização do manuseio ao RN em bloco. (MIURA, PROCIANNOY e COLS, 1997; ROCHA e CRUZ, 2004; GUINSBURG, 2000a).

CUIDADO HUMANIZADO

A Enfermagem é uma resposta de cuidado de uma pessoa para com outra, num período de necessidade que visa ao desenvolvimento do bem-estar e do estar-melhor, onde a enfermeira mostra-se preocupada com o estar delicado do indivíduo e com sua luta na busca do vir-a-ser (PRAEGER e HOGARTH, 1993).

Praeger e Hogarth (1993) ainda citam que a Enfermagem não envolve um mero encontro fortuito, mas um encontro em que existem um chamado e uma resposta intencionais, onde a Enfermagem humanística pode, então, ser considerada um tipo especial de diálogo vivido.

A Enfermagem, para Leopardi (1999), é um diálogo vivido, em que enfermeira e outra pessoa relacionam-se de forma criativa, através do encontrar-se, relacionar-se e o estar presente.

O cuidado humanizado é a essência da Enfermagem. Ele prevê o encontro entre a enfermeira e o RN em que a condição essencial é a vontade de encontrar e de ser encontrado. Como o próprio termo revela, o cuidado se dará através da relação com o outro ser humano, baseados no respeito das próprias individualidades. Para que o cuidado prestado seja humanizado, a equipe precisa estar sensibilizada para tal, incluindo o respeito, a confiança, o afeto, a observação e o ouvir com amor aos chamados e as respostas (OLIVEIRA, 1998).

Concordamos com Rolim e Cardoso (2006) quando comentam que humanizar é preciso, visto que a valorização indiscriminada dos aspectos tecnológicos, não levando em consideração a subjetividade, a solidariedade, o toque e a interação humana, pode resultar numa assistência centrada nas máquinas, na doença e não no ser humano.

AMBIENTE INTERNO E EXTERNO

O ser humano vive em dois mundos diferentes, o mundo interior e o exterior ao recém-nascido/família/equipe e estes, segundo Oliveira (1998), fornecem os elementos para que os mesmos venham 'a ser mais'.

O espaço ou ambiente interno do ser humano compreende os conflitos e crises vivenciados pela enfermeira/família/recém-nascido, assim como as crenças e valores dos pais e enfermeira. Estes elementos uma vez reconhecidos e utilizados devidamente, irão também contribuir para o estabelecimento da relação dialógica conduzindo enfermeira/família/recém-nascido 'a ser mais' (OLIVEIRA, 1998).

Definimos o ambiente externo - a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) - como um ambiente desconhecido e estressante para a família e o RN no qual é

constantemente submetido a procedimentos invasivos e desagradáveis. Por ser um local que utiliza recursos materiais e tecnológicos em grande quantidade, contribui para comportamentos automatizados, sendo que o cuidado humanizado fica relegado a um segundo plano.

Ao interligar e compreender a importância do ambiente interno com o externo, no cuidado ao RN de alto risco, pode-se prestar um cuidado humanizado.

REVISÃO DE LITERATURA

Para fundamentar e justificar a Prática Assistencial desenvolvida julgamos importante a revisão bibliográfica de alguns temas como: UTI Neonatal, aprofundando aspectos de sua estrutura, organização e atuação da enfermagem; Classificação do recém-nascido, o recém-nascido de alto risco e o processo de adaptação neonatal; e a Dor, abordando a linguagem não-verbal, a dor no recém-nascido, sua fisiologia e avaliação, defesa do neonato à dor e ao estresse prolongado e o seu manejo efetivo destacando as intervenções não-farmacológicas e farmacológicas. Além destes temas, sentimos a necessidade de ler e escrever sobre Humanização do Cuidado e o Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão, onde foi realizada a Prática Assistencial.

A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

De acordo com Almeida (2006) uma das características do período neonatal são as altas taxas de morbimortalidade devido a grande fragilidade do ser humano nesta fase e a alta propensão a ocorrência de seqüelas que podem ser, muitas vezes, incapacitantes e de longa duração. Para que estas taxas diminuam e a recuperação seja da melhor forma possível, é indicado o encaminhamento para a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é, para o recém-nascido, o lugar de conservação, recuperação de seu bem estar e garantia de sobrevivência. Este proporciona um espaço aos neonatos bem diferente do mundo intrauterino, o qual era ideal durante seu crescimento e desenvolvimento fetal e permitia ao feto repouso e sono profundo. No entanto, em contrapartida, o ambiente da UTI Neonatal é bem distinto, gerador de dor e desconforto, desgaste físico e emocional intensos, com iluminação contínua, muito barulho e interrupção freqüente dos períodos de sono e repouso, prejudicando o desenvolvimento neuromotor destes recém-nascidos. RNs extremamente debilitados e prematuros estão submetidos à preservação da qualidade de vida e às determinações da equipe de saúde e equipamentos de suporte, nem sempre coerentes com o que chamamos de “bem estar” (MIURA, PROCIANOY e COLS, 1997; TAMEZ e SILVA, 2002).

Tronchin e Toma (2001) referem ser finalidades da unidade neonatal:

- ♥ Propiciar melhores condições de adaptação do RN à vida extrauterina;
- ♥ Prestar assistência de Enfermagem integral ao RN e sua família;
- ♥ Propiciar ambiente e condições favoráveis para o desenvolvimento de um relacionamento harmonioso entre os pais e seu filho;
- ♥ Reduzir o índice de morbimortalidade neonatal;
- ♥ Promover e incentivar o aleitamento materno;
- ♥ Estimular e auxiliar a participação da mãe nos cuidados ao RN;
- ♥ Estimular e promover atividades de ensino e pesquisa na área de Enfermagem neonatal;

Viegas e Moraes (apud BARDT, D'AVILA e ZELLNER, 2004) reforçam que a assistência neonatal vai além de um planejamento isolado de saúde, ela deve ter também um enfoque perinatal adaptando-se às necessidades do local e da época da comunidade. Citam ainda que os seguintes aspectos devem ser levados em conta na organização de uma Unidade Neonatal:

- ♥ O tipo de hospital, se geral ou maternidade;
- ♥ Os objetivos a serem atingidos;
- ♥ Os recursos disponíveis ou alcançáveis;
- ♥ As necessidades locais referentes principalmente ao tipo de população a ser atendida, percentagem de recém-nascidos de risco, assim como prematuros;
- ♥ O sentido de humanização e flexibilidade indispensáveis em qualquer outro empreendimento.

Os critérios para admissão do neonato na UTIN em geral, segundo Tamez e Silva (2002) correspondem a:

- ♥ Recém-nascido com menos de 34 semanas de gestação;
- ♥ Recém-nascido com peso menor que 1800g;
- ♥ Sangramento materno no terceiro trimestre de gravidez;
- ♥ Anomalias congênitas que necessitem correção cirúrgica e observação;
- ♥ Infecções;

- ♥ Incompatibilidade Rh;
- ♥ Retardo no crescimento intrauterino;
- ♥ Convulsões;
- ♥ Hipoglicemia;
- ♥ Uso materno de drogas, como cocaína e heroína;
- ♥ Problemas respiratórios que requeiram oxigenoterapia e/ou ventilação artificial;
- ♥ Apgar menor que 5 no 5º minuto;
- ♥ Arritmias cardíacas.

A localização ideal de uma UTIN deve ser dentro de uma estrutura hospitalar que disponha de recursos diagnósticos e terapêuticos para qualquer tipo de patologia neonatal, incluindo procedimentos mais especializados, como assistência ventilatória, exosanguineotransfusão, cateterismo umbilical e cardíaco e cirurgia neonatal. A unidade deve estar situada em local separado e independente de outros serviços, sobretudo dos setores de doenças transmissíveis (BARDT, D' AVILA e ZELLNER, 2004).

ESTRUTURA DA UNIDADE NEONATAL

Com o objetivo de manter o ambiente da UTIN livre de fontes de infecção e de estressores, tornando-o o mais confortável e humanamente possível para o neonato que permanecerá seus primeiros dias de vida, às vezes até meses, mencionamos algumas medidas relacionadas à estrutura do ambiente de terapia intensiva neonatal sugeridas por alguns autores.

Conforme Tronchin e Toma (2001) e Tamez e Silva (2002), para a iluminação adequada do ambiente neonatal, as lâmpadas do tipo fluorescentes de 40 a 60W/m² são recomendadas, pois permitem uma detalhada avaliação da cor da pele do RN e melhor visibilidade nos procedimentos minuciosos. São recomendados ainda interruptores silenciosos para distribuir a iluminação de acordo com as necessidades do ambiente.

Para o acabamento de pisos, paredes e tetos, o material utilizado deverá ser resistente, de fácil limpeza e não conter saliências que possam acumular partículas de sujeira. As paredes deverão ser constituídas de material impermeável, lavável, de cor clara

e fosca. O teto deverá possuir, preferencialmente, os cantos arredondados e superfície lisa. As janelas deverão possuir vidros tipo não estilhaçável e teladas quando não houver ar condicionado (TRONCHIN e TOMA, 2001).

A unidade neonatal deve possuir sistema de ar condicionado e permitir a circulação de ar com frequência. O sistema de ar, de forma a reduzir a corrente vinda dos corredores, deve ter uma leve pressão negativa. Este também deve possuir filtros controlados periodicamente. A temperatura do ar deve permanecer em torno de 24 a 26°C, com a umidade relativa em torno de 40 a 60%. Essas condições previnem a perda excessiva ou o aumento de calor do neonato, assegurando seu conforto. Os projetos e construções das unidades devem incluir materiais e equipamentos com capacidade de absorção acústica, evitando exceder 75dB à intensidade dos ruídos (TRONCHIN e TOMA, 2001).

ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE NEONATAL

A organização das unidades pode ser dividida em áreas de cuidados mínimos, intermediários e máximos, no sentido de atendimento das necessidades do neonato, conforme o maior ou menor grau de assistência requerido. Viegas e Moraes (apud BARDET, D'AVILA e ZELLNER, 2004) subdividem a unidade neonatal em:

- ♥ Cuidados Mínimos: destina-se aos neonatos de baixo risco, aparentemente normais, necessitando apenas de cuidados gerais. Dentre eles podemos citar os recém-nascidos com peso acima de 2500g, apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto, com icterícia não ultrapassando a zona três, ou em observação de patologias não graves.
- ♥ Cuidados Intermediários: destina-se a atender os recém-nascidos de médio risco, com melhores condições de sobrevivência, porém necessitando de cuidados e observações constantes, como prematuros, com idade gestacional de 32 semanas, peso igual ou superior a 1500g, apgar entre 4 e 6 no 5º minuto, malformados, ou que estejam em observação, em tratamento de doenças convalescentes ou de gravidade moderada, assim como recém-nascidos em fototerapia.
- ♥ Cuidados Máximos ou Intensivos: destina-se a atender os neonatos de alto risco, com perigo de vida e necessitando de cuidados altamente especializados, como

crianças com idade gestacional abaixo de 32 semanas e peso menor que 1500g, apgar menor que 3 no 5º minuto, dificuldade respiratória grave, cardiopatias congênitas, problemas neurológicos, cirúrgicos, entre outros.

A ENFERMAGEM NA UTIN

O trabalho da equipe de Enfermagem dentro de uma UTI Neonatal é um desafio constante que requer vigilância, habilidade, respeito, aprimoramento da sensibilidade, compreensão dos chamados e respostas e olhar intuitivo, pois o neonato é um ser que não se expressa verbalmente, é extremamente vulnerável e altamente dependente da equipe.

Segundo Juchem (apud MINUZZI e DIAS, 2004) assistir ao neonato em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal exige dos profissionais da saúde, o estabelecimento de um plano de ação para que o resultado dos esforços seja sempre o mais satisfatório possível. A equipe de trabalho deve interagir de tal forma que cada elemento, nas suas atribuições, possa se sentir valorizado e participante tendo centralizados todos os esforços ao bem-estar do recém-nascido.

Viegas e Fontes (apud ALMEIDA, 2006) citam que a enfermeira é responsável por promover a adaptação do recém-nascido ao meio externo (manutenção do equilíbrio térmico adequado, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo), observar o quadro clínico (monitorização de sinais vitais, emprego de procedimentos de assistência especial), fornecer alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento (quando possível aleitamento materno), realizar controle de infecção, estimular o neonato, orientar os pais, estimular visitas familiares, organizar, administrar e coordenar a assistência de Enfermagem ao recém-nascido e sua família, desenvolver atividades multidisciplinares, orientar o ensino e supervisionar os cuidados de Enfermagem prestados, entre outras atividades.

Juchem (apud MINUZZI e DIAS, 2004) diz que temos a responsabilidade de, frente às nossas limitações, criarmos condições e nos empenharmos para que este ser tão especial e frágil receba condições favoráveis em relação à qualidade de vida e tenha a oportunidade de se desenvolver harmoniosamente.

A enfermeira constitui fonte de apoio aos pais, conforme menciona Almeida (2006), e, como a ligação recém-nascido/família fica prejudicada devido à internação do neonato logo após o parto, a enfermeira deve ajudar os pais a começarem a estabelecer o vínculo com seu filho, facilitando o acesso dos pais às informações e ao contato direto com ele. Principalmente estar disposta a ouvir, orientar, compreender e aceitar dificuldades que se apresentem.

Um aspecto de grande relevância para a assistência de Enfermagem neonatal é a criação de um ambiente adequado para o tratamento do recém-nascido, diminuindo ao máximo os estímulos nocivos que promovam o desenvolvimento positivo do RN e minimize os efeitos negativos da doença, da dor e da separação dos pais, conforme mencionaremos nos textos seguintes.

CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o ser humano é considerado recém-nascido desde o nascimento até o vigésimo oitavo dia de vida.

Ramos, Corradini e Vaz (2002), procurando uma conceituação prática para o recém-nascido “normal”, definiu os seguintes parâmetros: recém-nascido de termo (com 37 a 42 semanas de idade gestacional) com boa vitalidade (apgar de 7 ou mais no 1º e 5º minuto de vida), sem sinais de desvios do crescimento intra-uterino (com peso entre os percentis 10 e 90), que esteja apresentando ou tenha exibido sinais de boa adaptação à vida extra-uterina e sem sinais de doença aguda ou crônica ou de malformações.

O nascimento de um recém-nascido geralmente é cercado de otimismo por parte dos pais e dos profissionais envolvidos neste procedimento, devendo ser oferecidas a este as condições ideais para realizar satisfatoriamente a transição da vida fetal para a vida extra-uterina.

“O recém-nascido é um ser que possui surpreendentes capacidades sensoriais e de interação com o mundo que o cerca. Por outro lado, o longo período de adaptação ao ambiente extra-uterino que necessita confere-lhe fragilidade extrema frente a situações que envolvam alteração de seus sistemas vitais ou o exponham a ambientes nocivos” (MIURA, PROCIANOY e COLS, 1997, p.105).

Segundo Bardt, D’Avila e Zellner (2004, p.26), “a criança, antes mesmo de nascer, é dotada de sentimentos, de lembranças e de consciência. E, por ser assim, tudo que lhe acontece, nos nove meses de gestação, tem uma grande importância na formação e na estrutura da personalidade”.

Para que se possa ter uma boa avaliação das condições de vitalidade de um recém-nascido, propiciando uma assistência adequada e de qualidade, possibilitando a codificação e posterior avaliação quanto ao risco de mortalidade e morbidade, é de grande importância a classificação do neonato considerando duas variáveis: peso ao nascimento e idade gestacional.

“Em anos anteriores, a experiência clínica mostrava que o peso do nascimento era um índice “razoavelmente” bom do risco a que um RN estava exposto, pois muitas crianças de baixo peso apresentavam evolução

favorável durante o período neonatal. No entanto, também era apresentado que algumas crianças, de maior tamanho, apresentavam problemas importantes de adaptação à vida extra-uterina. Por isso, nos dias atuais, desaconselha-se uma classificação baseada unicamente no parâmetro “peso”, uma vez que isto contribui para nivelar diferenças clínicas importantes entre crianças de tamanho (peso) semelhante, mas de idade gestacional diversa. Do mesmo modo, classificar os recém-nascidos utilizando-se somente o parâmetro “idade gestacional” também não é indicado, já que os tamanhos dos bebês poderão variar de acordo com uma enormidade de contextos, ainda que possuam a mesma idade gestacional. Portanto, os dois parâmetros são igualmente indispensáveis para um melhor conhecimento das condições do RN” (MONTICELLI e OLIVEIRA, 2002, p.71).

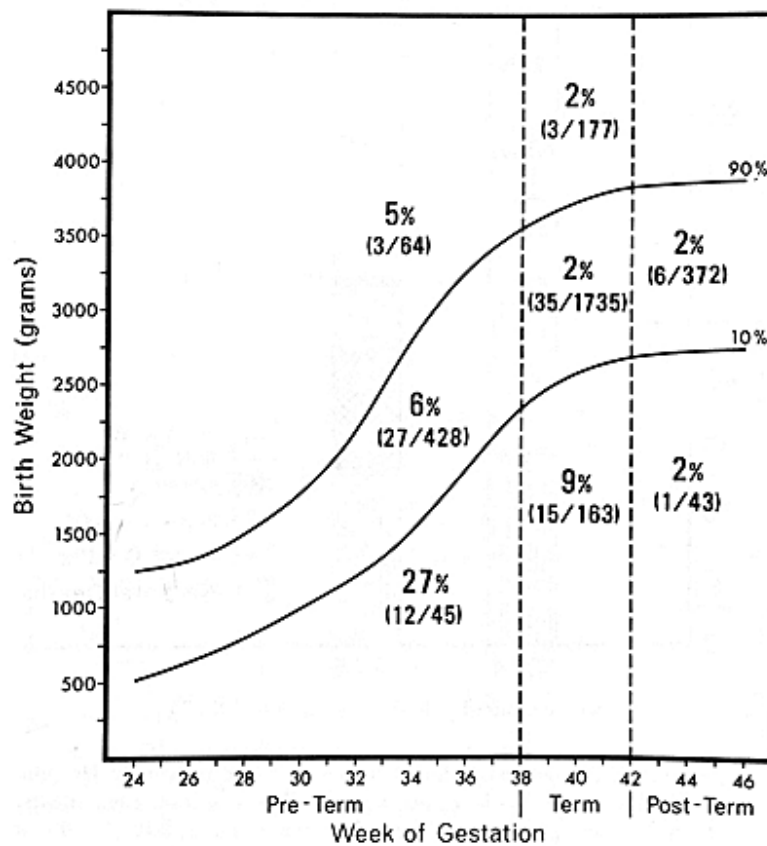
Segundo a idade gestacional, podemos classificar os recém-nascidos em Prematuro ou Pré-Termo (neonato nascido com menos de 37 semanas), a Termo (neonato nascido entre 37 a 42 semanas) e Pós-Termo (neonato nascido com mais de 42 semanas) (MIURA, PROCIANOY e COLS, 1997).

Júnior e Miura (apud Monticelli e Oliveira, 2002) referem ser a avaliação somática de Capurro o método mais utilizado para a avaliação de idade gestacional do recém-nascido, o qual contempla variáveis como: textura da pele, forma da orelha, glândula mamária, formação do mamilo e pregas plantares.

Avaliação Somática da Idade Gestacional de Capurro	
Textura da Pele	
0	Muito fina e gelatinosa
5	Fina e lisa
10	Algo mais grossa e discreta descamação superficial
15	Grossa, rugas superficiais e descamação nas mãos e nos pés
20	Grossa e apergaminhada
Forma da Orelha	
0	Chata, disforme e pavilhão não encurvado
8	Pavilhão parcialmente encurvado na borda
16	Pavilhão parcialmente encurvado em toda a parte superior
24	Pavilhão totalmente encurvado
Glândula Mamária	
0	Não palpável
5	Palpável e menos de 5mm

10	Entre 5 e 10mm
15	Maior que 10mm
Pregas Plantares	
0	Sem pregas
5	Marcas mal definidas sobre a parte anterior da planta
10	Marcas bem definidas sobre a metade anterior e sulcos no terço anterior
15	Sulcos na metade anterior da planta
20	Sulcos em mais da metade anterior da planta
Formação do Mamilo	
0	Apenas visível
5	Aréola pigmentada e diâmetro inferior a 7,5mm
10	Aréola pigmentada, pontiaguda, diâmetro inferior a 7,5mm e bordo não levantado
15	Bordo levantado e diâmetro superior a 7,5mm
Idade Gestacional = 204 (Constante K) + contagem de pontos /7	

Existe ainda a classificação proposta por Battaglia e Lubchenco, a qual utilizando uma tabela específica, interrelaciona as variáveis peso e idade gestacional, permitindo assim uma classificação completa. Ela apontará o RN como sendo PIG (pequeno para a idade gestacional), AIG (adequado para a idade gestacional) ou GIG (grande para a idade gestacional) (MONTICELLI e OLIVEIRA, 2002).



Fonte: Centro Médico da Universidade do Colorado – mod. Battaglia e Lubchenco
(apud MONTICELLI e OLIVEIRA, 2002, P.76).

A tabela permite compreender o crescimento intra-uterino em função do peso e da idade gestacional. São três as mais importantes categorias:

- ♥ PIG (pequeno para idade gestacional): abaixo do percentil 10.
- ♥ AIG (adequado para idade gestacional): entre o percentil 10 e 90.
- ♥ GIG (grande para idade gestacional): acima do percentil 90.

O RN DE ALTO RISCO

O termo recém-nascido de alto risco foi primeiramente utilizado na década de 1950, para o grupo de bebês, principalmente prematuros, com maior probabilidade de apresentar problemas neonatais imediatos e seqüelas futuras (PORTO, 2001).

Kenner (2001) define o recém-nascido de alto risco como sendo aquele que tem maior chance de morrer durante ou logo após o parto ou que tem um problema congênito ou perinatal que necessita intervenção imediata. À medida que a medicina continua a desenvolver mais tratamentos para problemas perinatais, muitos recém-nascidos de alto-risco, que no passado teriam morrido algumas horas ou dias após o nascimento, hoje sobrevivem; e muitos têm pouco ou nenhum efeito residual da crise que marcou as primeiras horas após o nascimento.

Com o nascimento, o neonato passa por uma complicada transição da vida intra-uterina para a extra-uterina. Embora a maioria dos neonatos passem por essa transição/adaptação sem dificuldade, para o RN de alto risco essas primeiras horas de vida podem representar um período precário. O reconhecimento precoce dos fatores de alto risco na história materna e dos sinais significativos no recém-nascido permite uma pronta e apropriada monitorização e terapia, com o objetivo de antecipação da prevenção ativa, evitando a instalação ou a progressão de doenças mais sérias e minimizando a morbidez e a mortalidade no RN de alto risco (D'HARLINGUE e DURAND, 1995).

Fatores que Colocam o Recém-Nascido na Condição de Alto Risco	
Condições Maternas	
I	<i>Características Individuais</i>
	A – Baixa Condição Sócio-econômica
	B – Grupos Étnicos em Desvantagens
	C – Situação Marital Irregular
	D – Idade Materna
	Primigesta Idosa (35 anos de idade)
	Grávida com 16 anos ou menos
	Grávida com 40 anos ou mais
	E – Peso Materno fora da Gravidez = 45kg ou maior que 90kg
	F – Estatura Menor que 1,57m
	G – Desnutrição Materna
II	<i>História Gravídica Pregressa</i>
	A – Grande Multiparidade
	B – Rotura Prematura de Membrana

C – Parto Prematuro (inferior a 37 semanas) ou Pós-Termo (superior a 42 semanas)
D – Hemorragia Pré-parto, Placenta Prévia ou Abrupta
E – Filho Anterior com Paralisia Cerebral, Retardo Mental, Trauma de Parto, Anomalia de SNC ou Anomalia Congênita
F – Infertilidade, Dois Abortamentos Repetidos, Perdas Fetais ou Morte Neonatal
III História Médica Passada ou Presente ou Obstétrica Adicional
A – Hipertensão ou Doença Renal, Toxemia ou as três
B – Diabetes mellitus
C – Doença Cardiovascular (Reumática, Congênita e Vascular Periférica)
D – Doença Pulmonar produzindo Hipoxemia e Hiperapnia
E – Doença da Tireóide e Paratireóide ou Endocrinopatias
F – Bacteriúria assintomática
G – Baixo estriol urinário
H – Púrpura Trombocitopênica Idiopática
I – Doenças Neoplásicas
J – Colagenoses, Tuberculose
K – Doenças Genéticas, Doenças Mentais
L – Epilepsia ou Doenças Neurológicas
M – Anemia ou Hemoglobinopatia
N – Isoimunização
O – Infecções Virais
P – Doenças Maternas: Reserpina, Lítio, Magnésio, Álcool Etílico, Drogas beta-adrenérgicas (para prevenir Parto Prematuro)
Q – Uso de Narcóticos, Barbitúricos, Tranquilizantes Psicotrópicos ou Intoxicação Alcoólica ou Drogas de Abuso
R – Psicoses Graves
Condições de Trabalho de Parto e Parto
A – Cesárea ou Fórceps Anterior
B – Trabalho de Parto Prolongado Anterior ou Atual
C – Apresentação de Nádegas ou Qualquer outra anormal
D – Prolapso de Cordão
E – Compressão do Cordão (circular, nó)
F – Hipotensão Materna
G – Drogas Sedativas ou Analgésicas ministradas:
EV dentro de uma hora do parto
IM dentro de duas horas do parto
H – Grandes Fumantes
I – Anomalias Placentárias ou Hemorragias Uterinas
Condições Fetais
A – Prematuridade
B – Nascimentos Múltiplos
C – Retardo de Crescimento Intra-uterino
D – Sofrimento Fetal Crônico e Agudo
E – Ritmo ou Frequência Cardíaca Anormal
F – Oligodramnios ou Polidramnios
G – Malformações Congênitas

Fonte: Bloom RS, 1992 (apud BARROS e TASE, 2001).

O RN de alto risco possui instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, prematuridade, asfixia perinatal, problemas durante a gravidez, necessitando de cuidados intensivos após o nascimento (TAMEZ e SILVA, 2002).

ADAPTAÇÃO DO NEONATO

Conforme Kenner (2001) imediatamente após o nascimento, o neonato precisa assumir as funções vitais realizadas pela placenta enquanto ainda estava intra-útero. O nascimento dá início então a um período crítico, chamado de *período de transição* que dura 24 horas e que engloba a adaptação do neonato da vida intra-uterina para a vida extra-uterina. Para sobreviver fora do útero, o neonato precisa atravessar com sucesso este período. As estatísticas refletem a dificuldade dessa tarefa: a mortalidade é maior durante esse período do que em qualquer outra época; 67% de todas as mortes infantis acontecem durante o período neonatal, ou seja, nos primeiros 28 dias de vida. O período de transição impõe alterações em todos os sistemas corporais e expõe o recém-nascido a uma ampla variedade de estímulos externos.

Ramos, Corradini e Vaz (2002) citam que os estímulos sobre o feto iniciados durante o trabalho de parto e capazes de gerar uma resposta significativa do Sistema Nervoso Simpático somam-se a outros estímulos recebidos ao nascimento: luz, resfriamento, estímulos sensoriais, entre outros.

Ao se tornar familiarizada com os eventos de transição normais, a enfermeira pode reconhecer sinais de uma adaptação deficiente e intervir prontamente quando eles ocorrem.

O atendimento ao recém-nascido de alto-risco deve ser de tal forma que suas funções vitais sejam preservadas. Especial atenção deve ser dispensada à manutenção da temperatura corporal e à manutenção das condições de ventilação logo que se iniciam os procedimentos de admissão. Sabe-se que o resfriamento e o superaquecimento (a instabilidade térmica) associados à hipoventilação (como consequência desta) são efeitos agravantes e interferem na dinâmica funcional do RN como um todo (MINUZZI e DIAS, 2004).

A DOR E A LINGUAGEM NÃO-VERBAL

A dor é um sintoma prevalente de enfermidades e um dos principais problemas de saúde que se tem valorizado nos últimos anos. É uma sensação subjetiva e complexa, evidenciada através de respostas fisiológicas e comportamentais, ao qual são afetadas por fatores biológicos, emocionais, intelectuais e culturais, podendo ocorrer como resultado de uma doença crônica, de transtornos físicos e psicológicos, ou ainda apresentar uma causa desconhecida. (SETZ et al, 2001)

Segundo Procianny (1994), a dor é um sintoma que deve ser manifestado pelo paciente, e como o recém-nascido não expressa as suas sensações de forma verbal, torna-se necessária habilidade especial para reconhecimento da linguagem não-verbal neonatal.

A comunicação verbal exterioriza o ser social e a não-verbal o ser psicológico, sendo uma principal função a demonstração de sentimentos. A comunicação é um instrumento essencial na atuação da enfermeira, auxiliando a ampliar sua capacidade de perceber as mensagens implícitas ou explícitas, que permeiam a relação enfermeira-paciente e são fundamentais para a assistência de Enfermagem (SILVA et al., 2000).

A comunicação não-verbal envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como os gestos, expressões faciais, orientações do corpo, as posturas, a relação de distância entre os indivíduos e organização dos objetos no espaço (SILVA et al., 2000).

“Considerando que a capacidade de ouvir e compreender o outro inclui não apenas a fala, mas também as expressões e manifestações corporais como elementos fundamentais no processo de comunicação, o estudo da linguagem corporal, assume um papel importante na decodificação das mensagens recebidas durante as interações profissionais ou pessoais” (SILVA et al., 2000, p.53).

A DOR NO RECÉM-NASCIDO

O recém-nascido na UTI Neonatal passa por diversos procedimentos e intervenções que causam dor.

“Calcula-se que cada recém-nascido internado na UTI Neonatal receba cerca de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos ao dia e que pacientes abaixo de 1000gramas sofram cerca de 500 ou mais intervenções dolorosas, ao longo de sua internação” (GUINSBURG, 1999, p. 149).

O manejo da dor no recém-nascido é um desafio e requer uma equipe bem treinada no conhecimento da fisiologia, do processo de avaliação e do manejo efetivo da dor.

O conceito de dor no recém-nascido é cercado por uma ampla variedade de mitos, que interferem diretamente na prática clínica, visto que a dor nesta faixa etária é subestimada por muitos profissionais. Conforme Guinsburg (1994), Guinsburg et al (1994) e Setz et al (2001), podemos citar alguns mitos:

- ♥ Imaturidade neurológica do recém-nascido: devido a falta de mielinização das vias transmissoras da dor, imaturidade do córtex cerebral e sua própria falta de integração com as vias transmissoras da dor.
- ♥ Falta de memória para um fenômeno doloroso anterior, o que significa ausência de efeitos adversos a médio e a longo prazos.
- ♥ Recém-nascidos apresentam facilmente adição e dependência a analgésicos opióides.
- ♥ Toxicidade dos analgésicos e anestésicos no período neonatal.
- ♥ Administração de analgésicos opióides causa facilmente depressão respiratória em crianças.
- ♥ Existe uma correta quantidade de dor para cada lesão.
- ♥ Crianças não têm o mesmo tipo de dor severa ou crônica que os adultos.
- ♥ Os profissionais de saúde não podem medir a dor nas crianças.

Deve-se levar em consideração, entretanto, que reações fisiológicas e psicológicas desencadeadas pela dor levam o ser humano a proteger-se dos estímulos nocivos, evitando

a fonte destes estímulos, e tratando os danos causados por eles ao seu organismo, cujo sinal de alerta foi justamente a dor (GUINSBURG et al, 1994).

“Nos últimos anos, avanços importantes foram obtidos na compreensão do fenômeno doloroso. Apesar disso, a dor não tem merecido a atenção devida nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. As inúmeras tecnologias de alta complexidade utilizadas nesses serviços têm imprimido uma característica ímpar na assistência aos bebês de risco, principalmente aos recém-nascidos prematuros, que são comumente expostos a múltiplos eventos estressantes ou dolorosos. Essa exposição resulta em desorganização fisiológica e comportamental” (GAÍVA e DIAS, 2002, p. 235).

Apenas recentemente os efeitos iatrogênicos resultantes dos cuidados intensivos vêm sendo considerados. Muitas pesquisas sugerem que o recém-nascido, além de experimentar a dor e o estresse, da mesma forma que crianças maiores e adultos, podem comprometer a sua condição clínica como resposta à estimulação dolorosa. Os maiores temas explanados em vários trabalhos referentes ao significado da dor no rápido desenvolvimento da criança apontam três focos principais: a plasticidade do desenvolvimento do sistema nervoso, a marcante repercussão da experiência da dor na criança e a falta de habilidade da criança em compreender a dor como os adultos o fazem (MIURA e PROCIANOY e COLS, 1997).

Após vários estudos, concluiu-se que a mielinização não é necessária para a função do nervo e a condução do impulso doloroso, já que a maior parte da sensação dolorosa se faz através de fibras amielínicas ou pouco mielinizadas. A condução lenta no recém-nascido é, realmente, devida à falta de mielina, já que esta é importante para a velocidade da transmissão da dor, porém as distâncias a serem percorridas são infinitamente menores que no adulto, não podendo isto ser relevante. Além disso, o processo de mielinização já se inicia intra-útero, propiciando que o feto tenha habilidade de sentir dor (TAMEZ e SILVA, 2002).

Os componentes neuroatômicos, fisiológicos e neuroquímicos necessários para a percepção da dor desenvolvem-se durante a gestação, mas não são totalmente organizados ao nascimento. Os primeiros nociceptores surgem ao redor da boca na 7ª semana de idade gestacional e, em todo o corpo, na 20ª semana (OKADA et al, 2001).

Para reconhecimento e compreensão do fenômeno doloroso é observado que em torno da 30ª semana fetal, já existem padrões corticais dos potenciais somato-sensoriais do córtex visual e auditivo e já estão estabelecidos padrões bem definidos de sono e vigília a partir da 28ª semana. (DRUMMOND, 2000).

FISIOLOGIA DA DOR

O sistema nervoso é composto de dois componentes funcionais: Sistema Nervoso Periférico (SNP) e Sistema Nervoso Central (SNC). É através do SNP que o estímulo da dor é percebido e captado. Os nervos sensoriais e motores da coluna espinhal conectam os tecidos e órgãos ao SNC, completando assim este sistema (TAMEZ e SILVA, 2002).

“Os receptores da dor são encontrados ao longo dos tecidos do corpo e estão divididos em algumas categorias: (1) receptores mecânicos, que captam informações táteis como pressão, toque, vibração; (2) receptores térmicos, que captam informações térmicas; (3) receptores químicos, que detectam as químicas do organismo, como olfato, paladar e alterações bioquímicas do sangue; (4) receptores eletromagnéticos, que detectam informação transmitida pela luz e pelo som; e (5) receptores da dor ou terminações nervosas livres, que detectam lesões tanto físicas como químicas e nível dos tecidos (TAMEZ e SILVA, 2002, p. 46)”.

O sinal da dor é, então, transmitido para o cérebro, onde a percepção da dor ocorre. Uma vez que a sensação atinge o cérebro, respostas emocionais podem aumentar ou diminuir a intensidade da dor percebida (TAMEZ e SILVA, 2002).

AVALIAÇÃO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

A avaliação da dor deve ser considerada o “quinto sinal vital”, dessa forma, recebendo a devida importância, assim como os demais sinais vitais, onde o paciente será avaliado com frequência e receberá intervenções apropriadas para o controle não somente dos outros sinais vitais, mas também para o controle da dor quando necessário (TAMEZ e SILVA, 2002).

Hoje se dispõe de vários indicadores fisiológicos, que podem ser usados na avaliação, quantificação e qualificação do estímulo doloroso. Essas variáveis incluem

frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e intracraniana, saturação de oxigênio, tensão transcutânea de oxigênio e de dióxido de carbono, rubor cutâneo, palidez, sudorese, midríase e alterações metabólicas, com a liberação de hormônios do crescimento, corticosteróides, aldosterona, glucagon, adrenalina, noradrenalina e diminuição da insulina. (GUINSBURG, 1999; ROCHA e CRUZ, 2004; ROSSATO, 2004).

As reações comportamentais do recém-nascido frente à dor parecem promissoras para a avaliação da dor nessa faixa etária. Alguns estudos sugerem que estas são mais consistentes e específicas que as medidas fisiológicas. As principais variáveis comportamentais analisadas no contexto da dor são o choro, padrão do sono e vigília, a atividade motora, a mímica facial de dor e a relação diáde mãe-filho (GUINSBURG, 1999; GUINSBURG et al, 1997).

O choro é considerado como o método primário de comunicação nos neonatos. No entanto, um dos problemas que mais limita o seu uso é o fato de que, na maioria dos estudos, cerca de 50% dos recém-nascidos não choram durante o procedimento doloroso. Além disso, o choro é pouco específico, pois pode ser desencadeado por outros estímulos não dolorosos, como fome e desconforto (GUINSBURG, 1999).

Para Guinsburg (apud GAÍVA e DIAS, 2002, p.237), o choro do bebê

“se caracteriza por uma fase expiratória, seguida por uma breve inspiração, um intervalo de descanso e retorna para a fase expiratória. Durante um estímulo doloroso há alterações sutis nestes padrões, e a fase expiratória se torna mais prolongada, a tonalidade fica mais aguda e a duração do choro aumenta. Essas alterações indicam que existe um choro específico de dor”.

Ao analisarmos isoladamente a atividade motora, temos um método sensível de avaliação da dor, devido ao repertório organizado de movimentos após a estimulação sensorial demonstrado pelos neonatos. Os recém-nascidos podem apresentar rigidez de tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades, o que pode caracterizar uma resposta motora à dor. Quando a atividade motora é analisada em conjunto com outras variáveis fisiológicas e comportamentais, a avaliação da dor torna-se mais segura e permite a discriminação entre a dor e outros estímulos não dolorosos (GUINSBURG, 1999).

A observação da expressão facial é um método não invasivo de avaliação de dor, sensível e útil na clínica diária. Trata-se de um método específico para avaliação da dor em recém-nascidos prematuros e a termo. Fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco

naso-labial aprofundado, boca aberta e estirada (horizontal ou vertical), língua tensa, protrusão da língua e tremor de queixo são movimentos faciais utilizados em uma das formas de avaliação da expressão facial do neonato: Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal – Neonatal Facial Coding System (NFCS) (GUINSBURG, 1999). A cada movimento facial acima citado presente no neonato atribui-se um ponto, considerando a presença de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecerem de maneira consistente, durante a avaliação da presença de dor.

Segundo Grunau e Craig (1987), em resposta à dor, 95 a 98% dos recém-nascidos a termo apresentam pelo menos as três primeiras alterações acima citadas. As mesmas características não são demonstradas quando se submete esses pacientes a um estímulo desagradável, mas não doloroso. Ou seja, a mímica facial parece se constituir em uma forma de linguagem de dor mais facilmente entendida pelo adulto.

Com o objetivo de avaliar a dor e conseguir obter o máximo de informações a respeito das respostas individuais à dor e suas interações com o ambiente, foram desenvolvidos métodos multidimensionais, ou seja, escalas para avaliação de dor. Dentre as várias escalas de dor descritas, as mais estudadas são a Escala de Avaliação de Dor – NIPS, o Perfil de Dor do Prematuro – PIPP, e o Escore para avaliação da Dor Pós Operatória do Recém-Nascido – CRIES.

A NIPS, útil para a avaliação de dor em neonatos a termo e prematuros, é composta por cinco indicadores de dor comportamentais e um fisiológico:

Escala de Dor para Recém-nascido – Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

NIPS	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	“Resmungos”	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente da basal	-
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	-
Estado de Consciência	Dormindo/Calmo	Desconfortável	-

Nessa tabela, a pontuação varia de zero a sete, definindo-se dor para valores ≥ 4 pontos. (GUINSBURG, 1999).

A PIPP foi desenvolvida especialmente para avaliar a dor aguda de recém-nascidos prematuros e a termo, diferenciando estímulos dolorosos e não dolorosos, e consta dos seguintes parâmetros:

Perfil de Dor do Prematuro – Premature Infant Pain Profile (PIPP)

	Indicadores	0	1	2	3
Observar RN por 15 seg. Anotar FC/ Sat O ₂ basais	IG (sem.)	≥ 36	32 – 356/7	28 – 316/7	< 28
	Estado de alerta	Ativo	Quieto	Ativo	Quieto
		Acordado	Acordado	Dormindo	Dormido
		Olho aberto	Olho aberto	Olho fechado	Olho fechado
Observar RN por 30 seg.	Testa franzida	Movimentos faciais +	Sem mímica facial	Movimentos faciais +	Sem mímica facial
		↑ 0 – 4 bpm	↑ 5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
		↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 – 4,9 %	↓ 5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
		Ausente	Mínimo	Moderado	Máxima
		Ausente	Mínimo	Moderado	Máxima
	Sulco naso-labial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máxima

Define-se como ausente 0 a 9% do tempo de observação com a alteração comportamental pesquisada, mínimo 10 a 39% do tempo, moderado 40 a 69% do tempo e máximo como mais de 70% do tempo de observação com a alteração facial em questão. Nessa tabela a pontuação varia de zero a 21. Escores menores ou iguais a 6 indicam ausência de dor ou dor mínima, escores superiores a 12 indicam a presença de dor moderada a intensa (GUINSBURG, 1999).

Deve-se considerar ainda o emprego do Escore para Avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido – CRIES.

Avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido – Crying, Requires O₂ for saturation above 90%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness (CRIES)

	0	1	2
Choro	Ausente	Alta tonalidade	Inconsolável
FiO ₂ para Sat O ₂ > 95%	0,21	0,21 – 0,30	> 0,30
FC e/ou PA (comparar ao pré-operatório)	Sem ↑ FC e PA	↑ até 20% FC e PA	↑ mais de 20% FC e PA
Expressão Facial	Relaxada	Careta esporádica	Contraída
Sono	Normal	Intervalos curtos	Ausente

Aplicar a cada 2 horas, nas primeiras 24h após procedimento doloroso e depois a cada 4h por pelo menos mais 48h. Quando a pontuação é ≥ 5, sugere-se a administração de medicações para o alívio da dor (GUINSBURG, 1999).

DEFESA DO NEONATO À DOR E AO ESTRESSE PROLONGADOS

Um adulto ou uma criança maior, com o objetivo de resguardar-se e proteger-se das estimulações dolorosas, usa meios como gritar e recusar-se a submeter-se a procedimentos dolorosos. Porém o recém-nascido tem outros recursos de defesa que, quando usados excessivamente, podem prejudicar seu desenvolvimento psicoafetivo, que segundo Brasil (2006) podem ser:

- ♥ Fechamento sobre si mesmo ou hibernação mental: neste caso, o neonato pode não responder facilmente a estímulos agradáveis como a voz de sua mãe, evitando abrir os olhos. O risco de retraimento excessivo devido ao sofrimento prolongado pode dificultar as interações entre o bebê e seus pais.
- ♥ Sono como uma recusa de contato: como profissionais da saúde, é importante observarmos e sabermos distinguir se o sono do bebê é em função da fadiga ou uma forma de retraimento e de recusa de contato com seu meio após um período prolongado de cuidados intensivos.
- ♥ Fixação adesiva do olhar: este se desenvolve em recém-nascidos que sofreram muito com tratamentos que necessitaram receber para sua sobrevivência, podendo ser manifestado com o olhar de modo adesivo em um reflexo sobre a incubadora, sobre um cano inoxidável ou sobre outro objeto.

Segundo Anand (2001), a exposição repetitiva à dor neonatal pode gerar profundas alterações que poderão tornar-se permanentes devido ao desenvolvimento da plasticidade do cérebro imaturo. Com isso o sistema de dor pode ser alterado, tendo seu limiar diminuído durante o desenvolvimento, o que pode aumentar a vulnerabilidade aos distúrbios de estresse e ansiedade quando adultos.

A dor repetitiva ocorre comumente em recém-nascidos, predispondo a uma cognição menor, alterada e a um dano neuronal, que pode levar a efeitos a longo prazo quanto ao desenvolvimento cognitivo e comportamental (ANAND, 2001).

MANEJO EFETIVO DA DOR

No processo do manejo efetivo da dor, deve-se incluir a prevenção e a antecipação da dor, e não só o tratamento da mesma. Considerar sempre intervenções farmacológicas nos procedimentos dolorosos, como: colocação de cateter venoso central percutâneo, cateterismo de vasos umbilicais, dissecação de veia, colocação de dreno de tórax, sondagem gástrica, pós-operatório, pacientes em ventilação mecânica, aspiração traqueal, punções arteriais, venosas e capilares, transfusões, punções lombares e suprapúbicas, além disso, colocação e retirada de coletores de urina, de eletrodos e fitas adesivas, limpeza de pele sensível, aferição de sinais vitais e fisioterapia respiratória (TAMEZ e SILVA, 2002; MIURA e PROCIANNOY e COLS, 1997).

O objetivo principal no manejo da dor no paciente neonatal é a utilização de intervenções que venham minimizar a intensidade e a duração da dor, ajudando o paciente a recuperar-se prontamente dessa experiência estressante. Podem ser utilizadas intervenções não-farmacológicas ou farmacológicas de acordo com a circunstância (TAMEZ e SILVA, 2002).

INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS

As intervenções não-farmacológicas têm como finalidade prevenir ou reduzir a intensidade de um processo doloroso leve, nos casos de dor moderada a severa, bem como, nos procedimentos dolorosos já citados deverão ser adicionadas às intervenções farmacológicas (TAMEZ e SILVA, 2002). Deve-se diminuir a estimulação ambiental, como iluminação, níveis de barulho, e usar mínimo toque, reduzindo o manuseio do recém-nascido. Quando tolerado, pode-se fazer mudança de decúbito, enrolando o neonato em cobertas, mantendo as extremidades flexionadas. Pode-se também utilizar a sucção não-nutritiva, oferecendo ao RN para sugar o dedo mínimo envolto por uma luva de procedimento, durante e após procedimentos dolorosos, o que acaba minimizando a intensidade e a duração da dor.

Os efeitos de luzes contínuas sobre o neonato têm preocupado muitos pesquisadores, pois podem causar efeitos fisiológicos e bioquímicos, além de interferir no

desenvolvimento do ritmo do padrão dia e noite, muito importante no desenvolvimento futuro do paciente. Teme-se ainda que o padrão de iluminação fluorescente possa afetar o desenvolvimento normal da retina nos prematuros, aumentando os riscos de retinopatia da prematuridade, podendo levar até à cegueira (TAMEZ e SILVA, 2002).

Nos recém-nascidos, os receptores sensoriais são extremamente sensíveis ao ambiente, sendo que a poluição sonora intensa encontrada constantemente na UTIN acaba sendo um problema bastante relevante. O ruído gerado pela circulação de pessoas na unidade, pelos equipamentos de suporte à vida, como respiradores mecânicos, berços aquecidos, aparelhos de fototerapia, bombas de infusão, monitores cardiorespiratórios e de temperatura cutânea, incubadoras, pelas vozes, alarmes, rádios, predispõe o neonato aos danos auditivos e às alterações fisiológicas e comportamentais (RODARTE et al, 2005).

Segundo Rodarte et al (2005, p.80), existem algumas respostas fisiológicas e comportamentais do RN específicas ao ruído, como

“hipóxia; aumento da pressão intracraniana e da pressão sangüínea; apnéia; bradicardia; apagamento comportamental ou isolamento da interação social; alteração do estado de sono e repouso, levando à fadiga, agitação, irritabilidade e choro; aumento do consumo de oxigênio e da frequência cardíaca, resultando no aumento do consumo calórico e conseqüentemente, ganho de peso lento. Além disso, os níveis de ruído podem induzir a uma redução global na resposta auditiva e no desenvolvimento.”

Dentro da incubadora, o neonato busca sempre um limite, na tentativa de maximizar o contato com superfícies firmes, assim como dentro do útero materno. Isso irá implicar em gasto de energia desnecessária, além da desorganização corporal gerada.

“Devemos fornecer contenção adequada para o corpo todo: cabeça, tronco, quadril e membros inferiores; superfície de contato ventral (tórax e abdome). Igualmente, permitir exploração manual da face e da boca, da mão com a mão e com o corpo” (BRASIL, 2006, p.120).

Como preconiza Brasil (2006), no intuito de facilitar o ambiente tátil, podemos utilizar rolinhos de tecido apropriados formando um “ninho”, o qual fornecerá limites e suporte para o corpo do neonato. Roupinhas e até enrolamento do bebê mantendo as mãos próximas à face e os membros em flexão também podem ser usadas.

O uso de carícias suaves anteriores ao estímulo doloroso intensificam a resposta dolorosa e aumentam o nível de inquietude do bebê. O toque muito leve deve ser evitado, pois este muitas vezes pode provocar uma estimulação negativa ao recém-nascido. Por isso, a contenção manual que devemos utilizar deve consistir na colocação das mãos paradas, sem pressão excessiva e de forma elástica, cedendo aos movimentos e retornando, com o objetivo de conter a cabeça, as nádegas e/ou os membros (BRASIL, 2006).

A sucção não nutritiva em neonatos parece ser de grande utilidade na organização neurológica e emocional deste após o estímulo agressor, embora se constitua apenas em uma medida coadjuvante para o tratamento da dor, não tendo propriedades analgésicas intrínsecas (GUINSBURG, 1999).

Além do uso do dedo de luva na sucção não nutritiva, em algumas situações especiais a chupeta pode ser prescrita pelo médico, enfermeira, fisioterapeuta ou fonoaudiólogo, conforme Brasil (2006), como por exemplo:

- ♥ Patologias ou situações que impeçam o RN de sugar ao seio (respirador, baixo peso, enterocolite necrozante e extrema prematuridade).
- ♥ Procedimentos invasivos e dolorosos.
- ♥ Ausência materna por período prolongado ou abandono.

No entanto, ressaltamos que não há necessidade da chupeta em todas as situações para estimular a sucção. O uso da chupeta nessas citações acima mencionadas deve ser visto como uma exceção de uso temporário, o qual irá exigir acompanhamento de um profissional habilitado na prevenção de disfunções motoras-orais decorrentes de seu uso indiscriminado (BRASIL, 2006).

O uso de substâncias adocicadas para o manejo de procedimentos dolorosos, especialmente a glicose e/ou sacarose, tem sido muito recomendado e estudado. Durante a coleta de sangue, a solução glicosada, utilizada de forma analgésica, diminui o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, comparada à água destilada e à própria sucção não nutritiva. A sacarose, inclusive, associada à sucção não-nutritiva apresenta um maior efeito analgésico em comparação ao uso de água estéril e água estéril associada à sucção não nutritiva. Outras intervenções não-farmacológicas, como leite materno via sonda nasogástrica, sucção não-nutritiva e colo, “apresentam efeito sinérgico aos efeitos

analgésicos da solução de sacarose quando administrados de maneira combinada” (GASPARDO, LINHARES e MARTINEZ, 2005, p.441).

A solução de sacarose deve ser administrada ao lado, no canto da boca do neonato, evitando uma possível aspiração, sendo que é recomendado administrar na parte anterior da língua, onde se concentram as papilas gustativas responsáveis pela identificação do gosto doce (GASPARDO, LINHARES e MARTINEZ, 2005).

Além destas, existem outras medidas que também podem ser adotadas. As coletas de sangue podem ser agrupadas, a fim de se evitar múltiplas punções arteriais, venosas e capilares. O uso de cateteres deve ser estimulado, de maneira a facilitar a coleta indolor de amostras de sangue. É importante também minimizar a quantidade de esparadrapo e outras fitas adesivas, colocada no neonato para fixação dos acessos venosos, arteriais, da cânula traqueal e de drenos torácicos, entre outros (GUINSBURG, 1999).

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

“O uso de analgésicos deve ser considerado em todos aqueles recém-nascidos portadores de doenças potencialmente dolorosas e/ou submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não” (GUINSBURG, 1999, p.152).

Os agentes farmacológicos analgésicos devem ser administrados mesmo antes de se apresentarem sinais de alterações fisiológicas e de comportamento associados com o processo da dor, como nos casos de procedimentos dolorosos e no período pós-operatório imediato (TAMEZ e SILVA, 2002).

O analgésico não-opiídeo mais utilizado é o Paracetamol, pois este é o único medicamento desse grupo seguro para o uso neonatal. O início da ação analgésica é lento, durante cerca de uma hora, o que o faz ser pouco efetivo em processos dolorosos intensos. Possui como vantagens: pouca hepatotoxicidade nessa faixa etária, não interfere na agregação plaquetária e nem induz à gastrite. A Dipirona não deve ser utilizada no período neonatal devido a inexistência de estudos farmacológicos e clínicos a respeito desse medicamento em crianças com idade inferior a seis anos (GUINSBURG, 1999; GUINSBURG, 2000b).

Os analgésicos opióides têm ação em receptores no SNC, medula e receptores periféricos. Os mais utilizados nesse tipo de intervenção são a Morfina e o Fentanil. A Morfina constitui-se um potente analgésico e um bom sedativo. Possui meia-vida de três a quatro horas e efeitos colaterais como depressão respiratória (que pode ser revertida com Naloxone), hipotensão (por liberação de histamina à vasodilatação), broncoespasmo (principalmente em RN com displasia broncopulmonar), espasmo do esfíncter de Oddi. O Fentanil é um opióide cem vezes mais potente que a Morfina, usado com frequência em anestesia do RN. Possui meia-vida de 30-45 minutos e efeitos colaterais como rigidez torácica e de glote, depressão respiratória grave, especialmente se administrado rapidamente (pode ser administrado Naloxone para reversão); pode ocorrer broncoespasmo, hipotensão, bradicardia e assistolia por efeito vagotrópico, que pode ser revertido com atropina. A Meperidina não se constitui num opióide de escolha no período neonatal, devido aos vários efeitos cardiovasculares que provoca (TAMEZ e SILVA, 2002; GUINSBURG, 2000b).

Os sedativos são agentes farmacológicos

“que diminuem a atividade, ansiedade e agitação do paciente, podendo levar à amnésia de eventos dolorosos ou não dolorosos, mas não reduzem a dor. Tais medicamentos são indicados quando houver necessidade de acalmar o paciente, diminuir sua movimentação espontânea e induzir o sono” (GUINSBURG, 1999, p.156).

Constituem-se elementos desse grupo os Barbitúricos, o Hidrato de Cloral e os Benzodiazepínicos (Diazepam, Midazolam e Lorazepam).

Os Barbitúricos são comumente utilizados como anticonvulsivantes nos neonatos, mas também produzem ação sedativa de curta duração. Seus efeitos colaterais como sedativo ainda são pouco conhecidos. São subdivididos em Barbitúricos de ação curta (Tiopental) usados principalmente para anestesia geral, de ação intermediária (Pentobarbital) para produzir imobilidade e de ação prolongada (Fenobarbital) como anticonvulsivante que apresenta um leve efeito sedativo (TAMEZ e SILVA, 2002; GUINSBURG, 2000b).

O Hidrato de Cloral é um sedativo-hipnótico recomendado quando existe necessidade de sedação por um curto período. Não possui ação analgésica, podendo haver,

em caso de dor, um aumento da agitação e hiperexcitabilidade quando administrado. Seus metabólitos acumulados em recém-nascidos podem desencadear acidose metabólica e hiperbilirrubinemia direta e indireta, além do Hidrato de Cloral causar irritação gástrica e depressão residual do sistema nervoso, levando a sonolência prolongada, depressão respiratória, depressão miocárdica, arritmia cardíaca, e potencial carcinogênico com uso prolongado (TAMEZ e SILVA, 2002; GUINSBURG, 2000b).

Os Benzodiazepínicos, muito utilizados em UTI Neonatal como sedativos, atuam como ansiolíticos, hipnóticos, relaxantes musculares e indutores de amnésia, não possuindo atividade analgésica. O Diazepam é um potente sedativo e ansiolítico, com ação anticonvulsivante, com meia-vida de 18 horas. Leva rapidamente a tolerância do seu efeito sedativo, e após doses repetidas, deprime o sistema cardiovascular e respiratório, além de interferir na ligação bilirrubina-albumina livre circulante, sendo utilizado, dessa forma, raramente na UTIN. O Midazolam é um sedativo hipnótico potente, por ser altamente solúvel em lipídios, entrando no cérebro rapidamente, resultando em ação imediata. Possui meia-vida de 2 horas. Os cuidados durante sua administração incluem o aparecimento de depressão respiratória e hipotensão, diminuição do fluxo cerebral, convulsões durante infusões rápidas de doses muito elevadas e dependência física após 48 horas de uso. O Lorazepam é um anticonvulsivante, que possui um bom efeito sedativo e hipnótico. Seus efeitos farmacológicos duram em geral de três a quatro horas, podendo se prolongar até 24 horas. Pode acarretar em depressão respiratória, obstrução das vias aéreas e hipotensão. O Flumazenil é um antagonista puro dos benzodiazepínicos, sendo administrado em casos de depressão respiratória, hipotensão e até o coma, mas seu uso pode desencadear convulsões em neonatos que recebem diazepínicos para o controle de convulsões (TAMEZ e SILVA, 2002; GUINSBURG, 2000b).

A falta de conhecimento a respeito das indicações para uso de analgésicos e de seus efeitos colaterais na faixa etária neonatal contribui para a dificuldade de um tratamento adequado para a dor na UTIN (PRESTES et al, 2005). Entretanto, não existem indicações absolutas para o uso de analgesia para o período neonatal. A decisão referente ao alívio da dor deve ser individualizada, porém não esquecida.

Um outro recurso que pode ser utilizado também para a minimização da dor durante o procedimento doloroso ou de estresse é a anestesia tópica. Dentre os anestésicos locais

existentes, a mistura eutética de Prilocaína e Lidocaína pode produzir anestesia em pele intacta, porém deve-se esperar 60 a 90 minutos após a sua aplicação e possui como desvantagens a vasoconstrição e o risco para meta-hemoglobinemia. A Lidocaína em infiltração local pode ser utilizada em neonatos submetidos a punção liquórica, inserção de cateteres e drenagem torácica. Possui início de ação quase que imediato, e duração entre 30 e 60 minutos. Pode ser utilizada por via endotraqueal para diminuir o reflexo da tosse, resposta vagal e broncoespasmo durante procedimentos. Quando administrada EV inadvertidamente ou em altas doses pode ocasionar depressão miocárdica, arritmias cardíacas, letargia e convulsões (GUINSBURG, 1999; STAPE, LAURENTI e PRESTES, 2005).

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fomentar a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, valorizar os profissionais de saúde e democratizar as relações de trabalho (OLIVEIRA, COLET e VIERA, 2006).

Rolim e Cardoso (2006) comentam que humanizar é adotar uma prática em que ambos, profissional e paciente, são considerados em seus aspectos físicos, sociais e subjetivos. A humanização irá prever um encontro entre a pessoa doente e a equipe de enfermagem em que a condição essencial é a vontade de encontrar e de ser encontrado. O encontro pressupõe olhar, escuta, contato claro, aberto e amoroso. Já Collet e Rozendo, 2003 (apud OLIVEIRA, COLET e VIERA, 2006), comentam que humanizar é garantir à palavra e sua dignidade ética. Sendo assim, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro, palavras de seu reconhecimento.

“No dia a dia de uma UTI muitas vezes é difícil garantir a humanização do atendimento ao paciente e a seus familiares”, comentam Lamy, Gomes e Carvalho (1997 p. 293). A pesada rotina de trabalho, a desgastante função de lidar com pacientes graves pode fazer com que os profissionais que atuam nesse espaço, consciente ou não, banalizem a dor ou se mostrem indiferentes a ela. E, muitas vezes, estas são as formas encontradas para lidar com esta situação estressante.

Lamego, Deslandes e Moreira (2005, p. 670) citam que a humanização do cuidado neonatal

“preconiza várias ações propostas pelo Ministério da Saúde, baseando-se nas adaptações brasileiras ao Método Canguru para recém-nascidos de baixo peso. Estas são voltadas para o respeito às individualidades, à

garantia de tecnologia que permita a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família, com ênfase no cuidado voltado para o desenvolvimento e psiquismo, buscando facilitar o vínculo mãe-bebê durante a sua permanência no hospital e após a alta.”

O cuidado humanizado é a essência da Enfermagem. Ele prevê o encontro entre o profissional e o RN em que a condição essencial é a vontade de encontrar e de ser encontrado. Como o próprio termo revela, o cuidado se dará através da relação com o outro ser humano, baseados no respeito das próprias individualidades.

Humanizar é preciso, visto que a valorização indiscriminada dos aspectos tecnológicos, não levando em consideração a subjetividade, a solidariedade, o toque e a interação humana, pode resultar numa assistência centrada nas máquinas, na doença e não no ser humano.

GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2004, criou a Cartilha da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Esta tinha como idéia promover melhorias na Rede Pública de Saúde, através da avaliação e posteriores mudanças nas instituições que necessitassem. Esta cartilha classifica as instituições em dois parâmetros, denominados níveis (A e B), para que seja feita a adesão à Política Nacional de Humanização (PNH).

Segundo informações colhidas no site do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) (<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/GTH/Principal.htm>. Acessado em 25/09/2006) após algumas ações, o HIJG está apto a atuar no nível A, que é o mais elevado. Através do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), sob a coordenação da Enfª Clarice Raquel Sielski e da coordenadora do Serviço de Atenção Hospitalar Humanizada, Drª Leonice Teresinha Tobias, serviços do nível A (do HumanizaSUS) como Ouvidoria e Visita Aberta já estão em pleno funcionamento.

O Hospital Infantil como integrante da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, criou o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do HIJG. E este grupo, conforme o site é formado por profissionais de diversas áreas que se reúnem uma vez por semana, procurando empreender uma política

institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde. Também realizam reuniões temáticas e administrativas mensalmente.

Cita o site do hospital (HIJG) que

“A humanização hospitalar no HIJG existe desde 1975, porém, somente foi instituído como serviço, em organograma, em fevereiro de 2003. Este serviço é constituído de uma coordenação e eixos de apoio ao funcionário, aos acompanhantes, à pesquisa, à docência, comunitário e grupo de humanização hospitalar, conforme o Regimento Interno”

O Grupo de Trabalho de Humanização é constituído por: um médico, uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga, um escrivão, quatro bolsistas, equipe interdisciplinar de assistência e Associação dos Voluntários da Saúde. O grupo conta ainda com uma sala ampla, com conforto térmico, telefone, computador com acesso à Internet, impressora, scanner e mobília de escritório.

O principal objetivo do GTH, conforme o site é favorecer o acolhimento do usuário hospitalizado, bem como desenvolver programas de educação permanente para os funcionários.

O site ainda traz algumas das atividades desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho de Humanização do HIJG.

- ♥ Sensibilização da nova Direção;
- ♥ Diagnóstico Situacional;
- ♥ Diagnóstico Situacional dos Funcionários;
- ♥ Diagnóstico Situacional dos Clientes e Acompanhantes;
- ♥ Reformulação do Estatuto Social e da Portaria de Homologação do GTH com a criação e eleição de cargos de Coordenação e Conselho Fiscal;
- ♥ Criação do Serviço de Humanização diretamente ligado à Direção do HIJG, composto pelo Núcleo de Apoio ao Funcionário e Núcleo de Apoio à Família;
- ♥ Sensibilização das Chefias de todo o Hospital através de Oficinas de Trabalho, devendo se estender para todos os funcionários da entidade;
- ♥ Elaboração de um trem onde a locomotiva representa a Direção do Hospital Infantil e os vagões os setores, firmando um compromisso de trabalho humanizado;
- ♥ Página da Humanização do HIJG;

- ♥ Reuniões do Grupo: uma vez por semana, desde junho/2002;
- ♥ Avanço: até o 4º passo (Elaboração e Implantação de Plano Operacional de Ação de Humanização);
- ♥ Portaria de Homologação: implantação de Portaria homologando a existência do Grupo, composto por 25 membros efetivos.

O grupo ainda conta com um Estatuto constituído por oito capítulos:

- ♥ Capítulo I - Denominação, Foro e Duração;
- ♥ Capítulo II - Do Quadro Social;
- ♥ Capítulo III - do Grupo e sua Finalidade;
- ♥ Capítulo IV - da Estrutura Administrativa do Grupo;
- ♥ Capítulo V - do Conselho Fiscal;
- ♥ Capítulo VI - da Coordenação Executiva;
- ♥ Capítulo VII - da Coordenação Técnica;
- ♥ Capítulo VIII- das Disposições Gerais e Transitórias

O Capítulo III, artigo 11, dispõe sobre as finalidades do grupo, que são:

- “♥ Possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica no HIJG
- ♥ Melhorar a qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários internos e externos do Hospital
- ♥ Estimular a capacitação continuada dos profissionais do Hospital para o novo conceito de atenção à saúde, que valoriza não só a integralidade dos processos como também as crenças e o estilo de vida do cliente e sua família, a subjetividade e a cidadania
- ♥ Estimular e propor a realização de parcerias éticas e intercâmbio de conhecimentos, experiências e pesquisas em humanização já existentes
- ♥ Implantar e implementar novas iniciativas de humanização que beneficiem os profissionais de saúde, os clientes, seus familiares e a comunidade como um todo.”

O Grupo de Trabalho de Humanização do HIJG possui várias ações e programas que estão sendo implantados, conforme o site do hospital:

- ♥ Política HumanizaSUS - As ações desta política vêm sendo operacionalizadas no HIJG a partir de fevereiro de 2004.

- ♥ Visita Aberta - é um direito que todo paciente tem de receber visitas das pessoas de vínculo afetivo, durante qualquer período do dia. A Visita Aberta está sendo implantada das 9 às 21:30 horas.
- ♥ Escuta Hospitalar - é realizada por uma equipe composta de médico, psicóloga, voluntária e estagiária de psicologia. O grupo ouve todos os setores do hospital mensalmente, visando a humanização do sistema de gestão.
- ♥ Programa de Ouvidoria - é responsável por coletar opiniões de pacientes, família e funcionários, contribuindo para o melhoramento da humanização do hospital. Funciona na sala do Serviço de Humanização, das 8 às 17 horas, e 24 horas nas portarias do hospital e urna.
- ♥ Programa de inclusão social para crianças, adolescentes, familiares e equipe.
- ♥ Programa pais e acompanhantes – o objetivo é atender os direitos e deveres dos pais ou responsáveis de crianças ou adolescentes hospitalizados.
- ♥ Programa de apoio ao funcionário - desenvolve ações de educação permanente para funcionários.
- ♥ Programa de pesquisa sobre humanização hospitalar.
- ♥ Programa de humanização com interação comunitária.
- ♥ Programa de humanização na docência - é um programa de humanização hospitalar desenvolvido com alunos da 2ª a 5ª fases do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.
- ♥ Programa Classe Hospitalar - o objetivo de oferecer atendimento educacional e propiciando a continuidade da escolaridade formal, enquanto a criança permanece internada.
- ♥ Programa de decoração sazonal interativa - é um programa realizado pelos voluntários da saúde, adequando o ambiente hospitalar aos folguedos, festas e eventos populares.
- ♥ Programa de festas e recreação hospitalar.
- ♥ Programa casa de apoio - visa oferecer albergue para os familiares das crianças e adolescentes hospitalizados.
- ♥ Programa de apoio financeiro comunitário.
- ♥ Programa de apoio espiritual.

- ♥ Ação de sensibilização para humanização hospitalar.
- ♥ Ação artística e esportiva - consiste na visita sistemática de ídolos para as crianças, adolescentes, familiares hospitalizados e equipe de saúde.
- ♥ Ação espaço cultural - é uma ação realizada continuamente no *hall* do hospital, desenvolvendo as mais diversas expressões artísticas.

Os Programas acima citados diminuíram e administraram a ocorrência de conflitos entre famílias, clientes e equipe de saúde, evitaram o absenteísmo escolar, resgataram a cidadania de funcionários e acompanhantes, diminuíram a taxa de hospitalização, atenderam necessidades especiais da clientela hospitalar e tempo de permanência e geraram formas alternativas de custeio.

METODOLOGIA

DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Para o desenvolvimento da prática assistencial, optamos pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), localizado na rua Rui Barbosa, 152, bairro Agronômica, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

Segundo informações colhidas no site do hospital (<http://www.saude.sc.gov.br/hijg> Acesso em 25/08/2006), entre 1939 e 1962 chegaram a Santa Catarina vários pediatras com o objetivo de fundar e organizar a pediatria catarinense. Na evolução, um grupo de pediatras fundou em Florianópolis, o Hospital Infantil Edith Gama Ramos, porém em 13 de março de 1979, Ano Internacional da Criança, surge o Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG em substituição ao Hospital Edith Gama Ramos.

O HIJG, cuja construção teve início em abril de 1977, deve seu nome a uma homenagem à Beata Joana de Gusmão que se dedicou à construção de capelas e atendimentos a crianças. Esta nasceu no ano de 1688 em Santos, São Paulo, vivendo um período de sua vida em Santa Catarina, nas proximidades da Lagoa da Conceição.

É missão do HIJG, segundo o site do hospital, *“Prestar, de acordo com princípios éticos e humanizados, atendimento preventivo, curativo e social a crianças e adolescentes, bem como formar e capacitar recursos humanos e incentivar a pesquisa clínica”*. Tendo como visão *“Permanecer como centro de excelência e de referência para o Estado de Santa Catarina”*.

Ainda conforme o site do hospital, o HIJG apresenta como filosofia de enfermagem

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

O HIJG possui uma área de 22.000 m² e é dividido em unidades de internação como: A (Adolescente e Apartamento), B, C, D, E, HDC, Berçário, Emergência Interna e Externa, Centro Cirúrgico, Ambulatório, Isolamento, Oncologia, Queimados, UTI Geral e UTI Neonatal.

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

Conforme informação encontrada no site do hospital, o HIJG atua como pólo de referência Estadual para as patologias de baixa, média e alta complexidade, sendo: 68,83% pacientes oriundos de Florianópolis e da Grande Florianópolis (São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz) e 31,17% de outros municípios do Estado de Santa Catarina. Até junho de 2005, teve 4.066 internações, 32.762 consultas ambulatoriais e 48.874 atendimentos emergenciais.

Atualmente conta com 138 leitos ativos e 856 funcionários, sendo que fazem parte da gerência de enfermagem 34 enfermeiros, 65 técnicos de enfermagem, 189 auxiliares de enfermagem e 35 auxiliares de serviços hospitalares assistenciais.

Segundo o site do hospital à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal compete: Prestar assistência ao paciente de alto risco em todas as especialidades médicas, na faixa etária de 0 a 28 dias; Servir de campo para ensino e pesquisa.

No que diz respeito a UTIN, ela é dividida em 7 ambientes: a recepção, a unidade propriamente dita com quatro leitos, o isolamento com mais um leito, o expurgo, o estar médico, o estar da Enfermagem e a copa (Apêndice I).

De acordo com a enfermeira da unidade, a equipe de enfermagem é composta por duas enfermeiras em turno de 6 horas diárias (no período noturno a enfermeira responsável pela UTI geral encarrega-se também em supervisionar a UTI Neonatal); 18 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, realizando três plantões de 12/48h. Além destes, a equipe conta ainda com um escriturário e um auxiliar de limpeza. Participam da equipe interdisciplinar dez plantonistas, onde a cada turno de 4h diárias estão presentes dois plantonistas, sendo que no período noturno e finais de semana o turno é das 20 às 8h com apenas um

plantonista. Além destes, a equipe também conta com um assistente social, um fisioterapeuta e uma fonoaudióloga quando necessário.

Para as mães está disponível um albergue próximo ao Hospital Nereu Ramos, sendo que os pais também podem ficar alojados neste albergue. Cabe lembrar que o acesso dos pais a UTIN está liberado nas 24h do dia, porém devido ao fechamento do Albergue às 22 horas os pais acabam não tendo este direito correspondido. As demais visitas são permitidas no horário das 15:30 às 17 horas. Normalmente as mães não participam dos cuidados ao seu bebê.

POPULAÇÃO ALVO

Nesta prática assistencial tivemos como população alvo os recém-nascidos de alto risco internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), bem como suas famílias e a equipe de Enfermagem.

Para a seleção, estabelecemos como critérios: o recém-nascido de alto risco internado em UTIN, no HIJG, e que a família aceitasse participar do estudo, bem como os membros da equipe de Enfermagem que aceitassem participar do estudo. A estimativa numérica de participação foi de no mínimo quatro recém-nascidos e seus familiares para aplicação do processo de Enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para desenvolver um cuidado humanizado colocando em prática a sensibilidade e os conhecimentos acerca do recém-nascido de alto risco, necessitamos de uma sistematização da assistência, que se deu através do uso de uma metodologia específica.

Segundo Praeger e Hogarth (1993, p.246), “a Enfermagem, sua prática e teoria, não seria completa sem uma metodologia. Essa metodologia é apresentada como enfermagem fenomenológica”.

No processo de Enfermagem existirá um problema de Enfermagem onde ambos, enfermeira e paciente resolverão juntos. Sua avaliação irá incluir a coleta de dados subjetivos e objetivos sobre o indivíduo, que serão obtidos através de observação, interação e outras fontes. Já na Enfermagem fenomenológica, irá requerer a percepção da necessidade

de saúde por qualquer pessoa envolvida na interação com o profissional de saúde. Sua coleta de dados subjetivos e objetivos será mais ampla em seu alcance do que tradicionalmente (OLIVEIRA, 2003).

“A Enfermagem fenomenológica é uma metodologia subjetiva-objetiva e analítica-intuitiva, pois o conhecimento subjetivo ou a experiência pessoal do fenômeno requer uma análise rigorosa... da qual emana a descrição do fenômeno. Especificando mais, o método acarreta uma compreensão intuitiva, um exame analítico, uma síntese e uma descrição, mas essas etapas não ocorrem como se fossem passos distintos... algumas parecem ocorrer de forma simultânea ou em oscilação” (OLIVEIRA, 2003, p. 25).

Há cinco etapas metodológicas do processo de Enfermagem nessa abordagem fenomenológica, descritas por Paterson e Zderad, segundo Praeger e Hogarth (1993):

♥ **Preparação da capacidade de conhecer da enfermeira para o vir a conhecer.** A enfermeira deve estar sempre aberta e interessada, nisto inclui aprender a correr riscos, estar aberta a experiências, à visão que outras pessoas têm do mundo e à percepção do outro. Estudos das humanidades, onde visões diferentes da natureza do ser são expressas ajudarão a capacitar as enfermeiras para tal. Experiências individuais, seja como pessoa ou como enfermeira, devem ser levadas em conta por serem válidas e importantes. O desenvolvimento da autopercepção torna-se importante para que a Enfermeira possa encontrar os outros no diálogo.

♥ **A enfermeira conhece o outro de modo intuitivo.** Essa fase requer entrar no ritmo da experiência do outro, resultando num conhecimento especial do outro. O conhecimento intuitivo supõe a relação Eu-Tu. É sugerido por Paterson e Zderad que se vá à situação de Enfermagem sem qualquer preconceito, evitando expectativas, rótulos e julgamentos. Nesse intuito, é importante conhecermos os preconceitos próprios conscientizando-nos das nossas tendências filosóficas e teóricas. Para que isso ocorra, é necessário um esforço consciente por parte da autopercepção da enfermeira. Deste modo, as enfermeiras serão mais capazes de captar, de modo intuitivo, os pequenos detalhes envolvidos na relação humana.

♥ **A enfermeira conhece cientificamente o outro.** Essa fase tem o objetivo de utilizar os fenômenos reconhecidos intuitivamente e encará-los, meditar sobre eles, analisá-los, compará-los, interpretá-los, dar um nome a eles e caracterizá-los.

♥ **A enfermeira, de modo complementar, sintetiza os outros que conhece.** No intuito de ampliar a compreensão da Enfermagem, essa fase envolverá relacionar, comparar e contrastar aquilo que ocorre nas situações de Enfermagem. Neste momento, a enfermeira usa, além da experiência profissional, os ricos fundamentos teóricos de educação e de prática para dar perspectiva à situação clínica.

♥ **A seqüência, no íntimo da enfermeira, dos vários ao único paradoxal.** Nesse momento ocorre a visão articulada da experiência passando a ser expressa num todo coerente, isto é, o processo de refinamento do que foi anteriormente captado, formando assim uma nova hipótese. A enfermeira começa por uma noção geral, que foi intuitivamente captada, depois ela a estuda, compara, contrasta e sintetiza chegando a uma verdade que, embora tenha um significado geral, é singularmente pessoal.

Neste trabalho, utilizamos o processo de Enfermagem segundo o modelo adaptado por Oliveira (2003), que estabelece três fases:

♥ **Primeira fase: O diálogo intuitivo.** Neste momento dá-se enfoque a linguagem dos sentidos como ver, ouvir e sentir o outro, estabelecendo uma interação EU-TU empática, buscando cuidar e ser cuidado com amor. Exige sensibilidade, concentração e reciprocidade, onde a enfermeira deve manter-se aberta às experiências do outro. O encontro não pode ser conduzido ou forçado, ele deve ocorrer naturalmente, e ambos, EU e TU precisam mostrar-se disponíveis. Nessa primeira fase nosso cuidado esteve centrado na observação intuitiva dos chamados e respostas do neonato internado, sua família e equipe interdisciplinar. Fizemos uso de um diário de campo, em que registramos todas as nossas observações, sentimentos, inquietações e percepções que surgiram na relação dialógica. Na busca

do auto conhecimento, tendo em vista que para vivenciar o intuitivo, faz-se necessário concentração, sensibilidade e reciprocidade, indo além de procedimentos rotineiros, procuramos fazer leituras de livros e assistir filmes que nos despertassem para tal. Lemos os livros: “Quem Mexeu no Meu Queijo?”, do autor Spencer Jonhson; “O Amor é o Caminho”, da autora Maria Julia Paes da Silva; “Amando uns aos Outros - O Desafio das Relações Humanas”, do autor Leo Buscaglia; “Ame-se e Cure sua Vida: e Exercícios de Auto-ajuda para sua Mudança Interior”, da autora Louise L. Hay. E assistimos aos filmes: Patch Adams - O Amor é Contagioso e Corrente do bem. Consideramos ser muito importante estar desprovidas de preconceitos, evitando expectativas, julgamentos ou rótulos.

♥ **Segunda fase: O diálogo científico.** Conhecimento científico é constituído por uma série de experiências, informações e conhecimentos que ao serem aliados ao conhecimento intuitivo, ampliam e influenciam o saber na prática de enfermagem, dando base para o questionamento profissional e pessoal. Para Paterson e Zderad (apud OLIVEIRA, 2003), ele é vivenciado na relação EU-ISSO onde o conhecimento do sujeito pode ser obtido através da coleta de dados em prontuários ou informantes. É caracterizado como um momento de reflexão, análise, comparação, interpretação e categorização. Na segunda fase, através de forma narrativa, os registros foram feitos no diário de campo, tendo o exame físico (Apêndice II), dados da história clínica e de Enfermagem, assim como exames laboratoriais como auxílio neste diálogo científico. Foram pré-elaborados roteiros de entrevista semi-estruturada (Apêndice III e IV) que foram posteriormente aplicados aos familiares do RN e à equipe de Enfermagem, através de gravações e posterior transcrição, autorizadas pela assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndices V, VI e VII).

♥ **Terceira fase: Fusão intuitivo-científica.** Este momento caracteriza-se pela reflexão e compreensão de quando ocorre a fusão entre o diálogo intuitivo e o diálogo científico. O conhecimento intuitivo deve ser refletido, pensado, discutido, e se possível, incorporado na vida para se ter elementos de reflexão ou de sabedoria,

aliando-se ao conhecimento científico. A enfermeira chega à conclusão de forma mais ampla que as classificações tradicionais (após a síntese de idéias, dados e experiências), refletindo dessa forma a experiência do cliente, bem como a compreensão da situação. A última fase constituiu-se na união das duas fases anteriores, o encontro entre o intuitivo e o científico, também registrando no diário de campo, buscando sempre uma relação dialógica com um cuidado mais humanizado. Refletimos sobre ambas as fases, compreendemos o processo vivenciado pelo recém-nascido de alto risco, sua família e a equipe, e a partir dessa análise, estabelecemos metas para reestruturarmos o cuidado prestado.

PLANO DE AÇÃO

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
Conhecer a dinâmica do serviço e estrutura da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe interdisciplinar.	♥ Fazer visita prévia à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) ♥ Conhecer as normas e rotinas da Unidade ♥ Apresentação das acadêmicas e dos objetivos do trabalho à equipe interdisciplinar, através da exposição e fixação de um pôster na unidade e diálogo com a mesma. ♥ Observar a prestação de cuidados pela equipe interdisciplinar, interagindo sempre que possível. ♥ Identificar os impressos utilizados para registro dos profissionais que atuam na Unidade.	O objetivo será alcançado se as acadêmicas: ♥ Conhecerem o trabalho desenvolvido na unidade e desenvolverem sua prática segundo as rotinas do local. ♥ A proposta da prática assistencial estiver clara na concepção da equipe interdisciplinar.
Aprimorar conhecimentos teórico-práticos sobre o cuidado com o recém	♥ Realizar pesquisa bibliográfica e leituras sobre: recém-nascido (RN), recém-nascido de alto risco, unidade	O objetivo será alcançado quando as acadêmicas:

nascido de alto risco, internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	recém-nascido de alto risco, unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), a família do RN internado em uma UTIN, humanização, Teoria Humanística de Paterson e Zderad, a dor vivenciada pelo RN, assim como outros temas que sentirmos necessidade de aprofundamento no desenvolvimento da prática assistencial. ♥ Participar de palestras, cursos e congressos relacionados ao tema. ♥ Realizar Estágio Não-obrigatório em uma UTIN, previamente à prática assistencial. (Anexo 1)	♥ Iniciarem a pesquisa bibliográfica, procedendo a leitura e reflexão da temática e realizarem discussões com a orientadora e supervisora, ampliando assim seus conhecimentos. ♥ Participarem de cursos, palestras e/ou congressos relacionados à temática. ♥ Realizarem o Estágio Não-obrigatório em uma UTIN, aprimorando os conhecimentos teórico-práticos.
Cuidar dos recém-nascidos de alto risco internados, utilizando a metodologia humanística de Paterson e Zderad.	♥ Acompanhar a prestação de cuidados pela equipe visando adquirir segurança e auxiliar nos procedimentos, sempre que possível. ♥ Prestar cuidados ao RN na UTIN, aplicando o processo de Enfermagem a no mínimo três recém-nascidos. ♥ Observar o RN de alto risco, nos sensibilizando quanto à importância do cuidado humanizado frente aos procedimentos geradores da dor.	O objetivo será alcançado se as acadêmicas: ♥ Compreenderem a Teoria Humanística de Paterson e Zderad, e conseguirem adaptar o processo de Enfermagem com o marco conceitual, elaborando e aplicando um roteiro adequado para avaliação neonatal. ♥ Conseguirem prestar um cuidado humanizado aos recém-nascidos, ou seja, estabelecer um diálogo vivo, compreendendo os chamados e respostas, visando a valorização do ser humano.
Observar nos vários momentos do cuidado, chamados e respostas de manifestações de dor no recém-nascido de alto risco.	♥ Estabelecer o diálogo intuitivo com o RN, a partir da observação de seus comportamentos e atitudes. ♥ Aplicar um roteiro previamente elaborado, com base na teoria humanística, para avaliação neonatal.	♥ O objetivo será alcançado quando as acadêmicas aplicarem as escalas e saberem reconhecer a linguagem da dor no RN internado na UTIN.

	♥ Aplicar uma escala de avaliação da dor com os neonatos. ♥ Analisar e refletir sobre os padrões encontrados na escala visando implementação de práticas de alívio da dor.	
Avaliar o conhecimento da equipe de Enfermagem sobre os métodos de avaliação e tratamento da dor no recém-nascido de alto risco.	♥ Observar as atitudes da equipe de Enfermagem perante a dor do RN. ♥ Aplicar um roteiro de entrevista semi-estruturada relacionado à temática a no mínimo dez membros da equipe de Enfermagem.	♥ O objetivo será alcançado quando as acadêmicas, através da observação e entrevista, obtiverem respostas satisfatórias, referente à visão dos trabalhadores de Enfermagem.
Compreender, através do diálogo, as percepções dos familiares quanto à dor experienciada pelos recém-nascidos de alto risco.	♥ Observar as atitudes dos familiares perante a dor do RN internado em uma UTIN. ♥ Estabelecer uma relação humanística com os familiares do RN de alto risco, buscando compreender suas preocupações, crenças e percepções referentes à dor do neonato. ♥ Aplicar um roteiro de entrevista semi-estruturada relacionado à temática a no mínimo cinco familiares.	♥ O objetivo será alcançado quando as acadêmicas, através da observação, entrevista e relação estabelecida obtiverem uma resposta satisfatória referente a visão dos familiares acerca da dor.
Atuar, juntamente com a equipe interdisciplinar, na avaliação e tratamento da dor experienciada pelos recém-nascidos de alto risco nos vários momentos do cuidado.	♥ Compartilhar conhecimento e negociar perspectivas assistenciais para alívio da dor, visando um cuidado mais humanizado. ♥ Propor estratégias que auxiliem no alívio da dor, como por exemplo: proporcionar organização do RN no leito, com utilização de ninhos e coeiros; uso de sucção não-nutritiva com leite materno ou glicose 25%, estimular desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) através do	♥ O objetivo será alcançado quando estratégias para o alívio da dor forem propostas e quando for estabelecida uma relação de troca de conhecimentos e saberes teórico-práticos entre a equipe interdisciplinar e as acadêmicas durante o desenvolvimento do trabalho. ♥ Produzirem o material informativo que auxilie na prática assistencial e que possa ser utilizado por outros

	toque, carinho, conversa e chamar pelo nome. ♥ Produzir material informativo abordando os principais aspectos relacionados à dor vivenciada pelo recém-nascido de alto risco.	profissionais que prestam a assistência na UTIN.
--	--	--

ASPECTOS ÉTICOS

O respeito aos princípios éticos, bem como análise e avaliação dos problemas que pudessem surgir no decorrer da prática assistencial, foram de extrema importância.

Prestar um cuidado humanizado e ético aos recém-nascidos de alto risco e seus familiares perpassa pelo respeito aos seres humanos, às suas crenças e seus valores, pois como bem definiu Santos (apud BARDT, D'AVILA e ZELLNER, 2004, p.39), "a ética é um componente fundamental para que se alcance a humanização, devendo estar voltada para a valorização do ser humano e para a conquista de seus direitos, no contexto da comunidade".

A importância dos aspectos éticos tem como objetivos principais assegurar a qualidade, o compromisso, o anonimato e o respeito a todos envolvidos, levando em consideração que a ética permeia a responsabilidade tanto do profissional como do cliente que compartilham direitos e deveres (MINUZZI e DIAS, 2004).

Abaixo especificaremos alguns dos aspectos éticos que julgamos importantes e que foram respeitados para a realização deste trabalho:

- ♥ Apresentação à equipe interdisciplinar, expondo os objetivos propostos no trabalho;
- ♥ Apresentação às famílias participantes do estudo, esclarecendo sempre que possível as dúvidas;
- ♥ Coleta dos dados referentes ao trabalho somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas famílias dos recém-nascidos e pela equipe

de enfermagem, sem que se utilizasse qualquer tipo de influência ou coerção (Apêndices V, VI e VII);

- ♥ Garantia ao respeito e ao direito de participar ou não do trabalho, assim como de desistência em qualquer etapa do processo;
- ♥ Garantia da confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes durante o desenvolvimento da Prática Assistencial, preservando sempre os valores éticos e morais;
- ♥ Utilização de nomes fictícios na identificação dos participantes, preservando desta forma, o respeito ao anonimato;
- ♥ Fotografar os participantes (recém-nascidos, família e equipe de saúde) somente mediante autorização prévia por escrito (Apêndice VII);
- ♥ Disponibilizar o trabalho para as famílias participantes do estudo e para a equipe de saúde, sempre que solicitado, sendo que as autoras se responsabilizaram pelo esclarecimento das eventuais dúvidas.

Além destes pontos que foram levantados, lembramos que as informações, análise e sugestões contidas no trabalho têm objetivo meramente profissional, baseado no compromisso de responsabilidade, honestidade, respeito e dignidade.

Assim como mencionam Bardt, D'Avila e Zellner (2004), durante todo o desenvolvimento do trabalho nos comprometemos, reconhecendo nossas limitações, aceitando críticas, sugestões e buscando o aprimoramento científico e cognitivo em benefício da equipe de saúde e do crescimento profissional, visando o cuidado humanizado. As questões éticas que surgiram ao longo do trabalho foram expostas e discutidas com a orientadora e supervisora, respeitando os direitos de todos os envolvidos.

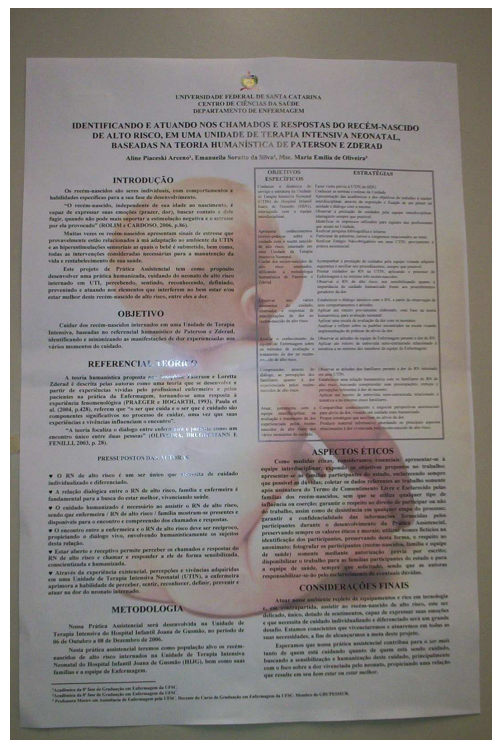
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Neste capítulo relataremos o desfecho do Projeto Assistencial, relatando como se deu o alcance dos objetivos, a partir das estratégias propostas.

♥ **Conhecer a dinâmica do serviço e estrutura da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe interdisciplinar.**

Nosso primeiro contato com a UTI Neonatal do HIJG deu-se cerca de dois meses antes de iniciarmos nosso estágio na unidade quando fomos conversar com a enfermeira Joseila Cristina Franzon e convidá-la para ser nossa supervisora durante a prática assistencial. Neste primeiro contato percebemos o interesse e disponibilidade da enfermeira Joseila em encarar este desafio conosco, aceitando prontamente nos supervisionar. Não havíamos ainda estabelecido contato com os outros membros da equipe de saúde.

Dedicamos nossa primeira semana de prática para conhecer a equipe de saúde e para nos fazermos conhecer. Confeccionamos um pôster contendo um resumo e os dados principais relacionados a este e o deixamos fixado na unidade. Desde o início todos foram muito atenciosos conosco, nos convidavam para tomar café, nos inseriam no assunto que conversavam, faziam brincadeiras conosco, perguntavam sobre nosso trabalho, contavam sobre si e partilhavam suas experiências. Sentíamos que começávamos a estabelecer uma relação dialógica com a equipe. O encontro se estabelecia à medida que todos nos tratavam com atenção e carinho. Uns eram mais tímidos, outros mais desinibidos; uns mais brincalhões, outros mais compenetrados; porém todos foram sempre atenciosos e nos ajudaram muito para o alcance dos objetivos com êxito.



Pôster fixado na Unidade.

Além da elaboração e fixação do pôster na unidade de internação, fizemos um levantamento de todos os e-mails dos profissionais de saúde, e enviamos o Projeto de Prática Assistencial via e-mail para toda a equipe. Procuramos ter sempre disponível uma cópia do Projeto, buscando desta forma, socializar as informações com a equipe sempre que se fazia necessário.

Para que pudéssemos acompanhar o trabalho da equipe, principalmente da enfermagem, julgamos necessário ter conhecimento de todas as normas e rotinas da unidade, bem como identificar os impressos utilizados para registro dos profissionais que atuavam na mesma. Identificamos, disponibilizado na unidade, um manual elaborado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no ano de 2001, que contém todas as normas de serviço. Está em sua terceira edição, e foi elaborado por Lélia Mesquita Santana, Rosana Beatriz Reis Gandin e comissão. Este contém 47 temas principais, como: punção e infusão venosa, recomendações gerais dos curativos, limpeza hospitalar, normas de isolamento, lavagem básica das mãos, padronização do uso de germicidas; punção supra púbica, exsangüíneo transfusão, punção lombar, cateterismo vesical, entre outros.

Dentre os projetos desenvolvidos na unidade, segundo informações fornecidas pela enfermeira da unidade, há dois deles, além do desenvolvido por nós. Estes estão sendo desenvolvidos pela própria enfermeira com o objetivo de implementar um protocolo de Pós-Operatório cardíaco e outro relacionado ao PICC (Cateter Central de Inserção Periférica).

Cada profissional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal exerce a função pré-determinada, havendo sempre ou na maioria das vezes, interação entre a equipe para obter o melhor para o cliente. Nenhum dos profissionais interfere nas atribuições exercidas pelos outros. Todos são bastante unidos, aceitam opinião e trabalham realmente em equipe.

Há alguns procedimentos na unidade que são realizados exclusivamente pela enfermeira, como: inserção de PICC (cateter central de inserção periférica), sondagens nasojugal e vesical, retirada de drenos e elaboração de escalas. Técnicos e auxiliares de enfermagem exercem a mesma função, não havendo distinção de procedimentos entre ambos (conforme mencionado pela enfermeira da unidade).

Em relação aos impressos utilizados pela equipe de enfermagem, existe uma ficha de Controle Intensivo Neonatal onde são anotados todos os sinais vitais e outros parâmetros fisiológicos e comportamentais; tudo o que é administrado e tudo o que é eliminado; possui também uma parte para preenchimento de todos os equipamentos de suporte que estão sendo utilizados pelo RN e há ainda um espaço, dividido entre os turnos diurno e noturno, reservado para as anotações de enfermagem. Não há especificidade do que é preenchido pela enfermeira ou técnicos, ambos utilizam o mesmo impresso identificando-se pela assinatura.



Interação com a equipe da UTI Neonatal do HIJG.



Acadêmicas com parte da equipe na unidade à esquerda, e, à direita, Juntamente com a orientadora Maria Emília e a supervisora Joseila.

Acreditamos que o objetivo foi alcançado com êxito, pois conseguimos conhecer o trabalho desenvolvido pela equipe, bem como deixar clara a nossa proposta para toda a equipe de saúde.

♥ **Aprimorar conhecimentos teórico-práticos sobre o cuidado com o recém nascido de alto risco, internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.**

Para o alcance deste objetivo inicialmente realizamos uma revisão bibliográfica de assuntos como: Teoria Humanística de Paterson e Zderad; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), abordando questões referentes à sua organização e estrutura e o papel da enfermagem; o recém-nascido (RN) normal, sua classificação, o recém-nascido de alto risco e o processo de adaptação neonatal; a dor, descrevendo sobre a linguagem não-verbal, a dor no neonato, a fisiologia da dor, avaliação da dor no neonato com a aplicação de escalas, defesa deste à dor e ao estresse prolongado e intervenções farmacológicas e não-farmacológicas. Ao longo da prática assistencial sentimos também a necessidade de aprofundarmos ainda os temas: assistência humanizada ao Recém-nascido internado em uma UTIN e a política de humanização adotada pelo próprio Hospital Infantil Joana de Gusmão. A partir da leitura e reflexão sobre estes assuntos, elaboramos os temas “Humanização do Cuidado” e “Grupo de Trabalho de Humanização Hospital Infantil Joana de Gusmão” que fazem parte do capítulo Revisão de Literatura deste relatório. Montamos uma pasta contendo todo o material pesquisado: textos, artigos, resumos de teses, dissertações e xérox de livros sobre UTIN, recém-nascido e sua família, equipe de UTIN,

atenção humanizada ao neonato, dor, Hospital Infantil Joana de Gusmão, totalizando mais de 110 bibliografias; além dos livros e manuais.

Participamos do Curso de Capacitação em Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Anexo I), que aconteceu nos dias 28, 29 e 30 de agosto de 2006, com duração de 20 horas, realizado no Auditório do Centro de Ciências da Saúde, pela Maternidade do Hospital Universitário – Hospital Amigo da Criança. O cronograma abrangia os seguintes temas: norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método mãe-canguru; o casal grávido; nascimento pré-termo e a formação dos laços afetivos; a família na unidade neonatal: do acolhimento à alta; nutrição do RN prematuro; aleitamento materno; o cuidador e o ambiente da unidade neonatal; considerações sobre o desenvolvimento afetivo do bebê; desenvolvimento comportamental do bebê; intervenções no meio ambiente; cuidados e manuseios individualizados; 3ª etapa do método mãe-canguru: abordagem clínica e desenvolvimento; visita a UTI e CI/ Alojamento conjunto/ Centro obstétrico; além de várias dinâmicas de grupo, vivências, oficinas, discussão e vídeo. A participação neste curso nos trouxe um novo olhar para questões como humanização do cuidado e a atenção integral ao recém-nascido e sua família. Ampliou nossos conceitos e nos sensibilizou ainda mais quanto à percepção dos chamados e respostas tanto do ser que cuida quanto do ser que é cuidado.

Realizamos também um estágio não-obrigatório na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário (Anexo II), no período de 25 de agosto a 29 de setembro de 2006, totalizando 72 horas de estágio, supervisionadas pelas enfermeiras mestras Melissa Honório e Roberta Costa. Neste estágio tivemos a oportunidade de realizar as seguintes atividades: observação do cuidado prestado ao recém-nascido e família, buscando identificar os estressores que possam levar a alterações comportamentais e fisiológicas; prestação de cuidados ao recém-nascido na Unidade de Cuidados Intermediários e Intensivos; conhecer as rotinas de cuidado e a metodologia utilizada no cuidado ao recém-nascido; identificar e reconhecer os indicadores de dor no recém-nascido pré-termo na Unidade de cuidados Intensivos; atuar nas respostas de dor utilizando medidas preventivas.

A realização deste estágio nos deixou mais confiantes para iniciarmos a Prática Assistencial programada para o desenvolvimento do presente trabalho. O que antes era

visto com medo e apreensão, ampliou nossos conceitos e nos deixou mais seguras em nossa atuação na assistência direta a estes pacientes tão frágeis e ao mesmo tempo que necessitam de tantos procedimentos invasivos e que podem provocar alto nível de estresse e dor.



Estágio Não-Obrigatório na UTI Neonatal do Hospital Universitário.



Acadêmicas na UTI Neonatal do HU, junto à equipe da unidade.

Com intuito de aprimorar ainda mais nossos conhecimentos teóricos, convidadas pela nossa orientadora, começamos a freqüentar e fazer parte como membros do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido/GRUPESMUR, a partir do encontro realizado no dia 26 de outubro de 2006. Este grupo de pesquisa é liderado pela Prof. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos e Prof. Dra. Marisa Monticelli, e tem como objetivo principal criar um espaço para a produção e divulgação de conhecimento na área da enfermagem em saúde da mulher e recém-nascido, levando em conta a

multidimensionalidade do processo de viver humano desta população específica, sob o olhar filosófico, biológico, epidemiológico, antropológico e sociológico, os modos históricos de conceber e atuar frente ao ser e viver, do nascimento à morte, bem como as práticas de cuidado direcionadas à esta população específica.

A participação neste grupo de pesquisa e em suas reuniões contribuiu para conhecermos outros profissionais também atuantes nesta área e proporcionou a troca de experiências através das apresentações dos trabalhos desenvolvidos por estas, bem como as orientações fornecidas pelas professoras e outros membros do grupo.

Consideramos nosso segundo objetivo cumprido com sucesso, pois todas as atividades propostas foram cumpridas com êxito.

♥ **Cuidar dos recém-nascidos de alto risco internados, utilizando a metodologia humanística de Paterson e Zderad.**

♥ **Observar nos vários momentos do cuidado, chamados e respostas de manifestações de dor no recém-nascido de alto risco.**

Para relatarmos como se deu o desenvolvimento desta etapa da Prática Assistencial iremos unir estes dois objetivos, pois julgamos que será de melhor entendimento devido a complementaridade existente entre ambos.

Tínhamos em mente desde o início de nossa Prática que precisávamos estar atentas aos chamados e respostas fornecidos pelos neonatos que iríamos assistir no intuito de identificar as mensagens que estes estariam a nos fornecer e desta forma atuar respondendo aos seus chamados e estabelecendo a relação dialógica, ou seja, o encontro enfermeira/cliente. Precisávamos associar a sensibilidade e a intuição para que este ocorresse de forma plena. Com isso reservamos o início de nossa Prática para apenas observar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem ao recém-nascido e sua família. Passamos a examinar todo o envolvimento e interação que se estabelecia entre o cuidador e o ser que era cuidado em todos os procedimentos, sendo estes dolorosos ou não. Cada cuidador tinha suas particularidades ao prestar o cuidado, porém o carinho e a atenção dispensada ao bebê ficaram fortemente evidenciados.

Após os primeiros cuidados da manhã, dentre eles, o banho e a administração de medicações, registrávamos em nosso diário de campo o que nossa sensibilidade e intuição apontavam de relevante quanto aos cuidados que foram prestados e também quanto aos chamados e respostas evidenciados, tanto por parte dos recém-nascidos como da família e equipe. Registrávamos como os bebês reagiam a cada tipo de manuseio e como cada profissional respondia a eles, fosse conversando com o neonato, embalando, aninhando, proporcionado conforto, ou mesmo apenas se sensibilizando com as reações, o que se mostrava perceptível nos olhares ou nos gestos.

À medida que a interação com os profissionais da equipe de enfermagem se tornava mais sólida, passamos, sempre que possível, a atuar em conjunto. Como nosso objetivo inicial era reforçar os vínculos com a equipe e conhecer um pouco sobre todos os recém-nascidos internados, optamos em desenvolver os cuidados de enfermagem em parceria. Por esta razão, não chegávamos a assumir todos os cuidados da manhã de determinado neonato, mas auxiliávamos nos cuidados prestados pela equipe. Auxiliamos em punção, sondagem, aspiração, verificação de sinais vitais, realização de cuidados referentes à higiene e conforto, coleta de material para exame, dentre outros.

Selecionamos a escala NIPS (detalhada anteriormente em nossa revisão bibliográfica), para avaliação da dor neonatal e a aplicamos durante os procedimentos potencialmente dolorosos a fim de avaliarmos o grau de estresse e dor do recém-nascido, para a partir disso empregarmos medidas não farmacológicas que minimizassem ou apenas distraíssem este ser tão frágil e ao mesmo tempo tão forte. O RN nos chamava com seus movimentos corporais e expressões faciais e nós a partir da utilização da escala, buscávamos responder aos chamados do bebê mostrando-nos presentes e favorecendo o relacionamento. A partir desta conduta ficou evidente a importância do cuidado humanizado e voltado para o conforto, contenção e aconchego do recém-nascido, valorizando seus sentimentos. Pudemos perceber o valor da compreensão dos chamados e respostas para que a relação se estabeleça de forma plena entre o ser que cuida e o ser que é cuidado.

No contato com os pais, inicialmente, ficávamos mais na observação da interação pais/recém-nascido e pais/equipe de enfermagem. Sempre que percebíamos os chamados, não somente do neonato, mas também dos pais, nos envolvíamos na relação, buscando

estabelecer o diálogo. Alguns demonstravam, por vezes, necessitar apenas da nossa presença na unidade e do silêncio, para trabalharem seus sentimentos, dúvidas e incertezas frente à situação por eles vivenciada. Outros chamavam e demonstravam a necessidade de conversar com alguém e expor suas preocupações e anseios. A grande maioria dos pais, demonstrava compreender os chamados do filho, favorecendo o encontro e a presença genuína.

Durante todo o período de Prática Assistencial, assistimos 29 recém-nascidos e entre estes, escolhemos quatro para aplicação do processo de Enfermagem com base na Teoria Humanística de Paterson e Zderad. Optamos por estes quatro neonatos por seu prognóstico e pelo vínculo que acabamos estabelecendo com os mesmos e com suas famílias.

Com o objetivo de garantirmos o anonimato dos pais e recém-nascidos, utilizamos nomes de personagens de histórias da Disney: Pinóquio, Pocahontas, Nala e Pequena Sereia. Personagens fortes, com histórias incríveis, como as histórias destes pequenos seres.

Os pais dos quatro bebês foram informados sobre os objetivos do trabalho, sendo que todos aceitaram participar e assinaram o termo de consentimento.

Vivenciar o diálogo intuitivo com estes bebês mostrou-nos a riqueza da observação e permitiu, nos vários momentos do cuidado, perceber as manifestações de dor dos neonatos, fosse por meio de caretas, movimentos intempestivos, choro, desorganização sobre o berço, mudanças bruscas de saturação, de frequência cardíaca, respiratória ou de temperatura. Este momento exigiu-nos sensibilidade, concentração e reciprocidade aos chamados e respostas do neonato, sua família e toda a equipe para que a relação dialógica fosse estabelecida. Foi de extrema importância confiarmos em nossos sentimentos, inquietações, observações e percepções.

No diálogo científico, pudemos após a observação cuidadosa dos chamados e respostas, realizar o exame físico dos quatro recém-nascidos, colher dados do prontuário, atender as solicitações dos bebês e seus familiares, prestando cuidados de enfermagem e orientando quando solicitadas ou apenas permanecendo juntas às famílias quando se mostrava necessário. Fizemos parte neste momento o exercício de análise, comparação, interpretação e categorização de todos os dados coletados, de forma narrativa, e estes foram feitos no diário de campo. Visando ampliar o diálogo científico que se estabelecia,

realizamos uma entrevista semi-estruturada com os pais dos neonatos que haviam sido selecionados para a aplicação do processo de enfermagem e outra com os profissionais de enfermagem da unidade. A aplicação desta nos possibilitou conhecer melhor como se dava à interação entre os pais, os profissionais de enfermagem e o recém-nascido de alto risco internado, além disso, pudemos compreender a visão destes perante os momentos de dor experienciada pelo neonato.

A fusão intuitivo-científica mostrou-se como um momento de indagações, tomada de decisões e compreensão da vivência. Constituiu-se no momento de junção entre o intuitivo e o científico, buscando uma relação dialógica com um cuidado mais humanizado. Este momento caracterizou-se pela reflexão da experiência do outro e compreensão da situação após a síntese de idéias, dados e experiências. Pudemos vivenciar com a aplicação deste processo, quatro relações dialógicas distintas: Pinóquio e sua família enfrentavam uma situação delicada, porém mantinham-se fortes e resistentes a cada provação; Pequena Sereia e sua família experienciavam um momento onde a tranquilidade e a paciência predominavam, a espera do tempo certo para alta; Pocahontas e sua família enfrentavam a angústia da espera por melhoras e era tão grande a alegria demonstrada a cada sinal de melhora; e por fim, Nala e sua família, os quais enfrentavam o medo e a espera por boas notícias, embora estas fossem poucas e raras. Enfim, procuramos refletir sobre ambas as fases, compreendendo o processo vivenciado pelo neonato de alto risco, sua família e a equipe, e a partir dessa análise, estabelecemos metas para reestruturarmos o cuidado prestado.

Para exemplificar como se deu esta vivência, segue abaixo, um dos processos na íntegra. Os demais se encontram no final deste trabalho (Apêndice VIII).

**PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO A PINÓQUIO
COM BASE NA TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD**

DIÁLOGO INTUITIVO	DIÁLOGO CIENTÍFICO	FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICO
♥ Conhecemos Pinóquio em nosso primeiro dia de estágio na UTI Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão (06/10/2006). Ele era um bebê	Exame físico e dados coletados do prontuário de Pinóquio no dia 16/10 <u>Identificação do RN</u>	

(06/10/2006). Ele era um bebê que se encontrava deitado numa incubadora, no leito nº 3. Estava com sonda orogátrica, cateter de O₂ tipo óculos e PICC. Mantinha a boca na maior parte do tempo aberta, expressão facial de cansaço e enrugamento da testa, demonstrando um certo desconforto e incomodo pelo cateter que estava em seu nariz. Por várias vezes parecia levar um susto, porém sem motivo aparente. Começamos então a reparar a sua volta para tentar descobrir o que o fazia se comportar daquele jeito. Descobrimos que cada barulho por mais baixo que fosse, se brusco o incomodava e ele levava aqueles sustos. Estava posicionado em decúbito lateral direito, mantendo os membros inferiores fletidos e as mãos relaxadas em torno do corpo. Observamos e ajudamos em pequenas coisas durante a realização dos cuidados com Pinóquio e este se manteve a manhã inteira quieto, descansando todo tempo; o deixamos enrolado num cueiro e o posicionamos em decúbito ventral. O mesmo dormiu sossegado. Neste dia, nem sua mãe nem seu pai estiveram presentes durante o período em que estivemos por lá. ♥ Chegamos na unidade para nosso segundo dia de estágio, 3 dias depois. Pinóquio ainda estava com SOG, PICC e cateter de O₂ tipo óculos, e parecia estar mais choroso ao manuseio. Mesmo dormindo, movimentava-se como se	Nome: Pinóquio Sexo: M Idade da mãe: 22 anos Idade do pai: 28 anos Estado civil dos pais: casados Escolaridade dos pais: 1º grau completo Data de Nascimento do RN: 23/09/2006 (23:50h) Idade Gestacional: 33 semanas Tipo de Parto: cesariana Apgar: 1º minuto: 8 5º minuto: 9 Peso ao nascer: 1355g Posição na família: 1º filho Raça: branca Procedência: Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão Antecedentes obstétricos: mãe teve pré-eclâmpsia durante o 7º mês de gestação Diagnóstico Médico: Cardiopatia congênita com insuficiência; atresia pulmonar, hipoplasia de ventrículo direito e ramos pulmonares. Data da internação: 24/09/2006 (18:00h) <u>Exame Físico do RN</u> <u>Dados Antropométricos</u> PC: 31cm PT: 27,5cm Peso: 1945g Altura: 45cm <u>Oxigenação</u> FR: 58mpm Ritmo: regular Características da respiração: sem ruídos ou retrações; eupneico Saturação de O₂: 97% Gasometria: (02/10/06) PH:7,27; PCO₂:30,1; HCO₃:14,1 Coloração da pele: corado, acianótico. Oxigenoterapia (forma): cateter de O₂ tipo óculos com bolhas <u>Circulação</u> FC: 158bpm PA: 65/31mmHg	O bebê chamava procurando por conforto e demonstrando de forma não verbal que algo o incomodava. Respondia aos equipamentos de suporte com estresse e agonia. Será que a equipe compreendia os chamados do bebê? Neste momento iniciávamos uma relação dialógica; respondemos aos seus chamados proporcionando-lhe conforto e este descansou tranqüilamente. Percebe-se a importância do cuidado sensível e humanizado. A equipe compreendia de maneira correta seus
--	---	--

movimentava-se como se estivesse sonhando e se assustando, ainda estava bastante sensível ao barulho que era feito de maneira brusca. Observamos e auxiliamos os funcionários a prestar os cuidados de higiene e conforto. Choramingou em alguns momentos, abrindo a boca e franzindo a testa, estendendo membros, mas depois o deixamos aninhado na incubadora, com membros superiores e inferiores fletidos, mantidos próximos ao corpo e este conseguiu sossegar e descansar, dormindo a manhã inteira. ♥ Chegamos à unidade no dia seguinte e a mãe de Pinóquio lá estava. Ela havia vindo para tirar leite para o RN. Estava bastante feliz, foi tirar seu leite no banco de leite e retornou em seguida. Esteve presente enquanto a técnica realizava os cuidados e mencionou que seu maior medo seria ter que cuidar do umbigo de Pinóquio. A todo instante conversava com seu bebê e fazia-lhe carinho. Comentou ter adorado o coração que havíamos feito e colado na incubadora com o nome de Pinóquio. Após os cuidados a plantonista veio conversar com a mãe do RN e esta se manteve bastante atenta a todas as explicações. A plantonista falou que em breve Pinóquio sairia da incubadora e precisaria muito dela, pois iria fazer a posição canguru. A mãe do bebê, ficou extremamente excitada dizendo que já conhecia a posição e que se	Ritmo: sinusal regular Ausculta Cardíaca: presença de sopro mais audível em foco tricúspide e mitral <u>Nutrição / Hidratação</u> Tipo de Alimentação: leite materno Forma de ingestão: sonda orogátrica Pega da aréola: ainda não fora oferecido o seio materno Poder de sucção: bom Turgor da pele: hidratado Presença de edema: sim, no dorso dos pés + e panturrilhas ++++ Fontanelas: bregmática 2,5cm Glicemia capilar: 64 a 109mg/dl <u>Regulação Térmica</u> Tax: 36°C T berço: desligado () berço normal (x) berço aquecido () incubadora <u>Eliminações</u> <i>Vesical:</i> micção espontânea. Frequência: 8 vezes em 24 horas Características: amarelo citrino em média quantidade <i>Intestinal:</i> Tipos de fezes: fezes de leite Frequência: 6 vezes em 24 horas Características: de pastosas a semi-líquidas <u>Integridade Cutâneo-Mucosa</u> <i>Icterícia:</i> não observado <i>Coto Umbilical:</i> em processo de mumificação Presença de: lanugem Presença de curativo em região cervical esquerda onde está inserido a PICC. Características: com filme transparente, sem secreção, sem sinais flogísticos ou hiperemia <u>Regulação neurológica</u> <i>Nível de consciência:</i> sonolento <u>Sono e Vigília</u> Estado 3 – sonolento, pálpebras	chamados? Como poderia atuar de maneira eficaz? Seria a necessidade de interação com seus pais? O RN teve seus chamados atendidos e respondeu acalmando-se e conseguindo relaxar e dormir durante todo o período. Evidencia-se aqui a importância do cuidado humanizado e voltados para o conforto, contenção e aconchego do recém-nascido, valorizando seus sentimentos, chamados e respostas. A mãe de Pinóquio mostrava-se presente. Expunha suas preocupações e anseios, e demonstrava compreender os chamados do filho. A mãe de Pinóquio mostrava-se atenta e interessada. Aqui se evidencia a importância das respostas aos chamados dos pais, mesmo que estes não pareçam efetivamente necessitarem de ajuda.
---	---	---

conhecia a posição e que se quisessem ela já poderia começar a fazer. ♥ No dia seguinte Pinóquio descansou grande parte do período, demonstrando em alguns momentos um certo desconforto respiratório evidenciado através da abertura labial, agitação e diminuição da saturação de O₂. Durante coleta de sangue para exame laboratorial chorou no início, depois manteve apenas a expressão facial de dor evidenciada pela compressão dos olhos, enrugamento da testa, boca aberta e em alguns momentos balanço da cabeça de um lado para outro. Oferecemos glicose 25% e o dedo de luva para sucção não-nutritiva. Foi notável sua melhora após isso, parou de chorar e diminuiu a agitação no mesmo momento. A mãe de Pinóquio chegou quase onze horas da manhã. Estava contente, parecia muito feliz. Conversou o tempo inteiro com seu filho, fez bastante carinho e o observou a todo instante, enquanto este dormia tranquilamente. ♥ Nosso quinto dia de estágio aconteceu na semana seguinte. Ao chegarmos na unidade reparamos que a incubadora de Pinóquio não estava mais no mesmo lugar. Descobrimos que ele havia ido para o quarto do isolamento, pois lá poderia ficar mais sossegado, já que não havia nenhum bebê que precisasse de isolamento. Fomos então até o quarto. A luz estava apagada e Pinóquio dormia muito tranquilo e assim	abertas ou fechadas, olhar sem fixar-se, atividade motora fraca, respiração regular. <table><tr><th>NIPS</th><th>Total</th></tr><tr><td>Expressão Facial</td><td>0</td></tr><tr><td>Choro</td><td>0</td></tr><tr><td>Respiração</td><td>0</td></tr><tr><td>MMSS</td><td>0</td></tr><tr><td>MMII</td><td>0</td></tr><tr><td>Estado de Consciência</td><td>0</td></tr></table> Verificado após higiene corporal e os primeiros cuidados da manhã. Sua soma indica ausência de dor ou qualquer desconforto. <u>Terapêutica</u> Acesso Venoso (tipo e região): PICC em região cervical esquerda Medicação EV: Dipirona 0,4ml ACM; Dopa 1,3ml+SG5% 4,7ml 12/12h; Prostin 2,6ml 40/40h; Aminofilina 0,8ml 8/8h. Medicação VSOG: Paracetamol 2 gotas 6/6h; Protovit 12g 1vez ao dia; Sulfato ferroso 1gota 1 vez ao dia; Furosemida 0,1ml 12/12h. <u>Prescrição de enfermagem:</u> ♥Pesar diariamente. ♥Verificar sinais vitais de 3/3hs. ♥Dar banho no leito e realizar higiene oral. ♥Fazer rodízio para o sensor do oxímetro 3/3hs. ♥Ofertar dieta por SOG em bomba 3/3hs.	NIPS	Total	Expressão Facial	0	Choro	0	Respiração	0	MMSS	0	MMII	0	Estado de Consciência	0	O bebê chamava, procurando por estabilidade e descanso, e respondia aos manuseios com estresse, desconforto e dor. Buscando favorecer o encontro respondemos, mostrando-nos presentes. Ela compreendia os chamados de seu filho e os atendia de forma genuína. Provavelmente o recém-nascido estava encaminhando-se para o estar melhor.
NIPS	Total															
Expressão Facial	0															
Choro	0															
Respiração	0															
MMSS	0															
MMII	0															
Estado de Consciência	0															

dormia muito tranquilo e assim permaneceu durante todo o período. Apenas foi incomodado durante a troca de curativo, onde choramingou, franziu a testa e mexeu-se bastante, mostrando-se irritado com a interrupção de seu momento de descanso. Neste dia conversamos bastante com a mãe de Pinóquio. A convidamos para participar de nosso trabalho, falamos sobre ele e lemos juntas o termo de consentimento livre e esclarecido; esta aceitou prontamente participar. Assinou o termo e respondeu a todas as perguntas bastante tranquila, mesmo com o uso do gravador. Falou muito mesmo, parecendo estar carente de conversa. Disse que seu esposo viria neste dia para ver o filho e que ele não estava muito bem. Ele não podia vir mais vezes, pois trabalhava no período noturno em Joinville; até conseguiria dispensa para vir, mas se viesse não receberia nada, e não teria como pagar o aluguel. Disse que gostaria de bater fotos de Pinóquio e até pediu para seu esposo trazer a máquina, mas ele não queria que fizessem isso para não ter lembranças ruins. Já havia se passado uma semana que a mãe de Pinóquio estava longe de casa e seu esposo estava bastante triste em casa; ligava muitas vezes ao dia para ela, às vezes até chorando. Ela tinha medo que seu filho morresse, mas já pensava no que iria fazer tanto se ele vivesse quanto se ele morresse. Já seu marido apenas pensava	♥Registrar frequência e características da diurese/ evacuações/vômitos/regurgitação. ♥Propiciar um ambiente calmo e tranquilo o quanto possível. ♥Lavar PICC com 0,5ml de água destilada com seringa de 10 ou 20ml. ♥Promover toque, fala e conforto adequados. ♥Manter cuidados com SOG. ♥Observar e registrar sinais de hipo/hipertermia. ♥Favorecer o contato RN/mãe/pai. ♥Promover o DNPM (tocar, acariciar, conversar). ♥Para realização de procedimento doloroso, oferecer 2 gotas de glicose 25% associada a sucção não-nutritiva.	Respondia aos cuidados necessários com desconforto e certa irritação, porém relaxava ao ser deixado descansar. O diálogo não se estabelece se cuidador e ser cuidado não estiverem abertos e disponíveis. Neste momento evidencia-se a importância da relação dialógica entre a equipe e os pais do RN, bem como a compreensão de seus chamados e respostas. Percebemos que para ser presença é necessário se fazer presente, compreendendo as dúvidas, as angústias. Calando quando for preciso e interagindo nos momentos certos. Negava o pai o que estava
---	--	--

que quando ele chegasse em casa seria recebido com cartazes e festa. Ela disse que já estava se preparando para caso acontecesse o pior, porém sabia que o problema seria com seu marido, pois ele não queria aceitar o fato de Pinóquio ter que ser submetido à cirurgia. Contou que há uma plantonista que sempre lhe dá forças, dizendo que esta primeira cirurgia será bem simples e que irá dar tudo certo. Referiu que seu leite não está sendo o suficiente e gostaria de tomar Plasil. Ontem teve dor de cabeça e não quis tomar remédio por medo de acontecer algo para seu bebê. Contou que durante a gestação teve pré-eclampsia e 6 dias depois de descobrir isso, nasceu Pinóquio. Disse que já no útero ele não era normal, mas ninguém quis contar para ela; porém ela sabia que era grave, mas ficou na angústia de não saber o que era. Mencionou que não pretendia ter outro filho, pois ficaria muito chocada caso Pinóquio morresse, talvez apenas adotasse uma criança. Durante toda a nossa conversa Pinóquio dormia tranquilo em seu colo, na posição canguru. Neste dia aplicamos o roteiro do exame físico com ele e coletamos todas as informações que precisávamos do prontuário. ♥ No dia seguinte conhecemos o pai de Pinóquio. Ele havia chegado de viagem na noite do dia anterior e às nove horas da manhã estava na porta pedindo para entrar. O horário de visitas começava a partir das 10:30hs,	Pinóquio recebeu os cuidados de higiene. O pai esteve presente boa parte do tempo. Eupneico, corado, hidratado, presença de curativo em PICC em região cervical direita, sem sinais	acontecendo com seu filho? Tinha consciência da gravidade do diagnóstico de Pinóquio? Não seria preciso maiores esclarecimentos sobre a delicada situação de seu filho? A causa de estar com pouco leite, será devido a ansiedade? Será que a equipe compreendia os chamados da mãe? O que se passava em seus pensamentos quando não tinha ninguém para conversar? Será que não haveria necessidade de acompanhamento psicológico? Acreditamos que a entrevista possibilitou uma reflexão sobre os sentimentos experienciados. O contato pele a pele e o conforto do RN nos mostra a importância do relacionamento intersubjetivo.
---	--	--

começava a partir das 10:30hs, porém como ele iria embora dali a pouco, os funcionários autorizaram sua entrada. Fomos até ele para tentarmos conversar, mas sentimos que neste momento sua maior vontade seria ficar apenas com o filho; então apenas nos apresentamos e nos oferecemos para ajudar caso ele precisasse. Nos retiramos e momentos depois, quando voltamos para lhe comunicar que sua esposa havia ido ao lactário, ele estava chorando. Ficou bastante sem jeito e nós apenas demos o recado e em seguida nos retiramos. ♥ No dia seguinte Pinóquio dormiu grande parte do tempo, reclamando apenas quando manuseado, soltando alguns grunhidos e fazendo careta. Careta, esta, presente em todas as vezes que a luz era acesa. Continuava com PICC, SOG e cateter de O₂ tipo óculos. Sua mãe veio visitá-lo às 10:30hs e ficou quase duas horas na unidade; fez posição canguru e conversou muito com ele. Neste dia não pudemos dar muita atenção a ambos, pois a unidade estava bastante cheia e precisamos ajudar. ♥ No dia seguinte sim, pudemos conversar bastante com a mãe de Pinóquio. Ela estava bastante ansiosa, pois tinha medo que seu filho fosse encaminhado para cirurgia com apenas 2.200g como já haviam lhe dito. Contou-me que a noite quando vai dormir, só chora e está tentando não ficar sozinha por isso. Seu marido está	flogísticos ou infiltração. Recebendo alimentação via SOG, em bomba de infusão. Com cateter de O₂ com bolhas. Recebeu os cuidados de higiene. A mãe esteve presente e realizou a posição canguru durante 2 horas. Eupneico, corado, hidratado. Trocado película de curativo em PICC em região cervical direita, sem sinais flogísticos ou infiltração. Recebendo alimentação via SOG, em bomba de infusão. Com cateter de O₂ com bolhas. Prestados os cuidados de higiene. Realizado a posição canguru pela mãe por 2 horas no período. Eupneico, corado, hidratado. Presença de curativo em PICC em região cervical direita, sem sinais flogísticos ou infiltração. Recebendo alimentação via SOG, em bomba de infusão. Com cateter de O₂ com bolhas. Perdeu	O pai de Pinóquio mostrava-se bastante fragilizado e infeliz pela situação do recém-nascido. O ambiente hospitalar mostrava-se como um empecilho para que o encontro com seu filho se efetivasse de forma completa? Como dar as respostas esperadas? Pinóquio mantinha-se estável, tinha seus chamados e respostas respondidos plenamente. Apenas tinha este processo interrompido durante a realização de procedimentos necessários a sua saúde. A relação com sua mãe era de total cumplicidade. Esta se dedicava a ele durante toda a interação. Sentíamos que para ele bastava apenas a presença de sua mãe e mais nada. Seus chamados estavam sendo compreendidos por todos? Ela mostrava-se infeliz, porém não deixava isso transparecer na unidade, devido à presença de seu filho, mas com quem ela poderia conversar senão nós, se nem mesmo seu marido
--	---	--

por isso. Seu marido está bastante abatido, <i>ele não aceita</i>, diz ela, <i>esqueceu até a bicicleta de R\$ 600,00 na rua durante a noite inteira</i>. Disse-me que ficou bastante amiga da mãe de Pocahontas e esta não a deixa ficar sozinha, sempre a convida para fazer alguma coisa. Contou-me que às vezes tem vontade de sumir totalmente, largar tudo, marido, filho, família, tudo para espairer, fugir da situação e, principalmente, da realidade. Havia conversado até com sua mãe e esta havia lhe acalmado, dando bastantes conselhos. ♥ Chegamos à unidade na semana seguinte. Aproximava-se cada vez mais o dia da cirurgia de Pinóquio. Durante o banho agitou-se um pouco, chorou e reclamou. Permaneceu de olhos bem abertos em alguns instantes, fazendo expressão facial de desconforto quando acendíamos a luz. Encontrava-se posicionado em decúbito lateral direito, membros flexionados, mantidos próximos ao corpo. No início do plantão estava um pouco taquipneico. Auscultamos o peito de Pinóquio, sugerido pela plantonista, e pudemos distinguir claramente os sopros cardíacos intensos. Questionamos referente a cirurgia de Pinóquio e esta nos disse que provavelmente seria realizada dali a duas semanas mais ou menos, quando ele atingisse 2.550 a 3.000g. Durante coleta de sangue para exame Pinóquio chorou bastante, agitou-se estendendo e	20g, estando agora com 2.130g. Prestados os cuidados de higiene com auxílio de sua mãe. Realizado a posição canguru pela mãe por 2 horas e meia. Eupneico, corado, hidratado. Mantendo curativo em PICC em região cervical direita, sem sinais flogísticos ou infiltração. Recebendo alimentação via SOG, em bomba de infusão. Com cateter de O₂ com bolhas.	estava em bom estado para conversar e acalmá-la? Neste momento podemos perceber o quanto pode ser importante a relação dialógica entre a equipe e os pais dos recém-nascidos internados, e dos pais com seus familiares. O RN estabelecia a relação respondendo aos chamados de forma não verbal, continuava mostrando que algo o incomodava. O bebê respondia ao manuseio demonstrando desconforto e
--	---	--

bastante, agitou-se estendendo e flexionando membros, franzindo a testa, fechando os olhos e abrindo e fechando a boca. Chegamos enquanto os funcionários estavam no meio do procedimento e como não havia tempo para pegarmos glicose 25%, oferecemos dedo de luva com água destilada. Sua calma foi instantânea. Ficou sugando forte o dedo e não chorou mais. A mãe de Pinóquio havia ido viajar para sua casa em Tubarão no final de semana e retornara pela manhã desse dia. Estava bastante deprimida, enchia os olhos de lágrimas sempre que conversava conosco e até pediu para a enfermeira chamar a psicóloga, pois precisava de ajuda. O pai estava mais na dele, conversava muito com a criança e beijava sua mão. A mãe de Pinóquio contou como havia ficado sua casa; o marido havia comprado um guarda-roupa maior e um berço muito bonito; além de um cachorro que estava fazendo companhia a ele. Seu esposo havia conseguido pegar a semana inteira de folga e ficaria ali com ela. Ambos trouxeram as roupas e utensílios de Pinóquio, como haviam sido orientados pelos profissionais, para deixá-lo como se estivesse em casa. ♥ No dia seguinte, a mãe e o pai de Pinóquio vieram e deram o banho nele; discutiram bastante sobre qual roupa usariam, qual fralda, como colocariam, dentre outras coisas, mas se entenderam. Viase o brilho nos olhos de ambos.	Cuidados de higiene em banheira realizados pela mãe e pelo pai. Eupneico, hidratado e corado. Recebendo leite por SOG em bomba. Curativo em PICC sem sinais de infiltração ou infecção.	dor. Seus chamados tentavam de forma dialógica avisar que queria aconchego e conforto, sem estímulos externos. Buscamos responder aos chamados do bebê da maneira mais rápida e possível. Neste momento evidencia-se a importância de um cuidado mais sensível e humano para o conforto e bem estar do recém-nascido. Ambos os pais pareciam estar totalmente abalados emocionalmente. Não estaria no momento de encaminhar esta família para um acompanhamento mais especializado, como um psicólogo? Tornar o ambiente o mais humano possível seria a solução para os problemas? Será que seria o melhor para se fazer neste momento? Aproximar cada vez mais pais e filho, tratando como se este fosse “normal”, não os faria sofrer ainda mais quando se dessem conta da real situação? Os pais estavam buscando formas de adaptação à situação vivenciada? “Fugiam” de
---	--	---

se o brilho nos olhos de ambos. O pai havia vindo preparado para ficar a semana inteira, porém como perderia dinheiro, resolveu que voltaria no dia seguinte para trabalhar. ♥ A partir deste dia, a mãe de Pinóquio vinha para dar o seu banho diário e colocar sua roupinha e isso continuou durante duas semana. Até que chegou a hora tão esperada, de realizar a cirurgia. Seus pais vieram visitá-lo apenas uma semana depois da cirurgia. O pai mostrava-se mais presente que a mãe e quando questionamos com ele como estava sua esposa, este nos respondeu que ela havia desistido de tudo, não estava mais vindo visitar o filho para não vê-lo naquele estado e não sofrer mais. Dez dias após a cirurgia, Pinóquio retornou ao uso de todos os medicamentos que já fazia anteriormente e isto aconteceu, conforme nos explicou a plantonista, pois a cirurgia não havia sido efetiva. Pinóquio permaneceu na unidade por volta de quinze dias após a cirurgia, porém precisou ser encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Geral, por não estar mais na faixa etária dos recém-nascidos, precisando ceder lugar para próximas internações.	Todos estes dias a mãe executou os cuidados de higiene e conforto a Pinóquio. Este não progredia no ganho de peso e fora decidido não mais esperar pela realização da cirurgia, pois sua cardiopatia não o estava deixando ganhar mais quase nenhuma grama. A cirurgia de Pinóquio foi realizada e este ainda não tinha completado 2.200g.	situações explícitas? Como atuar? A presença genuína junto aos pais mostrava-se de extrema importância neste momento. A mãe procurava interagir de forma efetiva. Estavam os pais preparados para este momento? O ambiente hospitalar mostrava-se como um empecilho para o encontro com seu filho? Ou seria antecipação do sofrimento e morte? A equipe poderia utilizar elementos de aproximação pais/RN? Acreditamos ter estabelecido o encontro, no entanto nos sentimos impotentes frente aos sentimentos experienciados pelos pais. Mostrar-se presente e manter um diálogo efetivo mostrou-se como a atitude correta a ser mantida com esta família.
---	---	---

Consideramos ter satisfatoriamente alcançado este objetivo, sendo que as estratégias propostas facilitaram o desenvolvimento da prática.

♥ **Avaliar o conhecimento da equipe de Enfermagem sobre os métodos de avaliação e tratamento da dor no recém-nascido de alto risco.**

♥ **Atuar, juntamente com a equipe interdisciplinar, na avaliação e tratamento da dor experienciada pelos recém-nascidos de alto risco nos vários momentos do cuidado.**

Para relatarmos como se deu o desenvolvimento destes objetivos durante a Prática Assistencial iremos uni-los também, pois julgamos que será de melhor entendimento devido à complementaridade existente entre ambos.

Acreditando ser o trabalho da equipe de Enfermagem dentro de uma UTI Neonatal um desafio constante que requer vigilância, habilidade, respeito, aprimoramento da sensibilidade, compreensão dos chamados e respostas e olhar intuitivo, pois o neonato é um ser que não se expressa verbalmente, é extremamente vulnerável e altamente dependente da equipe, elaboramos para a realização destes objetivos um roteiro de entrevista semi-estruturado que continha inicialmente alguns dados de identificação profissional e após seguiam questionamentos relacionados à interação RN/mãe/família, promoção desta interação, o significado da dor, seu reconhecimento e como fazer para minimizá-la e tratá-la. Após a análise de todas as entrevistas aplicadas, percebemos a necessidade de uma capacitação, que foi desenvolvida dando-se ênfase principalmente aos aspectos julgados de maior relevância pela equipe.

Todos os profissionais de Enfermagem, num total de vinte, foram convidados a participar da entrevista, sendo que destes, onze acabaram participando desta etapa. A aplicação da entrevista semi-estruturada aos membros da equipe de Enfermagem, com duração de mais ou menos 20 minutos, foi gravada, e posteriormente transcrita, com o consentimento do participante.

Coletamos alguns dados iniciais de identificação, como idade, se possuíam filhos, qual o cargo na instituição, se possuíam outro emprego e qual o cargo exercido neste.

A seguir, passaremos a discussão dos resultados encontrados:

Idade dos Profissionais	
25 – 34 anos	45 %
35 – 44 anos	36 %
45 – 54 anos	19 %

Possuem filhos?	
Sim	64 %
Não	36 %

Dos profissionais entrevistados que mencionaram ter filhos, o número variou entre um e três filhos.

Cargo na Instituição	
Auxiliar de Enfermagem	45 %
Técnico de Enfermagem	45 %
Enfermeiro	10 %

Possuem outro emprego?	
Não	73 %
Sim	27 %

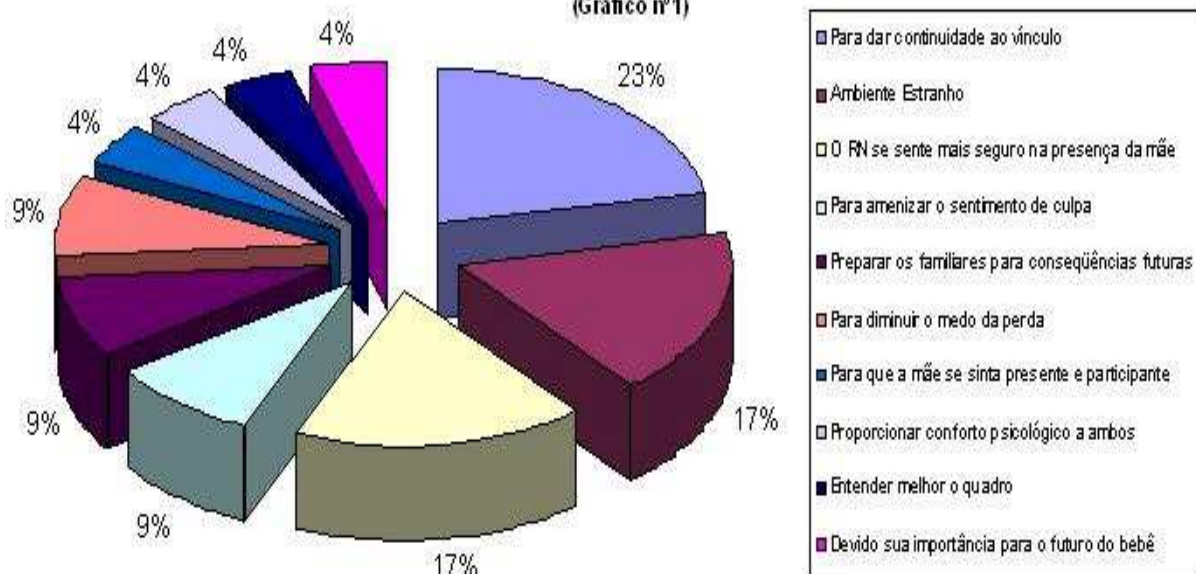
Dos entrevistados que responderam ter outro emprego, os cargos exercidos por eles nas outras instituições foram: auxiliar de enfermagem, técnico de Enfermagem e Enfermeiro. Apenas um diferiu do exercido na instituição em que realizamos a entrevista, onde era técnica de enfermagem e em outra instituição exercia o cargo de enfermeira.

Em relação ao favorecimento da interação RN/mãe/família, os entrevistados foram unânimes no reconhecimento da importância desta interação.

Para melhor visualização destas respostas, elaboramos dois gráficos.

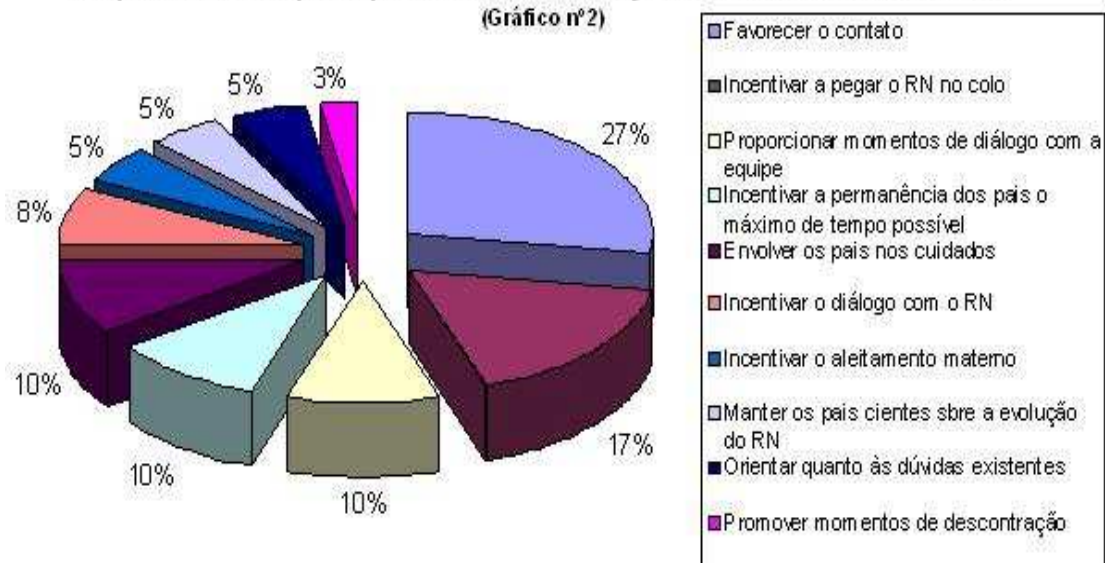
Porque você acha importante promover a interação RN/Mãe/Família?

(Gráfico nº1)



O que você faz para promover a interação entre RN/Mãe/Família?

(Gráfico nº2)



Conforme Brasil (2006) possui uma importância vital a relação estável e permanente entre os pais e seu bebê durante os primeiros anos de vida, pois esta implicará e influenciará em todas as relações sociais e futuras do bebê. O RN de alto risco, logo ao nascer, devido as suas condições, necessitará ser separado de seus pais. Este tal qual um bebê “normal”, precisa ter seu desenvolvimento afetivo preservado e, para que isso ocorra, necessitará da presença de seus pais.

O sistema tátil, no bebê, é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver e a amadurecer. Com apenas 20 semanas, o feto já possui sensibilidade em todo o seu corpo. O RN pode ser capaz de diferenciar o toque leve do profundo, apresenta reflexos cutâneos mais pronunciados e é capaz de algum grau de aprendizagem frente aos estímulos táteis, isso inclui a percepção e diferenciação do toque materno e paterno. O desenvolvimento do olfato já é demonstrado desde a 29ª a 32ª semana em termos de respostas de sucção ou acordar para odores agradáveis e respostas de fuga para odores aversivos. O neonato a termo possui discriminação para o odor do leite materno e pode demonstrar aprendizado olfativo nas primeiras 48 horas de vida. Já o sistema auditivo é o quarto sistema a amadurecer. Desde a 25ª semana de gestação, o feto é capaz de respostas ativas aos sons. Dentro do útero encontrava-se relativamente protegido dos ruídos externos, escutando predominantemente a voz materna (SILVA, 2005).

Com a separação brusca de sua mãe, ele será privado de todos os cuidados parentais. No lugar destes, necessitará de procedimentos invasivos, sentirá o odor dos tecidos da incubadora, que não é o mesmo do corpo de sua mãe; não sentirá calor nesses tecidos; inalará também o cheiro forte das substâncias usadas nos procedimentos, bem como o do sabão o qual lavamos nossas mãos. O neonato levará mais tempo para sentir o cheiro de seus pais e escutar novamente a voz deles. Ficará também privado do contato pele a pele, de carinhos e afagos vindos de seus genitores (BRASIL, 2006).

Para preservar a identidade dos profissionais de enfermagem utilizamos nomes de flores, pois acreditamos que cada um destes profissionais mostrou-se como uma bela flor que contribuiu para que pudéssemos, no cuidado de enfermagem aos recém-nascidos de alto risco e suas famílias, cultivar um jardim no qual a sensibilidade, a competência e a intuição se mostraram como essenciais e fizeram a diferença no cotidiano da prática profissional de enfermagem. A importância que a equipe de Enfermagem atribui à continuidade do vínculo entre o recém-nascido e seus pais pode ser percebida em algumas das respostas dos profissionais:

“(...) o RN reconhece a mãe já no útero, pela voz, então a importância de favorecer esse contato é pra dar continuidade ao vínculo mãe/RN. E o próprio RN se sente mais seguro com a presença da mãe” (Tulipa).

“Então eu acho que é importante a gente criar esse... ajudar né, porque o vínculo na verdade ele existe... então eu acho que a gente tem que ajudar a aproximar” (Jasmim).

A equipe de Enfermagem mostra-se disponível para atuar na interação do neonato com seus pais, favorecendo a formação ou o fortalecimento dos laços afetivos.

Para a família, segundo Buarque et al (2006), o nascimento de um RN de risco proporciona estresse decorrente de vários aspectos inter-relacionados: a aparência física do recém-nascido, pois difere das suas expectativas, interferindo no desenvolvimento do apego e na interação pais/filho; a severidade da doença e o tratamento transformam-se em uma fonte primária de estresse. Interligadas a estas fontes de estresse, estão as preocupações e incertezas sobre o bem estar e o resultado a longo prazo a cerca da saúde do filho. O sentimento de inutilidade pode influenciar precoce e negativamente a interação pais/filho, representando o maior fator de estresse. Variáveis relacionadas ao ambiente e à equipe de profissionais influenciam também este contexto vivenciado pelos pais, que não apenas devem se adaptar a um ambiente hospitalar de alta tecnologia, mas também começar a experiência de se tornarem pais em um lugar coletivo e desconhecido.

Alguns profissionais, durante a entrevista, mencionaram sobre o ambiente da UTI Neonatal como um ambiente estranho para a família:

“(...) é um momento em que a família e a mãe não estão preparadas para a internação no hospital do bebê” (Bromélia).

“(...) tanto o RN quanto os pais estão num ambiente estranho e além do mais os pais convivem com o medo da perda a todo instante” (Rosa).

“(...) principalmente em UTI, (...) eu acho que as mães têm problemas pra se aproximar do bebê, a gente sente; têm medo do que elas vêm, do que pode acontecer futuramente” (Jasmim).

O desafio com que se defronta o profissional da UTIN não é somente assegurar a sobrevivência dos recém-nascidos, mas sustentar a progressão do desenvolvimento da criança (KAMADA e ROCHA, 2006).

Com objetivo de manter e, principalmente, dar continuidade a este vínculo, alguns profissionais mencionaram:

“Autorizar a permanência da mãe e do pai o maior tempo possível junto a criança, e também fazer as atividades; boto pra trocar fraldas, boto pra dar o leiteinho e se quer dar

mamadeira... os cuidados que uma mãe toma com um filho em casa, eles podem fazer aqui numa boa, dar colinho, ficar do lado” (Cravo).

“(...) sempre procuro mandar a mãe e o pai tocar no bebê, trocar a fraldinha, prestar os cuidados de higiene e conforto, quando possível colocar no colo, brinco muito, gosto muito de brincar assim né, dizendo: Ah, tais com medo é? E sempre tem um bom resultado” (Jasmim).

“Eu procuro, na medida do possível, favorecer o toque e a fala do pai e da mãe; se em condições oferecer para que a mãe pegue no colo, mas acredito que se estabeleça o ponto mais alto do vínculo durante a amamentação” (Tulipa).

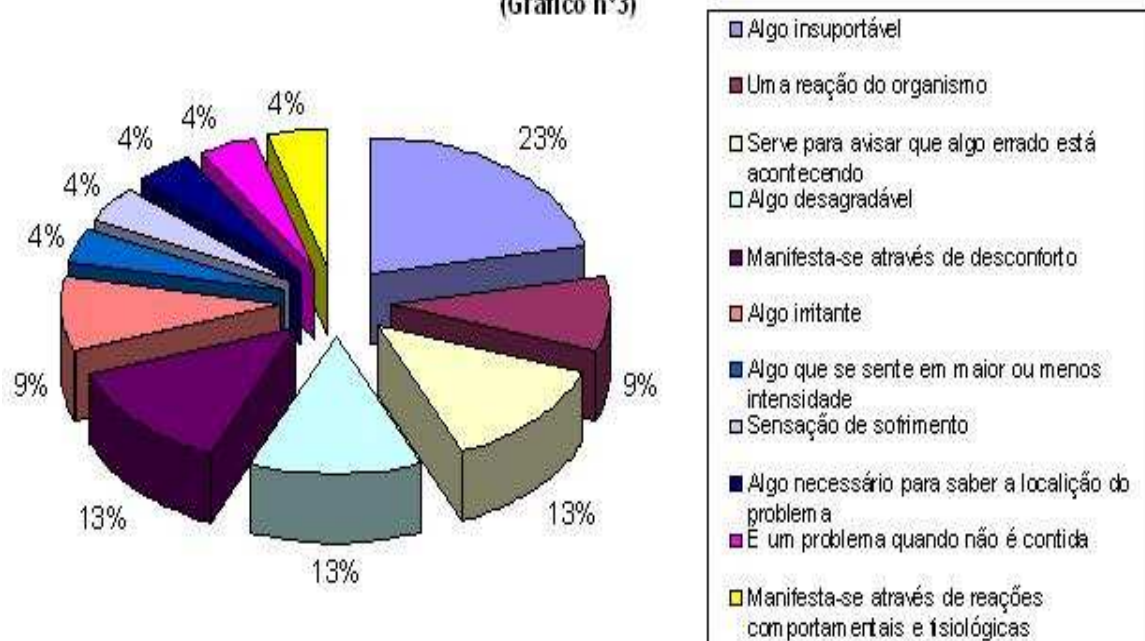
Sabendo que um dos maiores benefícios da amamentação é estabelecer e melhorar o vínculo RN/mãe, quando possível, deve-se estimular e oportunizar para que esta seja uma prática presente, assim como o colo propriamente dito e a posição canguru. Como refere Brasil (2006), a posição canguru traz vários benefícios, dentre eles podemos citar: menor tempo de separação mãe/filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial; aumento do vínculo mãe/filho; estímulo ao aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração; maior competência e confiança dos pais no manuseio de seu filho; melhor controle térmico; melhor relacionamento da família com a equipe; além da diminuição da infecção hospitalar.

A experiência emocional estressante dos pais pode resultar na diminuição da qualidade e fidelidade no entendimento dos cuidados dispensados à criança e das orientações. O apoio da equipe prevê desde o esclarecimento dos cuidados até o conhecimento da dimensão sócio-econômica e cultural da família no sentido de minimizar a situação de estresse, utilizando-se como via principal a comunicação verbal (LINHAREZ, 2006). Este mesmo autor defende o acesso livre aos pais diminuindo o momento solitário vivenciado pelo RN e proporcionando a humanização do cuidado.

Em relação à dor, foi questionado sobre o seu significado para a equipe. As respostas dos entrevistados podem ser visualizadas no gráfico abaixo:

Como você conceitua a dor?

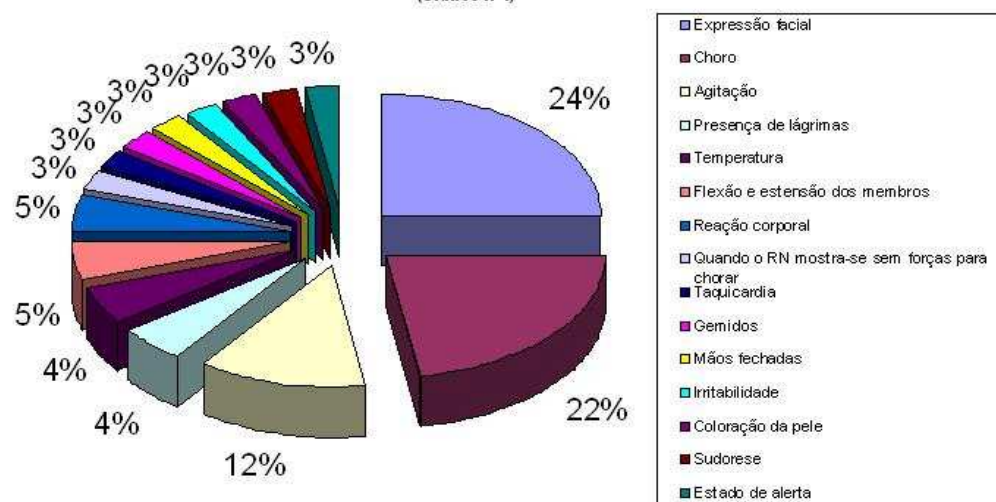
(Gráfico nº3)



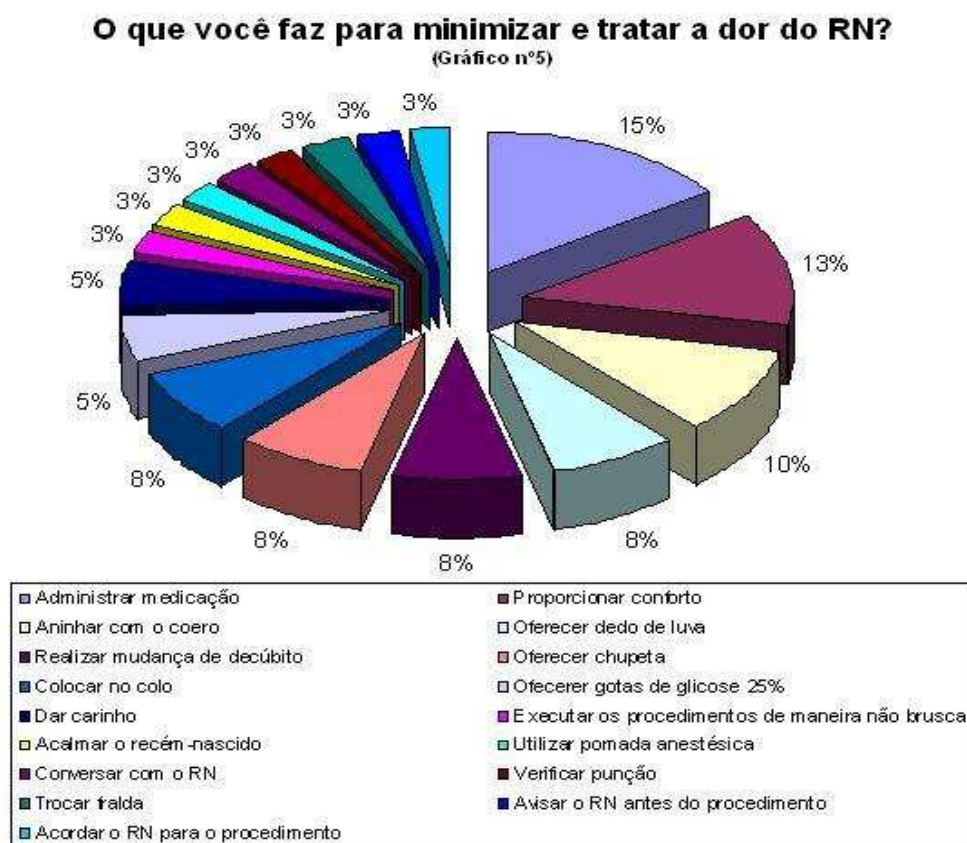
Ainda em relação à dor, questionamos sobre os aspectos que a equipe observava para reconhecer as suas manifestações, quando esta está sendo experienciada pelo recém-nascido.

Quais aspectos você observa para reconhecer a dor?

(Gráfico nº4)



Finalizando, procuramos saber como estes profissionais faziam para minimizar e tratar a dor do recém-nascido, dentre os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos, durante o cuidado.



“A dor é uma experiência que se caracteriza pela complexidade, subjetividade e multidimensionalidade”, conforme mencionam Gaíva e Dias (2002, p.235). Estes mesmos autores ainda mencionam que apesar dos profissionais reconhecerem que o RN sente dor, eles têm dificuldade em definí-la e lidar com ela. Isto se evidencia em uma das respostas dadas por um dos funcionários durante a entrevista:

“Essa é bem difícil. Eu acho que dor no RN é toda a manifestação de desconforto que ele apresenta” (Rosa).

A Associação Internacional para o estudo da dor a definiu como uma experiência subjetiva e desagradável, associada a uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos ou descrita

em termos de tal lesão (SETZ et al, 2001). Alguns dos entrevistados abordaram esta questão:

“Algo necessário para saber a localização do problema, porém insuportável quando esta não é contida, sendo que a dor passa a ser o problema e não a solução” (Margarida).

“A dor pra mim é uma reação do organismo quando este está sendo invadido de alguma forma. É uma coisa insustentável, desagradável” (Girassol).

A dor ainda pode ser vista como uma experiência individual e subjetiva e, que no caso do RN não é manifestada como no adulto, dificultando ainda mais sua avaliação. É uma experiência complexa, já que envolve o organismo como um todo, não somente os componentes fisiológicos, mas também os psicológicos e sociais de vida do indivíduo (GAÍVA e DIAS, 2002).

Tamez e Silva (2002) comentam que a avaliação da dor deve ser considerada o “quinto sinal vital”, pois desta forma receberia sua devida importância, assim como os demais sinais vitais. O paciente seria avaliado com frequência e receberia intervenções apropriadas para o controle não somente dos outros sinais vitais, mas também para o controle da dor quando necessário.

Há vários indicadores fisiológicos, que podem ser usados na avaliação, quantificação e qualificação do estímulo doloroso. Essas variáveis incluem frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e intracraniana, saturação de oxigênio, tensão transcutânea de oxigênio e de dióxido de carbono, rubor cutâneo, palidez, sudorese, midríase e alterações metabólicas, com a liberação de hormônios do crescimento, corticosteróides, aldosterona, glucagon, adrenalina, noradrenalina e diminuição da insulina. (GUINSBURG, 1999; ROCHA e CRUZ, 2004; ROSSATO, 2004).

As reações comportamentais do recém-nascido frente à dor parecem promissoras para a avaliação da dor nessa faixa etária. Alguns estudos sugerem que estas são mais consistentes e específicas que as medidas fisiológicas. As principais variáveis comportamentais analisadas no contexto da dor são o choro, padrão do sono e vigília, a atividade motora, a mímica facial de dor e a relação díade mãe-filho (GUINSBURG, 1999; GUINSBURG et al, 1997).

“Geralmente é através da expressão facial, choro (nem sempre com lágrimas), agitação extrema; porque ele está se sentindo desconfortável, alguma coisa que está incomodando ele (...) Aquela criança que não consegue dormir também, e passa a maior parte do tempo acordada” (Girassol).

“Olho a face da criança durante os procedimentos, suas reações no corpo, se fica muito agitada, se torce e chora” (Margarida).

“Rosto, face, choro, irritabilidade, a cor (eles ficam vermelhos), sudorese... deixa eu ver... choro, agitação, temperatura, a temperatura sobe, a sudorese, a coloração da pele, eles ficam roxos de raiva, chora, chora, esperneia, bate muito com as pernas, braços, tudo” (Cravo).

O choro é considerado como o método primário de comunicação nos neonatos. No entanto, um dos problemas que mais limita o seu uso é o fato de que, na maioria dos estudos, cerca de 50% dos recém-nascidos não choram durante o procedimento doloroso. Além disso, o choro é pouco específico, pois pode ser desencadeado por outros estímulos não dolorosos, como fome e desconforto (GUINSBURG, 1999).

A observação da expressão facial é um método não invasivo de avaliação de dor, sensível e útil na clínica diária. Fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, boca aberta e estirada (horizontal ou vertical), língua tensa, protrusão da língua e tremor de queixo são movimentos faciais utilizados para avaliação da expressão facial do neonato (GUINSBURG, 1999).

“A expressão facial, que a gente costuma dizer que está com um rostinho de dor, dá pra ver bem quando eles estão sentindo dor, mesmo que eles estejam imóveis, pela face dá pra ver, pela expressão dá pra observar” (Jasmim).

No processo do manejo efetivo da dor, deve-se incluir a prevenção e a antecipação da mesma, e não só seu tratamento. O objetivo principal em seu manejo no paciente neonatal é a utilização de intervenções que venham minimizar a intensidade e a duração da dor, ajudando o paciente a recuperar-se prontamente dessa experiência estressante (TAMEZ e SILVA, 2002).

O bebê dentro do útero permanece em posição de flexão generalizada aconchegando-se na parede uterina. Estas posições de flexão somada a maturação neurológica favorecem o desenvolvimento do tônus muscular. O posicionamento afeta parâmetros fisiológicos e comportamentais, visa manutenção do tônus muscular mais

adequado, facilita padrões normais de movimento, diminui contraturas e deformidades, dando ao bebê mais conforto, segurança e prevenindo o estresse (SOUZA, TRONCHIN e MELEIRO, 1998).

Dentro da incubadora, o neonato busca sempre um limite, na tentativa de maximizar o contato com superfícies firmes, assim como dentro do útero materno. Isso irá implicar em gasto de energia desnecessária, além da desorganização corporal gerada. “Devemos fornecer contenção adequada para o corpo todo: cabeça, tronco, quadril e membros inferiores; superfície de contato ventral (tórax e abdome). Igualmente, permitir exploração manual da face e da boca, da mão com a mão e com o corpo” (BRASIL, 2006, p.120).

Como preconiza Brasil (2006), no intuito de facilitar o ambiente tátil, podemos utilizar rolinhos de tecido apropriados formando um “ninho”, o qual fornecerá limites e suporte para o corpo do neonato. Roupinhas e até enrolamento do bebê mantendo as mãos próximas à face e os membros em flexão também podem ser usadas. Alguns dos entrevistados mencionaram fazer uso desta técnica:

”Procuro envolver o RN em um coero...” (Tulipa).

“Tento deixá-lo bem contido e quando vejo que não resolve, quando a mãe está próxima, coloco no colo da mãe, quando tem condições...” (Orquídea)

A sucção não nutritiva em neonatos parece ser de grande utilidade na organização neurológica e emocional deste após o estímulo agressor, embora se constitua apenas em uma medida coadjuvante para o tratamento da dor, não tendo propriedades analgésicas intrínsecas (GUINSBURG, 1999). Quando associada a substâncias adocicadas, especialmente a glicose e/ou sacarose, tem sido muito recomendado e estudado. Durante a realização de procedimento doloroso, a solução glicosada, utilizada de forma analgésica, diminui o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, comparada à água destilada e à própria sucção não nutritiva. Outras intervenções não-farmacológicas, como leite materno via sonda nasogástrica e colo, apresentam efeito sinérgico aos efeitos analgésicos da solução de glicose quando administrados de maneira combinada (GASPARDO, LINHARES E MARTINEZ, 2005).

Além do uso do dedo de luva na sucção não nutritiva, em algumas situações especiais a chupeta pode ser prescrita pelo médico, enfermeira, fisioterapeuta ou

fonoaudiólogo, conforme Brasil (2006), como por exemplo: patologias ou situações que impeçam o RN de sugar ao seio (respirador, baixo peso, enterocolite necrozante e extrema prematuridade), procedimentos invasivos e dolorosos e ausência materna por período prolongado ou abandono.

A sucção não nutritiva é mencionada por alguns dos entrevistados, juntamente a outras estratégias:

“Tento acalmar a criança dando dedo de luva pra sucção, gotinhas de glicose durante procedimento” (Girassol).

“(...) oferecer um dedinho de luva, um aconchego” (Tulipa).

Em algumas das entrevistas analisadas, percebe-se, nas respostas dos entrevistados, como é forte a importância atribuída ao uso de medicamentos prescritos:

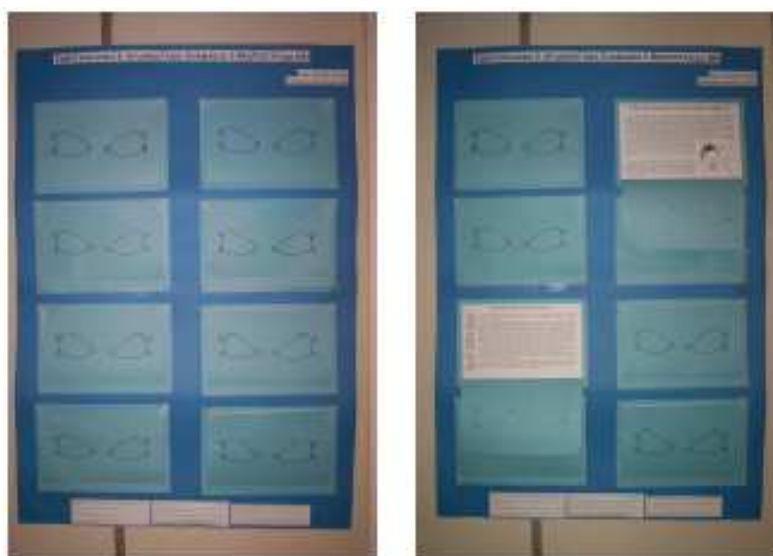
“A primeira coisa que eu vou é na veinha, verificar a punção se não está infiltrando, se não está recebendo sorinho fora da veia, aí lá vou. Troco de lado, embrulho, troco fralda, vejo se tem xixi, se tem coco, e vou fazendo, vou virando, boto de bruços, não fica, boto de um lado, dou chupeta, faço o que der pra fazer, e se não der, eu aviso o médico pra fazer alguma medicação pra dor” (Cravo).

“Num primeiro momento a gente acalma, com chupeta, depois a gente faz a maternagem que é substituindo a mãe com colo e mesmo assim, se não adiantar a gente tenta medicar, conforme a prescrição” (Rosa).

“Ah, depende o caso, porque tem dores que a gente infelizmente não tem como evitar né, numa UTI (...) eu falo antes que a tia vai espetar, mas não vai doer muito mais que precisa e procuro falar com carinho; quando a criança está dormindo eu procuro acordar, porque eu acho muito cruel acordar com dor” (Jasmim).

A partir da análise das entrevistas, optamos por desenvolver, como atividade não planejada, uma capacitação aos trabalhadores da equipe de Enfermagem da unidade, intitulada “Capacitação aos Trabalhadores de Enfermagem Referente à Dor e Estressores em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” (Anexo III), realizada no turno de trabalho dos mesmos e planejada conforme a necessidade encontrada através da avaliação das entrevistas. A capacitação foi realizada de forma grupal, contendo de 2 a 4 pessoas por turno.

Os temas tratados durante a capacitação foram: dor e estresse neonatal, reconhecimento e tratamento não-farmacológico de dor e suas repercussões a longo prazo. Para melhor visualização e abordagem destes assuntos elaboramos um painel grande contendo todas as informações necessárias e posteriormente o fixamos na unidade para que os profissionais da equipe de enfermagem pudessem rever os assuntos abordados ou tirar as dúvidas, sempre que necessitassem.



Painel fixado na Unidade.

Após cada capacitação, aplicamos uma ficha de avaliação (Apêndice IX), que contemplou questionamentos sobre o tema abordado e sua relação com a prática, contribuições da capacitação para a prática profissional e avaliação geral da capacitação.

Em relação à proposta e execução da capacitação oferecida, os profissionais classificaram como ótimo – 61% e boa – 39%.

Todos os profissionais que participaram da capacitação concordaram que o tema “A dor e a atuação da equipe de enfermagem frente a dor do neonato de risco” tinha relação com a sua prática diária, já que a dor está presente no dia-a-dia da UTI Neonatal e no exercício de sua profissão.

Todos mencionaram que esta capacitação trouxe contribuições para a prática diária, sendo que alguns citaram a importância de procurar novos conhecimentos e que esta atividade serviu de conscientização para policiar a mecanização da assistência.

De forma integral, a equipe considerou satisfatória e estimulante a maneira como foi abordada a capacitação, principalmente por valorizarmos os conhecimentos dos profissionais e por disponibilizarmos um painel na própria unidade contendo todo o assunto abordado de maneira ilustrativa e atrativa.

Dentre os comentários mencionados, vários profissionais destacaram a importância da realização de uma educação continuada na unidade, pois, assim como mencionam os participantes:

“De vez em quando devemos fazer isso, para podermos fazer uma análise auto-crítica em relação ao nosso trabalho no dia a dia”.

“O conhecimento dessa capacitação veio para voltarmos a enxergar a nossa prática”.

A educação continuada é uma importante aliada e deve se preocupar, não apenas em preparar o profissional tornando-o seguro de seus procedimentos técnicos, mas também estimular o auto-conhecimento e o uso da comunicação eficaz, valorizando o paciente como um todo.

Ainda em parceria com a equipe, com o objetivo de melhorar a atenção dispensada ao neonato internado que passa constantemente por procedimentos dolorosos, re-estruturamos a Ficha de Controle Intensivo utilizada na Unidade adicionando a escala de dor NIPS (Apêndice X), considerando a avaliação desta como um quinto sinal vital, ao qual já fazíamos uso em nossa prática diária, e deixamos como proposta para a UTIN. Durante todas as capacitações aplicadas com os funcionários explicamos como esta era usada e os apresentamos a ficha que havíamos elaborado.

Consideramos que este objetivo foi alcançado com êxito.

♥ Compreender, através do diálogo, as percepções dos familiares quanto à dor experienciada pelos recém-nascidos de alto risco.

Para o alcance deste objetivo, selecionamos cinco familiares para entrevistarmos, sendo que três deles eram mães e dois eram pais, e estes foram escolhidos por terem aceito participar do estudo e se mostrarem abertos e disponíveis.

Pudemos observar que eles eram bastante atenciosos frente a tudo o que estava acontecendo com seu filho, muitos questionavam sobre todos os procedimentos que seriam realizados com ele e demonstravam compreender os chamados de seu bebê, favorecendo o encontro e a presença genuína. Todas estas observações foram confirmadas através da entrevista aplicada.

De início, coletamos alguns dados de identificação, como idade, posição na família frente ao neonato, número de filhos, profissão, escolaridade, diagnóstico e tempo de internação do recém-nascido.

A seguir, apresentamos os resultados encontrados:

Idade dos Pais	
15 – 19 anos	40%
20 – 24 anos	40%
25 – 29 anos	20%

♥ 100% dos entrevistados mencionaram ser sua primeira experiência/vivência como pais.

♥ As profissões dos pais entrevistados diferiram em: garçonne, vendedor, torneiro mecânico, microempresário, do lar.

ESCOLARIDADE DOS PAIS	
1º grau completo	20%
2º grau completo	60%
3º grau incompleto	20%

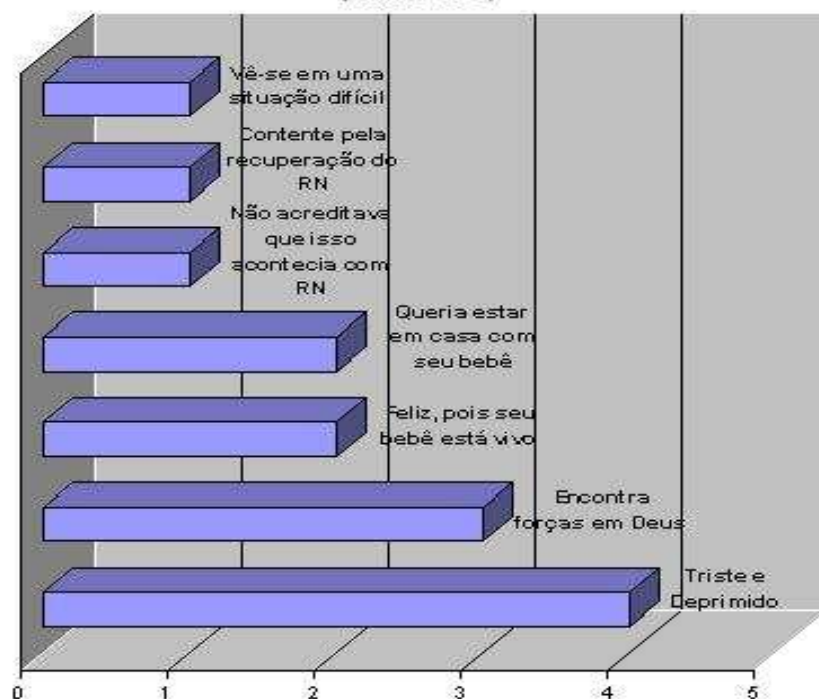
♥ Dos cinco pais entrevistados, três eram mães e dois eram pais, sendo que 60% dos mesmos tinham 2º grau completo.

Tempo de Internação e Diagnóstico do Recém-Nascido		
RN	Diagnóstico	Tempo de Internação
Pinóquio	Atresia pulmonar e Hipoplasia de Ventrículo Direito e Ramos Pulmonares	19 dias
Pocahontas	Hipertensão Pulmonar	9 dias
Pequena Sereia	Prematuridade	6 dias

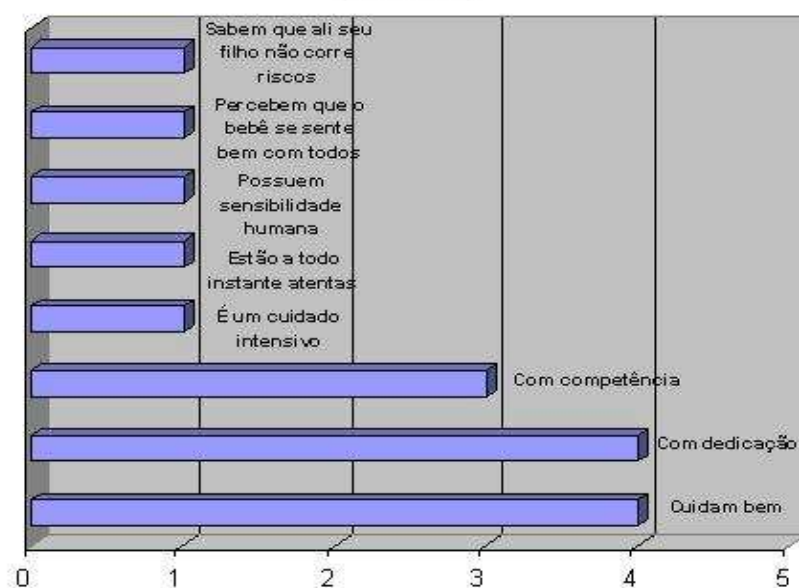
Questionamos a todos os pais entrevistados sobre seus sentimentos em relação ao processo vivenciado de internação de seu filho recém-nascido, na UTI Neonatal, e como,

em sua opinião, estava sendo construída a relação entre a equipe de saúde e o neonato. Os resultados encontram-se a seguir, ilustrados através dos gráficos.

Como você se sente frente à internação do bebê?
(Gráfico nº 6)



Como você percebe a interação entre a equipe do setor e o recém-nascido internado?
(Gráfico nº 7)



Posteriormente, focalizamos a dor em si, procurando entender qual a definição que os pais atribuíam a ela. Ampliamos este tema, indagando a percepção que tinham sobre o reconhecimento da dor.

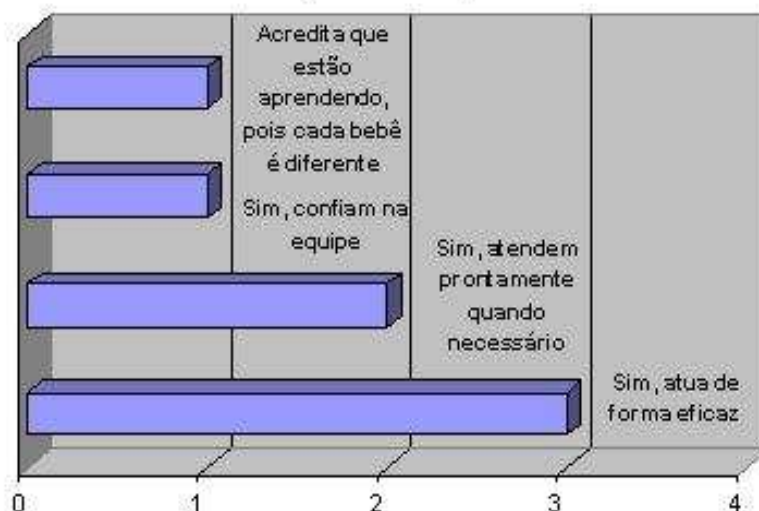


Com o intuito de entendermos o que para os pais seria um manejo efetivo da dor de seu filho, lançamos três perguntas principais. Dentre estas, procuramos avaliar se

acreditavam que a equipe atuava de maneira eficaz no alívio da dor, o que ele percebia que oferecia resultados positivos quanto a este alívio e o que realmente estes faziam para minimizar e tratar a dor de seu bebê, durante seu tempo de internação.

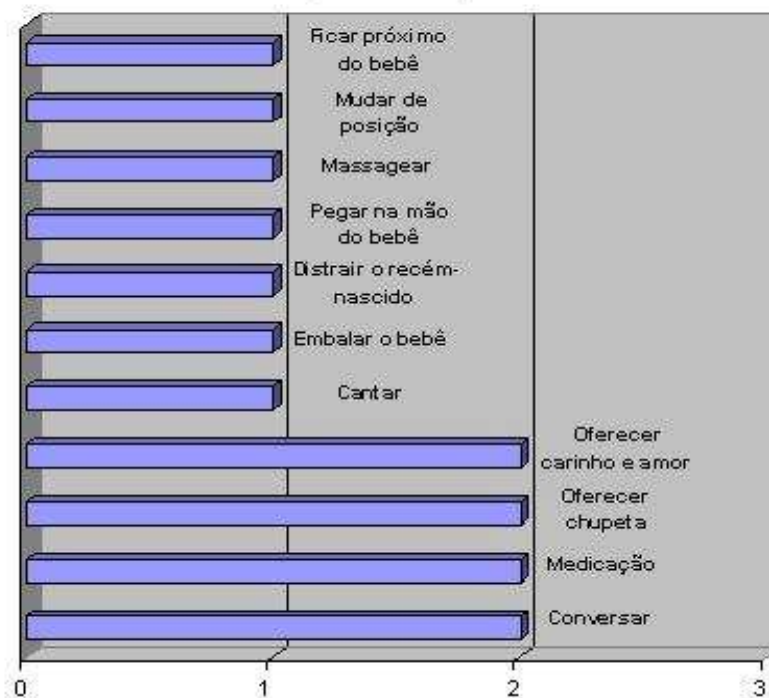
Você considera que a equipe atua de forma eficiente no alívio da dor do recém-nascido?

(Gráfico nº 10)



O que você percebe que acalma e/ou tranqüiliza o recém-nascido nos momentos de dor?

(Gráfico nº 11)



**O que você acha que pode ser feito para
minimizar e tratar a dor no recém-nascido?**
(Gráfico nº 12)



O ambiente da UTIN, frequentemente assusta os pais pelo fato de ser um local de acesso restrito, onde se realizam alguns procedimentos invasivos, ficando o neonato ligado a fios e aparelhos e rodeados por pessoas desconhecidas que dispensam alguns cuidados específicos que deveriam ser realizados pelos pais. Isso gera desconforto, ansiedade e insegurança (LIMA, ROCHA e LIMA, 2004).

Muitas das vivências dos pais são fortemente influenciadas por religião e crenças. Isso se evidencia em um dos comentários dos pais:

“Eu fico bastante deprimida, mas Deus já está cuidando dela” (Mãe de Pocahontas).

Para a maioria das famílias, a religiosidade se configura de uma forma homogênea e é uma fonte de consolo (LAMY, GOMES e CARVALHO, 1997).

O recém-nascido, muitas vezes, é visto como alguém saudável, não sujeito a doenças. Este depoimento exemplifica bem esta situação:

“Quando ela veio a ser internada a gente sentiu bastante, porque a gente não acreditava que isso acontecesse com bebês recém-nascidos, mas agora como a gente vê a recuperação dela, a gente tá mais contente” (Mãe de Pocahontas).

Fantasia e medos em torno de problemas que podem vir a acontecer com o recém-nascido são freqüentes durante a gravidez, mas muitas vezes sublimados, como na fala da mãe de Pocahontas. Talvez um dos motivos para que isso ocorra se deva ao fato de que poucos casais encontram “espaços” no pré-natal para discutir sobre dúvidas que não estejam diretamente ligadas à prática e às recomendações médicas.

Com o nascimento de um neonato que precisa de cuidados especiais, normalmente, os pais não têm tempo para ver, tocar e cuidar do bebê, logo após o nascimento. Conforme a internação vai se prolongando, se os pais não forem se adaptando a esta nova situação a fim de estabelecer a relação com seu filho, o estresse emocional só tende a aumentar e será de extrema importância o apoio de toda a equipe. Segundo Whaley e Wong (1999), o profissional é capaz de influenciar e formatar ao ambiente dos neonatos, bem como veicular sua interação com pessoas julgadas importantes para o neonato, de forma positiva, com isso traçando métodos de ensinar aos pais como desenvolverem uma relação mais forte com o seu filho, especialmente reconhecendo os problemas que os afligem. Os pais atribuem significado à forma como a Enfermagem os trata, muitas vezes, diminuindo sua ansiedade. Querem ser respeitados, e reconhecidos. A comunicação com a equipe é fundamental.

Quando questionados sobre sua percepção sobre a interação entre a equipe do setor e o recém-nascido internado, obtivemos alguns comentários, como:

“Eu achei bem competente, o pessoal é calmo, mesmo comigo às vezes nervosa, eles me acalmam” (Mãe de Pinóquio).

“(...) sensibilidade humana, eu vejo que elas têm, bastante” (Mãe de Pocahontas).

“Boa. Acho que todo mundo cuida dela como se fosse o pai dela ou a mãe dela. E dá pra sentir que ela se sente bem com todos” (Pai de Pequena Sereia).

Os pais reconhecem no trabalho da equipe de Enfermagem o cuidado que dedicam ao seu filho.

Quando questionados sobre o significado que atribuíam à dor, diferentemente das respostas obtidas com esta mesma pergunta aplicada à equipe de Enfermagem, obtivemos as seguintes respostas:

“Dor eu acho que é perder um filho... é ter um filho e ele vim com alguma deficiência ou o médico chegar pra ti e dizer: Oh, infelizmente não vai ter como salvar teu filho, acho que isso que é dor” (Pai de Pequena Sereia).

“É assim... estar ali e não poder fazer nada, isso aí eu acho que é a dor maior. Estar vendo a sua filha ali e não poder fazer nada pra ajudar ela” (Mãe de Pequena Sereia).

Como podemos perceber, muitos dos pais mencionaram o que seria dor para eles em sua vivência e não o momento vivido pelo neonato. Ficou evidente o sentimento de perda e culpa pela impotência perante a situação experienciada, e o quanto isto dificultava o envolvimento e interação com seu filho.

A dor para a criança e sua família, na maioria das vezes, significa vivenciar momentos de crise com os quais se deparam ao longo do ciclo da vida, principalmente quando este neonato precisa ser hospitalizado, enfrentando situações estressantes, como procedimentos dolorosos. A família tem de conciliar seu sofrimento e o do recém-nascido (ROSSATO, 2004).

Sobre os aspectos por eles mencionados para identificação da dor em seu bebê, estão:

“Quando ele ta choramingando muito (...) ele se mexe para um lado, se mexe para o outro, e mete a mão no rostinho, e mexe as mãos e levanta, e não fica quieto (...) às vezes ele chora, eu já sei o chorinho que é pra dor de barriga; ele faz uma careta muito feia e se vira, mexe a cabecinha pra lá e pra cá e os pés também (...)” (Mãe de Pinóquio).

“Quando ela se mexe muito, quando ela está meio de mau jeito, parece que ela está sentindo alguma dor; quando ela faz uma carinha meio de querer chorar, acho que é isso aí” (Mãe de Pequena Sereia).

Os aspectos mencionados por eles giram em torno de manifestações comportamentais, o que é justificado por não terem conhecimento científico sobre as manifestações fisiológicas que seu bebê possa vir a ter, sendo que estas são observadas principalmente em monitores e aparelhos de suporte. O choro, a expressão facial e a agitação são os parâmetros mais observados. Muitos comentam saber identificar a expressão facial e o choro que evidenciam dor. Conforme Tamez e Silva (2002), este é chamado de período materno sensitivo, e inicia ainda na gravidez, porém é após o nascimento que começa a interação recíproca.

Perguntamos a eles qual sua percepção sobre a forma em que a equipe atua no alívio da dor do neonato, segue abaixo algumas das respostas:

“Sim, está sempre presente, sempre brincando com ela. Eu acho que ela até conhece já cada um que está aí dentro, acho que sabe um por um quando brinca com ela. Acho que sabe um por um quando está minimizando a dor dela” (Pai de Pequena Sereia).

“Eu acho que eles tão aprendendo também sobre o bebê. Cada bebê, a reação da dor é diferente...”(Mãe de Pinóquio).

Toda a equipe de saúde deve estar envolvida no controle da dor do bebê, tendo familiaridade, não apenas com a avaliação da dor, mas também com os cuidados que podem ser utilizados de maneira não farmacológica. Vale ressaltar que o enfermeiro é um profissional capacitado para atender o neonato com dor e assistir sua família, é treinado e tem competência técnico-científica para uma assistência de qualidade, mas, sobretudo, é capaz de perceber mudanças significativas atuando com intuição e sensibilidade (ROSSATO, 2004).

Os familiares merecem especial atenção da equipe de saúde no processo de hospitalização do neonato. É durante a internação que é esclarecida a real situação de saúde de seu bebê, aprendem os cuidados que serão necessários a este pequeno ser (dentro e/ou fora do ambiente hospitalar) e devem ser esclarecidos sobre toda a terapêutica, equipamentos utilizados, procedimentos e exames realizados. Para que haja uma promoção genuína e duradoura dessa interação da família, é importante conhecer os mecanismos envolvidos no estabelecimento do vínculo materno e apego dos pais ao filho, para que possamos proporcionar um ambiente dentro da UTI Neonatal que incentive e apóie a integração dos pais no cuidado e recuperação do seu filho (TAMEZ e SILVA, 2002).

Sobre o que pode ser feito para minimizar e/ou tratar a dor do neonato, questionamos o que é perceptivo pelos pais e o que eles realizam para que isso ocorra. Obtivemos as seguintes respostas:

“Sei lá, passando bastante carinho pra ela, bastante afeto, bastante amor. Eu acho que ela sente desde o princípio, até pela voz quando o pai está perto ou a mãe” (Pai de Pequena Sereia).

“Na dor eu acho que mais em relação ao remedinho, ou talvez estar fazendo uma massagenzinha, virando eles (...) ou mesmo um biquinho para distrair” (Mãe de Pocahontas).

“Bastante afeto, bastante carinho, a medicação certa, claro; sempre ficar atento e cuidados especiais que uma criança tem né; acho que toda criança precisa de cuidados especiais” (Pai de Pequena Sereia).

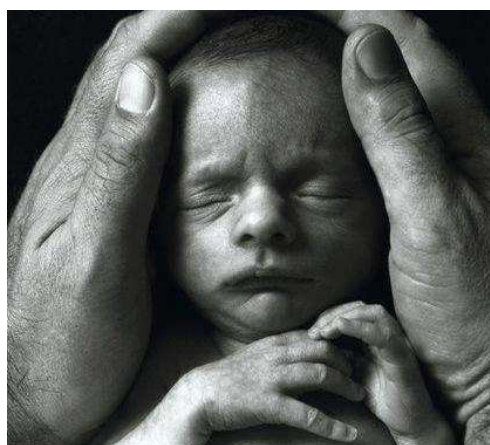
Muitos possuem conhecimento dos manejos eficazes que são utilizados para a diminuição da dor neonatal, incluindo a massagem, mudança de decúbito, oferta da chupeta para sucção não nutritiva, a medicação e outros cuidados especiais que se deve ter com o recém-nascido perante esta situação tão delicada vivenciada.

No entanto, a partir das respostas obtidas, fica evidente a importância que os pais dão ao afeto e carinho, ou seja, a atenção emocional dedicada aos recém-nascidos. Em relação a isto, Oliveira (1998, p.120), cita que a presença do amor na tessitura do cuidado

“pode favorecer a transformação, envolvendo uma mudança de valores e evolução, preparando o mundo para um discurso e uma vivência mais afetivas que racionais (...). O amor como elemento profissional deve ser visto como qualidade ética na expressão da enfermagem, construído no processo de ensinar-aprender”.

Acreditamos ter alcançado este objetivo, uma vez que a partir das estratégias propostas, pudemos compreender as percepções dos pais frente à dor do recém-nascido, e atuarmos de forma efetiva junto aos mesmos, estabelecendo uma relação de confiança, respeito, amizade e solidariedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Fonte: <http://www.annegeddes.com>

“Imagine-se nu, sem defesa, em um quarto frio, barulhento, cheio de luzes e pessoas.

Você está lutando para respirar e um gigante enfia um tubo em sua boca.

Você fica nauseado e quer vomitar.

Você tenta dormir um pouco, mas toda vez que isso acontece, alguém pensa que você

está em coma e te sacode, só para ver se você acorda ou chora...

Se você faz um movimento brusco, eles pensam logo em convulsão.

Freqüentemente vem alguém e te enfia uma agulha ou te espeta o calcanhar.

Enormes mãos frias tocam no seu corpo e apertam sua barriga.

Após alguns dias você está tão exausto que não consegue nem mais respirar....

E você só pensa em dormir... dormir.... dormir”

(Autor Desconhecido).

Quando iniciamos a elaboração do nosso Projeto de Prática Assistencial trazíamos conosco sentimentos contraditórios, ao mesmo tempo em que nos sentíamos empolgadas por poder atuar em uma unidade de internação de bebês de alto risco, precisávamos lidar com nossos medos, angústias, receios e dúvidas. Imaginávamos como seria atuar em um ambiente repleto de equipamentos, rico em tecnologia e assistir ao recém-nascido de alto risco. Seria um desafio assistir a este ser delicado, único, dotado de sentimentos, capaz de expressar suas emoções e necessitando de cuidados individualizados e diferenciados. Sabíamos que atuar prestando um cuidado humanizado aos neonatos e suas famílias, tendo como foco a dor por eles vivenciada, não seria uma tarefa fácil, pois a vivência da dor aflige não somente quem a sente, mas também quem participa deste sofrimento. Além disso, lembrar que o neonato não se expressa verbalmente, sendo necessárias habilidades específicas para o reconhecimento de sua linguagem não verbal, mostrava-se como mais um fator de receio e ao mesmo tempo um estímulo para seguir em frente.

Motivadas por estes sentimentos, decidimos realizar um estágio não obrigatório na Unidade de Internação Neonatal do Hospital Universitário. Este foi primordial, pois contribuiu para que nos sentíssemos mais seguras e ampliou o nosso olhar intuitivo, bem como, nossa sensibilidade, preparando-nos para a prestação de um cuidado humanizado.

Alguns dias após a realização deste estágio iniciamos a prática assistencial no Hospital Infantil Joana de Gusmão. A primeira semana foi dedicada para conhecer a unidade, a equipe de saúde, a prática de enfermagem ali realizada, apresentar os objetivos da prática que pretendíamos desenvolver, bem como, nos fazer conhecer.

A receptividade por parte de todos os profissionais, tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe médica, foi excelente. Cada qual com seu jeito de ser, uns um pouco mais falantes, outros mais tímidos, mas todos, sem exceção, foram muito carinhosos e participativos, colaborando com a prática desenvolvida e contribuindo para o alcance de nossos objetivos.

A Teoria Humanística de Paterson e Zderad como referencial para o desenvolvimento desta prática mostrou-se conveniente e veio ao encontro dos nossos objetivos, crenças e valores. O uso de um referencial humanístico, quando se trata do cuidado aos recém-nascidos de risco e suas famílias, vivenciando a dor favorece uma

melhor compreensão do ser humano que cuida e do que é cuidado, desenvolvendo habilidades para ouvir o que geralmente não é verbalizado, enxergar o não visível, e perceber os chamados e respostas dos seres envolvidos. O encontro, baseado numa relação dialógica que envolveu presença genuína e relacionamento contínuo mostrou-se como alicerce na construção do cuidado, levando a um cuidado de Enfermagem mais individualizado e humanizado.

Através da aplicação do roteiro de entrevista semi-estruturada com a equipe e os familiares pudemos aprofundar conceitos que antes tínhamos adquirido apenas através da teoria. Com a confecção e aplicação deste na prática percebemos que a equipe sabe reconhecer a dor neonatal e também tem conhecimento das técnicas não farmacológicas que podem e devem ser utilizadas nos momentos estressantes e potencialmente dolorosos para o bebê, no entanto este conhecimento precisa ser estimulado e lembrado para que a mecanização da assistência não passe a fazer parte do cotidiano destes profissionais, conforme mencionado pelos próprios membros da equipe de enfermagem durante as capacitações realizadas.

Ao analisarmos as entrevistas aplicadas aos familiares pudemos perceber que ao questionarmos o que para eles seria dor, algumas das respostas diferiram bastante daquelas dadas pelos profissionais de enfermagem em semelhante pergunta, atribuindo a palavra dor, a sensação de perda de um filho e não a dor física propriamente dita. Por esta razão acreditamos que o cuidar implica em exercitar a sensibilidade e a troca, e constitui-se em um constante aprendizado humano. Quando, nesse processo, nos fazemos presença genuína e ficamos abertas ao encontro, podemos perceber que os neonatos e suas famílias, ao vivenciarem a dor, querem atenção e carinho, querem ser tratados como seres humanos inseridos numa família com história e cultura própria, com expectativas, medos e ansiedades.

Alcançamos plenamente os objetivos, indo além do proposto, e isto só foi possível graças à revisão bibliográfica realizada, ao bom relacionamento com a equipe, supervisora e orientadora e principalmente a dedicação de cada um dos envolvidos no projeto. Como em toda caminhada, a estrada não foi apenas de flores, alguns espinhos as vezes incomodaram, mas estes foram ínfimos em relação as rosas colhidas.

Enfim, após toda essa vivência que resultou em amplo crescimento pessoal e profissional, percebemos que a humanização não resulta meramente pela aplicação de recursos materiais, mas, essencialmente da mudança de atitudes dos recursos humanos envolvidos no processo de cuidar. Daí a importância de que o cuidado seja ampliado, abrangendo o cliente, a família e principalmente a equipe de saúde.

Esperamos que o desenvolvimento desta nossa Prática Assistencial tenha contribuído para o *ser mais* tanto de quem está cuidando quanto de quem está sendo cuidado, buscando a sensibilização e humanização deste cuidado, principalmente com o foco sobre a dor vivenciada pelo neonato e sua família, propiciando uma relação que resulte em seu *bem estar* ou *estar melhor*.

Gostaríamos de propor que outros colegas continuem desenvolvendo práticas assistenciais no Hospital Infantil Joana de Gusmão e principalmente na Unidade de Internação Neonatal.

Finalizando gostaríamos de deixar uma frase escrita por Zaconeta et al. (2006) e que achamos ser bastante condizente com tudo o que mencionamos:

“Até quando vamos desfazer com uma mão o que a outra mão constrói? Não é contraditório prescrever Dobutamina para diminuir a frequência cardíaca de um bebê se ao mesmo tempo o barulho, a dor e a luz estão causando taquicardia? Faz sentido gastar em Vancomicina em um RN, se a pele machucada pelos esparadrapos está sendo a porta de entrada dos estafilococos? E se cuidássemos do ambiente e da pele do RN, será que esse paciente precisaria mesmo de Dobutamina e Vancomicina? (...) Estamos persuadidos que não será o óxido nítrico nem a ventilação extracorpórea que diminuirão radicalmente a mortalidade nas UTIs Neonatais e melhorarão a sobrevida, temos certeza que existe uma outra neonatologia possível e de que serão os “detalhes” (ambiente, cuidado da pele, interação com os pais, estimulação), que farão com que nossos neonatos não apenas sobrevivam, mas tenham a oportunidade de se integrar e desfrutar da grande aventura do século XXI”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ♥ ALMEIDA, JS. Saúde Neonatal – Enfermagem em Neonatologia/UTI Neonatal. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/neonatologia.htm> Acesso em: 25/08/2006.
- ♥ ANAND, KJ. Repercussões a Longo Prazo da Dor no Período Neonatal. XVII Congresso Brasileiro de Perinatologia; Florianópolis, 10 a 14 de Novembro de 2001.
- ♥ BARDT, A; D'AVILA, FS; ZELLNER, M. O Cuidado de Enfermagem Humanizado: uma Vivência de Interações Enfermeira/Recém-Nascido/Família na Unidade Neonatal. 2004. (Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- ♥ BARROS, JCR; TASE, TH. Reanimação ao Nascimento. In: LEONE, CR; TRONCHIN, DMR. Assistência Integral ao Recém-Nascido. São Paulo: Atheneu, 2001.
- ♥ BRASIL. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru - Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- ♥ BUARQUE, V; et al. O Significado do Grupo de Apoio para a Família de Recém-nascidos de Risco e Equipe de Profissionais na Unidade Neonatal. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.82, n. 4, p.295-301, 2006.
- ♥ BUB, LIR; e Orgs. Marcos para a Prática de Enfermagem com Famílias. Florianópolis: UFSC, 1994.
- ♥ D'HARLINGUE, AE; DURAND, DJ. Reconhecimento, Estabilização e Transporte do Neonato de Alto Risco. In: KLAUS, MH; FANAROFF, AA. Alto Risco em Neonatologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- ♥ DRUMMOND, JP. Dor Aguda – Fisiopatologia, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000.
- ♥ GAÍVA, MAM; DIAS, NS. Dor no Recém-nascido: Percepção de Profissionais de Saúde de um Hospital Universitário. Rev Paul Enf., v.21, n.3, p.234-9, 2002.

- ♥ GASPARD, CM; LINHARES, MBM, MARTINEZ, FE. A Eficácia da Sacarose no Alívio de Dor em Neonatos: Revisão Sistemática da Literatura. Jornal de Pediatria, São Paulo, v. 81, n. 6, p.435-442, 2005.
- ♥ GRUNAU, RVE; CRAIG, KD. Pain Expression in Neonates: facial action and cry. Pain, v. 28, p. 395-410, 1987.
- ♥ GUINSBURG, R. A Linguagem da Dor no Recém-nascido. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, 2000a.
- ♥ GUINSBURG, R. Avaliação e Tratamento da Dor no Recém-nascido. In: CARVALHO, EF; CARVALHO, WB e COLS. Terapêutica e Prática Pediátrica. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2000b.
- ♥ GUINSBURG, R. Avaliação e Tratamento da Dor no Recém-nascido. Jornal de Pediatria, São Paulo, v.75, n.3, p.149-160, 1999.
- ♥ GUINSBURG, R. Dor no Recém-nascido. In: DINIZ, EMA; SANTORO JR, M. Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- ♥ GUINSBURG, R; et al. A Dor do Recém-nascido Prematuro Submetido a Ventilação Mecânica através de Cânula Traqueal. Jornal de Pediatria, São Paulo, v.70, n. 2, p.82-90, 1994.
- ♥ GUINSBURG, R; et al. Aplicação das Escalas Comportamentais para a Avaliação da Dor em Recém-nascidos. Jornal de Pediatria, São Paulo, v.73, n. 6, p.411-418, 1997.
- ♥ HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO. Hospital Infantil Joana de Gusmão. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg> Acesso em: 25/08/2006.
- ♥ HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO. Grupo de Trabalho de Humanização. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/GTH/Principal.htm>. Acessado em 25/09/2006.
- ♥ KAMADA, I; ROCHA, SMM. As Expectativas de Pais e Profissionais de Enfermagem em Relação ao Trabalho da Enfermeira da UTIN. Rev. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v.40, n.3, p.404-411, 2006.
- ♥ KENNER, AC. Enfermagem Neonatal. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

- ♥ LAMEGO, DTC; DESLANDES, SF; MOREIRA, MEL. Desafios para a Humanização do Cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Cirúrgica. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.669-675, 2005.
- ♥ LAMY, ZC; GOMES, R; CARVALHO, M. A Percepção de Pais sobre a Internação de seus Filhos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Jornal de Pediatria, São Paulo, v.73, n.5, p.293-297, 1997.
- ♥ LEOPARDI, MT. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad – Teoria da Enfermagem Humanística. In: LEOPARDI, MT. Teorias em Enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1999. p. 131-137.
- ♥ LIMA, HF; ROCHA, LS; LIMA, MI. Experiência de Pais no Cuidado de RN na UTI-N: Passando o Meu Amor, a Minha Força e Minha Energia, Ele se Recupera mais Rápido. 2004. (Monografia) – Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2004.
- ♥ LINHAREZ, MB. Médicos e Psicólogos se Unem pela Qualidade de Vida de Prematuros. Disponível em: www.pcarp.usp.br/asci/mat13.htm. Acessado em: 13/08/2006.
- ♥ MINUZZI, AP; DIAS, AG. Cada Dia Um Novo Dia: Um Desafio na Busca da Adaptação do Recém-Nascido Portador de Malformação e sua Família. 2004. (Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- ♥ MIURA, E; PROCIANOY, RS e cols. Neonatologia – Princípios e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- ♥ MONTICELLI, M; OLIVEIRA, ME. Assistência de Enfermagem ao Recém-nascido no Centro Obstétrico. In: OLIVEIRA, ME; MONTICELLI, M; BRÜGGEMANN, OM. Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos Fundamentais. 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.
- ♥ OKADA, M; et al. Desenvolvimento do Sistema Nociceptivo e Supressor da Dor. Rev. Med.(São Paulo), 80 (ed. esp. pt.1): 78-93, 2001.
- ♥ OLIVEIRA, BRG; COLIET, N; VIERA, CS. A Humanização da Assistência à Saúde. Rev. Latino-Am Enfermagem, São Paulo, v.14, n.2, p.277-84, 2006.
- ♥ OLIVEIRA, ME. Cuidando-aprendendo Enfermagem com Amor: uma Experiência Dialógica com Mães/Recém-nascidos Pré-termo. 1998. 127 f. Dissertação (Mestrado

em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

- ♥ OLIVEIRA, ME. Cuidando-Aprendendo Enfermagem com Amor: Uma Experiência Dialógica com Mães/Recém-Nascidos Pré-Termo. In: OLIVEIRA, ME; BRÜGGEMANN, OM (Org.). Cuidado Humanizado: Possibilidades e Desafios para a Prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003 p. 85-126.
- ♥ OLIVEIRA, ME; BRÜGGEMANN, OM; FENILI, RM. A Teoria Humanística de Paterson e Zderad. In: OLIVEIRA, ME; BRÜGGEMANN, OM (Org.). Cuidado Humanizado: Possibilidades e Desafios para a Prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003 p. 11-33.
- ♥ PATERSON, JG; ZDERAD, LT. Humanistic Nursing. New York: National League for Nursing, 1988.
- ♥ PAULA, CC; et al. O Cuidado como Encontro Vivido e Dialogado na Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. Acta Paul. Enf., São Paulo, v.17, n.4, p.425-431, 2004.
- ♥ PORTO, MAS. O Prematuro no Ambulatório: Follow-up do Recém-nascido de Alto-risco. In: AZEVEDO, CES; CRUZ, WMFG. Terapêutica em Pediatria. São Paulo: Atheneu, 2001.
- ♥ PRAEGER, SG; HOGARTH, CR. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, JB. Teorias de Enfermagem: Fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.242-253.
- ♥ PRESTES, ACY; et al. Frequência do Emprego de Analgésicos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal Universitária. Jornal de Pediatria, São Paulo, v.81, nº5, p.405-410, 2005.
- ♥ PROCIANOY, RS. Dor no Recém-nascido. Jornal de Pediatria, São Paulo, v.70, n.2, p.72-73, 1994.
- ♥ RAMOS, JLA; CORRADINI; VAZ. O Recém-nascido Normal. In: MARCONDES, E. et al. Pediatria Básica – Pediatria Básica e Neonatal. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2002.
- ♥ ROCHA, FO; CRUZ, ICF. Literature review on Neonatal Pain – OBNJ Club Journal. Online Brazilian Journal of Nursing, v.3, n.1, 2004. [Online] Available at: www.uff.br/nepae/objn301rocha.htm Acessado em 13/07/2006.

- ♥ RODARTE, MDO. et al. O Ruído Gerado Durante a Manipulação das Incubadoras: Implicações para o Cuidado de Enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem, v.13, n.1, p.79-85, 2005.
- ♥ ROLIM, KMC; CARDOSO, MVLML. O Discurso e a Prática do Cuidado ao Recém-nascido de Risco: Refletindo sobre a Atenção Humanizada. Rev. Latino-Am Enfermagem, São Paulo, v.14, n.1, p.85-92, 2006.
- ♥ ROLIM, KMC; PAGLIUCA, LMF; CARDOSO, MVLML. Análise da Teoria Humanística e a Relação Interpessoal do Enfermeiro no Cuidado ao Recém-nascido. Rev. Latino-Am Enfermagem, São Paulo, v.13, n.3, p.432-440, 2005.
- ♥ ROSSATO, LM. Dimensões do Cuidado da Criança com Dor e de sua Família. REME – Rev. Min. Enf., Belo Horizonte, v.8, n.4, p.501-504, 2004.
- ♥ SETZ, VG; et al. Avaliação e Intervenção para o Alívio da Dor na Criança Hospitalizada. Acta Paul Enf, São Paulo, v. 14, n.2, p. 55-65, 2001.
- ♥ SILVA, LMG; et al. Comunicação Não-Verbal: Reflexões Acerca da Linguagem Corporal. Rev Latino-Am Enfermagem, v.8, n.4, p.52-58, 2000.
- ♥ SILVA, RNM. Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo na UTI Neonatal. In: ALVES FILHO & TRINDADE. Avanços em Perinatologia. Rio de Janeiro: MEDSI/ Guanabara Koogan, 2005, p.35-50.
- ♥ SOUZA, TM; TRONCHIN, DMR; MELEIRO, MM. Recursos Disponíveis para a Organização do Ambiente da Criança em UTI Pediátrica. Nursing, v.1, n.4, p.28-31, 1998.
- ♥ STAPE, A; LAURENTI, E; PRESTES, ACY. Analgesia e Sedação. In: KNOBEL, E. Pediatria e Neonatologia. São Paulo: Atheneu, 2005.
- ♥ TAMEZ, RN; SILVA, MJP. Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- ♥ TRONCHIN, DMR; TOMA, E. Estrutura e Organização da Unidade Neonatal. Aspectos de Enfermagem. In: LEONE, CR; TRONCHIN, DMR. Assistência Integral ao Recém-Nascido. São Paulo: Atheneu, 2001.
- ♥ WALEY & WONG. Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Internação Efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

♥ ZACONETA, CM; et al. Neonatologia – A terceira Onda. Disponível em:
<http://www.paulomargotto.com.br/>. Acesso em: 30/09/2006.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA: INT 5134- ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente trabalho, redigido de forma clara, científica e com muita sensibilidade, direciona a visão dos profissionais da saúde para a importância do cuidado humanizado aos recém-nascidos de alto risco quando confrontados com a dor. A revisão de literatura, principalmente a relacionada ao tema dor é riquíssima e nos convida a observar, nos vários momentos do cuidado, os chamados e respostas de manifestação de dor dos recém-nascidos de alto risco, bem como, nos mostra caminhos a serem percorridos no tratamento farmacológico e não farmacológico da dor. As autoras utilizaram a metodologia humanística com muita propriedade, sendo que o encontro, o diálogo, a presença genuína, o relacionamento e a compreensão dos chamados e respostas tanto do recém-nascido, quanto dos familiares e dos profissionais de saúde, estiveram presentes durante toda a prática assistencial desenvolvida. Recomendo a leitura do relatório por todos os cuidadores da saúde, pois com certeza, o mesmo contribuirá para um repensar da sua prática e proporcionará a prestação de um cuidado mais humanizado. Parabenizo as autoras pelo excelente trabalho desenvolvido e tenho certeza que sua prática profissional será plena de êxito, pois sem dúvida, será desenvolvida com muita responsabilidade, cientificidade, respeito, intuição, sensibilidade e muito amor.

Com todo meu carinho,

Profª Maria Emilia de Oliveira (Orientadora)



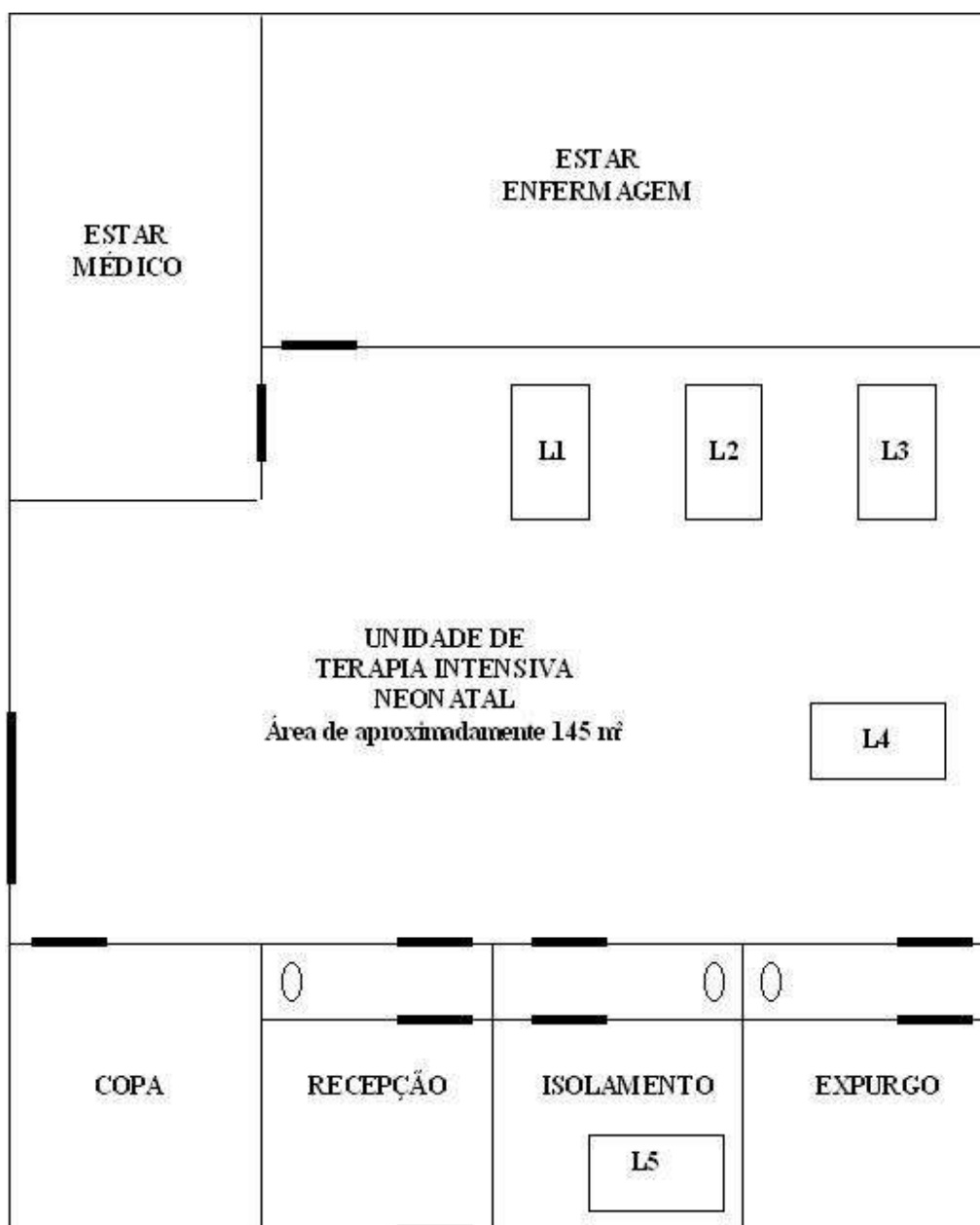
Fonte: <http://www.annegeddes.com>

APÊNDICES



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

PLANTA FÍSICA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO





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

ROTEIRO HUMANIZADO DE AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO

Identificação do RN

Nome: _____

Sexo: () F () M

Nome da Mãe: _____

Idade: _____

Nome do Pai: _____

Idade: _____

Estado civil dos pais: _____

Escolaridade dos pais: _____

Data de Nascimento do RN: _____

Idade Gestacional: _____

Tipo de Parto: _____

Apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____

Peso ao nascer: _____

Posição na família: _____

Raça: _____

Procedência: _____

Antecedentes obstétricos: _____

Número de consultas pré-natais: _____

Diagnóstico Médico: _____

Data da internação: _____

Observação Intuitiva

Observação Científica

Exame Físico do RN**Dados Antropométricos**

PC: _____ PT: _____

Peso: _____ Altura: _____

Oxigenação

FR: _____ Ritmo: _____

Características da respiração: _____

Saturação de O₂: _____

Gasometria: _____

Coloração da pele: _____

Oxigenoterapia (forma): _____

Circulação

FC: _____ PA: _____

Ritmo: _____

Ausculta Cardíaca: _____

Nutrição / Hidratação

Tipo de Alimentação: () leite materno

() leite industrializado () nutrição parenteral

Forma de ingestão: () seio materno () sucção nutritiva

() SNG / SNE () via parenteral

Pega da aréola: _____

Poder de sucção: _____

Turgor da pele: _____

Presença de edema: _____

Fontanelas: _____

Glicemia capilar: _____

Regulação Térmica

Tax: _____ T berço: _____

() berço normal () berço aquecido () incubadora

Eliminações*Vesical:*

() micção espontânea. Frequência: _____

Características: _____

Observação Intuitiva**Observação Científica**

() cateter vesical. Volume: _____

Características: _____

() coletor de urina. Volume: _____

Características: _____

Intestinal:

Tipos de fezes: () mecônio

() fezes de transição () fezes de leite

Frequência: _____

Características: () pastosas () semi-líquidas

() líquidas () endurecidas

Drenagens:

() resíduo gástrico por sondagem

Volume: _____ Características: _____

() vômito Características: _____

() regurgitação Características: _____

() salivação excessiva

Integridade Cutâneo-Mucosa

Icterícia: () Até 24h de vida () entre 24 e 48h

() Após 48h () não observado

Grau de Icterícia:

() 1 – cabeça e pescoço

() 2 – tronco até o umbigo

() 3 – abdome e coxa

() 4 – membros até punhos e tornozelos

() 5 – mãos e pés, inclusive regiões palmares e plantares

Coto Umbilical: _____

Presença de:

() vérnix caseoso () bossa serossanguinolenta

() millium sebáceo () lanugem

() mancha mongólica () angiomas teleangectásios

() cefalohematoma () descamação fisiológica

() outros: _____

Observação Intuitiva

Observação Científica

() Presença de curativo

Região: _____

Características: _____

Regulação neurológica

Nível de consciência:

() sonolento () alerta () torporoso () comatoso

() outros: _____

Sono e Vigília

() Estado 1 – sono profundo, olhos fechados, respiração regular, sem atividade motora, tônus muscular relaxado.

() Estado 2 – sono leve, olhos fechados, movimentos oculares rápidos, respiração irregular, movimentação muscular, expressões faciais, tônus muscular elevado.

() Estado 3 – sonolento, pálpebras abertas ou fechadas, olhar sem fixar-se, atividade motora fraca, respiração regular.

() Estado 4 – alerta, olhos bem aberto, atento à estimulação ambiental, pode fixar o olhar, sem atividade motora, respiração regular.

() Estado 5 – alerta com atividade motora importante, vocaliza rosto contraída ou não, olhos abertos, respiração regular.

() Estado 6 – chora vigorosamente, atividade motora intensa, olhos fechados ou não, lágrimas.

NIPS	0	1	2	Total
Expressão Facial	Relaxada	Contraída	-	
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso	
Respiração	Relaxada	Diferente da basal	-	
MMSS	Relaxados	Fletidos Extendidos	-	
MMII	Relaxados	Fletidos Extendidos	-	
Estado de Consciência	Dormindo Calmo	Desconfortável	-	

Observação Intuitiva

Observação Científica

Terapêutica

Acesso Venoso (tipo e região): _____

() Medicação EV: _____

() Medicação IM: _____

() Medicação SC: _____

() Medicação VO: _____

Observação Intuitiva

Observação Científica



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

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADO À FAMÍLIA COM RN
INTERNADO NA UTI NEONATAL DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO (HIJG)**

1. Nome (opcional):
2. Idade: Sexo:
3. Escolaridade:
4. Profissão:
5. Posição na família (referente ao recém-nascido):
6. Tempo de internação do RN na UTIN:
Diagnóstico Médico:

- | |
|--|
| <p>7. Se você é o pai ou a mãe, quantos filhos possui?
Alguns deles já necessitaram de internação? () Sim () Não
Por que?.....
.....</p> |
|--|

8. Como você se sente frente à internação do bebê?

.....
.....
.....

9. Como você percebe a interação entre a equipe do setor e o recém-nascido internado?

.....
.....
.....

10. O que é dor para você?

.....
.....
.....

11. Como você percebe a dor no recém-nascido?

.....
.....
.....

12. Você considera que a equipe atua de forma eficiente no alívio da dor do recém-nascido?

.....
.....
.....

13. O que você percebe que acalma e/ou tranqüiliza o recém-nascido nos momentos de dor?

.....
.....
.....

14. O que você acha que pode ser feito para minimizar e tratar a dor no recém-nascido?

.....
.....
.....



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

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADO À EQUIPE DE ENFERMAGEM
DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO (HIJG)**

1. Nome (opcional):
2. Idade:
3. Possui filhos? () Sim () Não Quantos?
4. Cargo na Instituição: () Enfermeira (o)
() Técnico de enfermagem
() Auxiliar de enfermagem
Outro:
5. Possui outro emprego? () Sim () Não
Onde (Instituição e unidade)?
Cargo: () Enfermeira (o)
() Técnico de enfermagem
() Auxiliar de enfermagem
Outro:
6. Você acha importante promover a interação RN/mãe/família? Por que?
.....
.....
7. O que você faz para promover essa interação entre RN/mãe/família?
.....
.....
.....
8. Como você conceitua dor?
.....
.....
9. Quais aspectos você observa para reconhecer a dor?
.....
.....
.....
10. O que você faz para minimizar e tratar a dor no recém-nascido?
.....
.....
.....



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a). a participar do trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina “Identificando e Atuando nos Chamados e Respostas do Recém-Nascido de Alto Risco, em uma Unidade de Terapia Intensiva, Baseadas no Referencial Humanístico de Paterson e Zderad” que será desenvolvido pelas acadêmicas: Aline Piaceski Arceno e Emanuella Soratto da Silva, orientado pela Prof^a Msc. Maria Emília de Oliveira e supervisionado pela enfermeira Joseila Cristina Franzon, a realizar-se na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

Este trabalho tem como objetivo cuidar dos recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, baseadas no referencial humanístico de Paterson e Zderad, identificando e minimizando as manifestações de dor experienciadas nos vários momentos do cuidado.

Sua participação, de sua família, bem como a de seu recém-nascido nesse trabalho, será com o fornecimento de dados, obtidos através de conversa com as acadêmicas que serão gravadas e posteriormente transcritas, observação direta pelas mesmas e realização de cuidados de Enfermagem com o bebê.

A participação nesta prática não irá prejudicar, sob nenhum aspecto, os envolvidos neste trabalho. Será garantido que seu nome ou qualquer outro dado que o (a) identifique serão mantidos em sigilo, e que o Sr. (a) terá liberdade para desistir a qualquer momento.

Após ler o presente termo e aceitar participar do trabalho, pedimos que assine as duas vias do termo de Consentimento, sendo que uma delas ficará em seu poder.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento a respeito do trabalho poderá ser obtido com as acadêmicas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão, ou pelos telefones 9134 3289/ 8404 0216.

Os dados obtidos serão conservados pelas autoras em uma pasta específica de posse única das acadêmicas.

Eu, _____, abaixo assinado, declaro através deste documento, meu consentimento em participar como sujeito do presente trabalho. Declaro ainda, que estou ciente do objetivo e do método, bem como dos meus direitos de desistir a qualquer momento e do anonimato.

Assinatura: _____.
Florianópolis, ____ / ____ / ____.



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a). a participar do trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina “Identificando e Atuando nos Chamados e Respostas do Recém-Nascido de Alto Risco, em uma Unidade de Terapia Intensiva, Baseadas no Referencial Humanístico de Paterson e Zderad” que será desenvolvido pelas acadêmicas: Aline Piaceski Arceno e Emanuella Soratto da Silva, orientado pela Prof^a Msc. Maria Emília de Oliveira e supervisionado pela enfermeira Joseila Cristina Franzon, a realizar-se na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

Este trabalho tem como objetivo cuidar dos recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, baseadas no referencial humanístico de Paterson e Zderad, identificando e minimizando as manifestações de dor experienciadas nos vários momentos do cuidado.

Sua participação será com o fornecimento de dados, obtidos através da observação da prestação de cuidados e respostas a um roteiro de entrevista semi-estruturada, previamente elaborado pelas acadêmicas, que será gravado e posteriormente transcrito.

A participação nesta prática não irá prejudicar, sob nenhum aspecto, os envolvidos neste trabalho. Será garantido que seu nome ou qualquer outro dado que o (a) identifique serão mantidos em sigilo, e que o Sr. (a) terá liberdade para desistir a qualquer momento.

Após ler o presente termo e aceitar participar do trabalho, pedimos que assine as duas vias do termo de Consentimento, sendo que uma delas ficará em seu poder.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento a respeito do trabalho poderá ser obtido com as acadêmicas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão, ou pelos telefones 9134-3289/ 8404-0216.

Os dados obtidos serão conservados pelas autoras em uma pasta específica de posse única das acadêmicas.

Eu, _____, abaixo assinado, declaro através deste documento, meu consentimento em participar como sujeito do presente trabalho. Declaro ainda, que estou ciente do objetivo e do método, bem como dos meus direitos de desistir a qualquer momento e do anonimato.

Assinatura: _____.
Florianópolis, ____ / ____ / ____.



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

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO E USO DE REGISTROS FOTOGRÁFICOS
DA PRÁTICA ASSISTENCIAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO**

Autorizo as acadêmicas Aline Piaciski Arceno e Emanuella Soratto da Silva, do último período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, realizarem registros fotográficos durante as atividades práticas na Unidade neonatal do HU.

Estou consciente de que as fotos selecionadas sob minha autorização serão utilizadas em trabalhos desenvolvidos pelas estudantes, que manterão os devidos cuidados de não identificação do recém-nascido internado na Unidade Neonatal.

Dentre as fotos reveladas, permito a divulgação da(s) seguintes:

Fotos nº: _____.

Assinatura: _____.

Florianópolis, ____ / ____ / ____.

- () Familiar do recém-nascido.
- () Membro da equipe de Enfermagem da Unidade Neonatal



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

**PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADA A POCAHONTAS,
COM BASE NA TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD**

DIÁLOGO INTUITIVO	DIÁLOGO CIENTÍFICO	FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICO
♥ Conhecemos Pocahontas no dia seguinte a sua chegada à unidade. Ela era uma menininha bastante agitada, e recebemos o plantão com a notícia de que já havia se extubado duas vezes durante a madrugada. Neste dia acompanhamos todos os cuidados prestados a ela, com objetivo de estabelecer uma relação dialógica. Durante o banho demonstrou sentir-se muito incomodada, comprimindo olhos, abrindo a boca e apertando os dedos das mãos, principalmente na hora da retirada do micropore que fixava a venda ocular; em certos momentos parecia querer chorar, porém não a ouvíamos, apenas percebíamos através de sua expressão facial tensa e ruborizada. Após o banho, quando a aconchegamos no ninho, oferecendo conforto, carinho e conversando com ela, passou a ficar calma e mais tranqüila. Durante o restante da manhã, manteve-se bastante atenta a tudo, observando muito o ambiente, porém não demonstrando qualquer	Exame físico e dados coletados do prontuário de Pocahontas no dia 18/10 <u>Identificação do RN</u> Nome: Pocahontas Sexo: F Idade da mãe: 21 anos Idade do pai: 20 anos Estado civil dos pais: casados Escolaridade dos pais: mãe – 3º grau incompleto de comércio exterior; pai – 2º grau completo Data de Nascimento do RN: 07/10/2005 (14:25h) Idade Gestacional: 42 semanas Tipo de Parto: cesariana Apgar: 1º minuto: 9 5º minuto: 9 Peso ao nascer: 3550g Posição na família: 1ª filha Raça: branca Procedência: Criciúma Antecedentes obstétricos: sem antecedentes Número de consultas pré-natais: 6 consultas Diagnóstico Médico: Hipertensão pulmonar (fechamento precoce do canal arterial) Data da internação: 10/10/2006	O bebê respondia ao manuseio demonstrando desconforto e dor. Seus chamados, tentavam de forma dialógica avisar que queria aconchego e conforto, sem estímulos externos. Buscamos responder aos chamados do bebê mostrando-nos presentes e favorecendo o relacionamento. Evidencia-se aqui a importância de um cuidado mais sensível e humano para o conforto e desenvolvimento do recém-nascido.

desconforto ao ser manuseada. Por muitas vezes pudemos perceber que ela sugava a sonda orogástrica e o tubo orotraqueal. Durante a troca de curativo do PICC, continuou a observar o ambiente a sua volta, não demonstrando qualquer incômodo ou desconforto ao procedimento. Neste mesmo dia, conhecemos os pais de Pocahontas. Ambos estavam bastante aflitos, a mãe chorava bastante e o pai questionou muitas coisas durante conversa com a plantonista. Achamos que este não seria um bom dia para tentar estabelecer uma relação com eles, por isso deixamo-los sozinhos e a vontade para observar o ambiente e fazer companhia a seu bebê. Permaneceram apenas por uns minutos e logo foram embora. ♥ Retornamos a Unidade cinco dias depois. Pocahontas havia se extubado uma vez durante a madrugada e pudemos perceber que sua inquietude ainda não havia diminuído. Durante o banho, continuou a agitar-se, fletindo e extendendo membros, hiperextendendo o corpo, contraindo a face, comprimindo fenda palpebral, abrindo a boca e enrugando a testa, respondendo aos nossos chamados com bastante desconforto. Após realização do mesmo, a aconchegamos em um ninho, a colocamos em decúbito lateral esquerdo e a enrolamos deixando-a bem contida, repousando nossas mãos sobre seu peito e sua cabeça. Demorou apenas alguns	<u>Exame Físico do RN</u> <u>Dados Antropométricos</u> PC: 34cm PT: 34cm Peso: 3280g Altura: 51,5cm <u>Oxigenação</u> FR: 68mpm Ritmo: irregular Características da respiração: ausência de roncos ou sibilos Saturação de O₂: 86% Gasometria: PH: 7,37; PCO₂: 46,2; HCO₃: 27,3 Coloração da pele: acianótica, corada, rosada Oxigenoterapia (forma): cateter nasal tipo óculos (com bolhas) <u>Circulação</u> FC: 135bpm PA: 93/75mmHg Ritmo: sinusal, regular Ausculta Cardíaca: 2T s/s, bulhas normofonéticas <u>Nutrição / Hidratação</u> Tipo de Alimentação: leite materno 10ml Forma de ingestão: sucção nutritiva Pega da aréola: boa pega Poder de sucção: forte, porém ainda descoordenado Turgor da pele: hidratada Fontanelas: bregmática com 2cm e lambdóide fechada Glicemia capilar: 128mg/dl <u>Regulação Térmica</u> Tax: 35,5°C T berço: potência 20% () berço normal (x) berço aquecido () incubadora <u>Eliminações</u> Vesical: micção espontânea. Frequência: 10 vezes em 24 horas Características: amarelo claro/ média quantidade Intestinal:	O bebê chamava, procurando algo para sugar, e respondia ao tubo e a sonda, satisfazendo suas necessidades de sucção. Os pais de Pocahontas mostravam-se bastante fragilizados pela situação do recém-nascido. O ambiente hospitalar mostrava-se como um empecilho para que o encontro com seu filho se efetivasse de forma completa? Como dar as respostas esperadas? Será que a equipe compreendia os chamados do recém-nascido? O bebê chamava, procurando por estabilidade e descanso, e respondia aos manuseios com bastante estresse, desconforto e dor. Evidencia-se aqui a importância do cuidado humanizado e voltados para o conforto, contenção e aconchego do recém-nascido, valorizando seus sentimentos, chamados e respostas.
---	--	--

Demorou apenas alguns segundos para ela se acalmar e até pegar no sono. Seus pais chegaram um pouco depois deste procedimento e pareciam menos aflitos e mais familiarizados ao ambiente. A plantonista conversou com ambos a necessidade de manter Pocahontas entubada e recebendo óxido nítrico. Os dois mantiveram-se atentos a explicação e fizeram muitas perguntas, principalmente referentes a alimentação do RN. Este seria um bom dia para iniciarmos nossa interação com os pais de Pocahontas, porém ambos permaneceram muito pouco tempo na unidade; esperaram apenas pela conversa com a plantonista e se retiraram em seguida. Mais tarde, durante a troca de curativo do PICC, Pocahontas voltou a agitar-se, fletindo e extendendo membros, mexendo a cabeça de um lado para o outro, franzindo a testa, abrindo a boca e comprimindo fenda palpebral, respondendo desconfortavelmente ao manuseio. Oferecemos duas gotinhas de glicose 25%, a contemos melhor e passamos a conversar com ela. Começou a sugar a sonda orogástrica e tubo orotraqueal e aos poucos foi se acalmando. Após o procedimento, encontrava-se mais calma, porém bastante atenta a tudo, mantendo os olhos bem abertos a observar o ambiente. ♥ Nosso terceiro encontro, ocorreu no dia seguinte. Chegamos a unidade uns 20	Tipos de fezes: fezes de transição Frequência: em 3 dias, 2 vezes em grande quantidade Características: pastosas <u>Integridade Cutâneo-Mucosa</u> <i>Icterícia</i>: não observado <i>Coto Umbilical</i>: quase totalmente cicatrizada Presença de: millium sebáceo e descamação fisiológica Presença de curativo em membro superior direito (PICC) e membro inferior direito (acesso venoso periférico) Características: sem sinais flogístico, soroma ou infiltração <u>Regulação neurológica</u> <i>Nível de consciência</i>: acordada, alerta aos chamados e manuseios <u>Sono e Vigília</u> Estado 5 – alerta com atividade motora importante, vocaliza rosto contraída ou não, olhos abertos, respiração regular. <table><tr><th>NIPS</th><th>Total</th></tr><tr><td>Expressão Facial</td><td>1</td></tr><tr><td>Choro</td><td>1</td></tr><tr><td>Respiração</td><td>1</td></tr><tr><td>MMSS</td><td>1</td></tr><tr><td>MMII</td><td>1</td></tr><tr><td>Estado de Consciência</td><td>1</td></tr></table> Verificado logo após a passagem de plantão no início da manhã, antes dos demais cuidados. Totaliza 6 pontos indicando presença de dor e desconforto. <u>Terapêutica</u> Acesso Venoso (tipo e região): PICC em membro superior direito e acesso venoso periférico em membro inferior direito	NIPS	Total	Expressão Facial	1	Choro	1	Respiração	1	MMSS	1	MMII	1	Estado de Consciência	1	Neste momento evidencia-se a importância da relação dialógica entre a equipe e os pais do RN, bem como a compreensão de seus chamados e respostas. O RN chamava-nos com seus movimentos corporais e expressões faciais. Buscando favorecer o encontro respondemos, mostrando-nos presentes. O diálogo se estabelecia e a relação EU-TU começava a consolidar-se.
NIPS	Total															
Expressão Facial	1															
Choro	1															
Respiração	1															
MMSS	1															
MMII	1															
Estado de Consciência	1															

Chegamos a unidade uns 20 minutos antes da passagem de plantão, Pocahontas estava sendo extubada. Nossa como ela sofreu! Após extubação, foi colocado em CPAP e chorou durante muito tempo. Tinha expressão facial de dor com fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, boca aberta e estirada na horizontal, língua tensa e protrusa. Extendia e fletia membros, em certos momentos hiperextendia o corpo todo. Houve queda de saturação e aumento da frequência cardíaca. Permaneceu com esses sinais de dor e desconforto até retirarem o CPAP e colocarem apenas o cateter nasal tipo óculos. Porém a agitação voltou durante a realização do banho e troca do curativo do PICC. Neste dia foi bastante difícil consolar Pocahontas. Oferecemos dedo de luva com glicose 25%, chupeta, a deixamos bem contida no berço, colocamos em decúbito lateral direito, depois em esquerdo, porém demorou bastante para ela acalmar-se. Precisou de sedativo extra para conseguir relaxar e descansar. Nosso plantão foi realizado no período matutino e neste dia não vimos os pais de Pocahontas. ♥ No dia seguinte, em nosso plantão, Pocahontas continuou a agitar-se e a única forma de deixá-la mais calma e relaxada era oferecendo o dedo de luva ou a chupeta.	Medicação EV: Dobuta 1,8ml + SG 5% 10,2ml 12/12h Fentanil 4,6ml + SG 5% 7,4ml 30/30h Ampicilina 320mg 12/12h Gentamicina 12,8mg 24/24h Dexametasona 0,8mg 12/12h <u>Prescrição de enfermagem:</u> ♥Pesar diariamente. ♥Verificar sinais vitais de 3/3hs. ♥Dar banho no leito e realizar higiene oral. ♥Fazer rodízio para o sensor do oxímetro 3/3hs. ♥Ofertar dieta por SOG/gavagem 3/3hs. ♥Registrar frequência e características da diurese/ evacuações/vômitos/regurgitação. ♥Propiciar um ambiente calmo e tranquilo o quanto possível. ♥Lavar PICC com 0,5ml de água destilada com seringa de 10 ou 20ml. ♥Promover toque, fala e conforto adequados. ♥Manter cuidados com SOG. ♥Observar e registrar sinais de hipo/hipertermia. ♥Favorecer contato RN/mãe/ pai. ♥Promover o DNPM (tocar, acariciar, conversar). ♥Para a realização de procedimento doloroso, oferecer 2 gotas de glicose 25% associada a sucção não-nutritiva. Recebemos o plantão com notícias de que Pocahontas havia necessitado de sedativo extra para acalmar-se e poder dormir durante a madrugada. Recebeu leite por via oral com seringa aceitando todos os 25ml	O recém-nascido chamava por descanso e alívio de sua dor. Respondia ao manuseio e procedimento com alto nível de estresse e dor. Aqui se evidencia a importância de compreender os limites da técnica e a percepção dos chamados do RN. É perceptível o grau de estresse vivenciado pelo RN. Compreendíamos de maneira correta o seu chamado? Como poderíamos atuar? Em certos momentos nos sentimos impotentes e mesmo mostrando-nos presentes e receptivos nem sempre conseguimos estabelecer um diálogo efetivo; é preciso receptividade de ambas as partes, e como ser receptivo quando confrontado com o estresse? Estava a equipe compreendendo os chamados de Pocahontas? O que a incomodava? Seria a necessidade de interação com seus pais?
--	--	---

Foi oferecido o seio a Pocahontas pela primeira vez, neste dia. Sua mãe estava extremamente nervosa, pediu até para seu marido sair, pois tinha vergonha. Tremia bastante. Ainda desajeitada, disse que tinha medo de não saber amamentar. Conversamos bastante, nós e os pais de Pocahontas. A partir deste momento, a relação estava acontecendo. Ambos nos fizeram bastantes perguntas, expuseram seus medos e angustias e nos agradeceram bastante por estar dando atenção a eles e cuidando tão bem de sua filha. Sentimos que chegara a hora de convidá-los a participar de nosso trabalho. Os dois aceitaram prontamente colaborar. Lemos juntos os termos de compromisso e após assinatura do mesmo, realizamos as entrevistas. Apenas o pai de Pocahontas demonstrou um pouco de timidez, mas a mãe conversou sobre o RN, expondo suas angústias e dificuldades. ♥ Nosso quinto e último encontro foi no dia seguinte. Pocahontas estava mais tranqüila, agitando-se poucas vezes, principalmente devido ao manuseio excessivo, porém demonstrando apenas irritação por ter sido incomodada no momento de descanso. Os pais de Pocahontas estavam mais presentes e participaram dos cuidados, trocando fraldas e a mãe auxiliou no banho de banheira. Pareciam não se conterem de tanta alegria. Conversaram bastante conosco	no primeiro horário da dieta. No segundo horário Pocahontas foi colocada, pela primeira vez, ao seio. Conseguiu sugar bem, porém ainda demonstra descoordenação entre a respiração e a sucção. Permaneceu ao seio apenas 5 minutos, após permaneceu no colo da mãe e descansou confortavelmente. Mamou ao seio durante 15 minutos, pega ainda descoordenada, porém com bom poder de sucção. Recebeu os cuidados de higiene e conforto pela técnica, com o auxílio dos pais.	A relação mãe/RN ainda estava fragilizada. A mãe expressava seus medos e fragilidades. Buscava respostas aos seus próprios anseios. Será que não se sentia preparada para cuidar do RN? A equipe entendia seus chamados? O RN compreendia a sua inquietação? Percebemos que para ser presença é necessário se fazer presente, compreendendo as dúvidas, as angústias. Calando quando for preciso e interagindo nos momentos certos. O diálogo não se estabelece se cuidador e ser cuidado não estiverem abertos e disponíveis. Acreditamos que a entrevista possibilitou-nos uma reflexão sobre os sentimentos experienciados. Provavelmente o recém-nascido estava encaminhando –se para o estar melhor. Seus chamados estavam sendo atendidos, e o encontro com a mãe e nós já era uma realidade. O RN teve seus chamados atendidos pelos pais que já sentiam-se mais confiantes, relacionando-se e promovendo o encontro. Ambos chamavam, querendo
---	---	---

Conversaram bastante conosco e nos confessaram estar com bastante medo de ir para o berçário, pois as técnicas daquela unidade poderiam não dar tanta atenção para Pocahontas como ocorre na UTIN. Nós tentamos acalmá-los e deixá-los os mais confiantes possíveis, dizendo que cada unidade é diferente da outra e que nem por isso significa que lá será pior. Nos despedimos desejando muitas felicidades e bastante coisa boa pela frente. Ambos convidaram-nos para visitá-los na unidade e disseram que sentiriam saudades. Foram encaminhados para o berçário felizes e contentes. Pocahontas seguiu no colo da mãe e o pai ia ao lado, com um brilho constante nos olhos.		expor seus sentimentos. Mostrando-nos presentes propiciamos o chamado e respondemos orientando. Aqui podemos perceber o valor da compreensão dos chamados de forma plena. Evidenciamos neste momento que a relação dialógica mãe/recém-nascido/pai e equipe de enfermagem tinha se estabelecido.
---	--	--

**PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADA A NALA,
COM BASE NA TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD**

DIÁLOGO INTUITIVO	DIÁLOGO CIENTÍFICO	FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICO
♥ Logo no primeiro dia de Prática Assistencial, ao chegarmos à unidade conhecemos Nala, que permanecia em berço, intubada, com marcapasso, cateter de diálise, dois drenos de tórax, além de estar recebendo vários medicamentos. Ela nos chamou a atenção desde o primeiro momento, já que dos três bebês internados na unidade, Nala era a única em pós-operatório cardíaco e que se encontrava com o quadro mais grave. Nala,	Exame físico e dados coletados do prontuário de Nala no dia 10/10/2006 <u>Identificação do RN</u> Nome: Nala Sexo: F Estado civil dos pais: casados Data de Nascimento do RN: 05/08/2006 Idade Gestacional: 41 semanas e 1 dia Tipo de Parto: vaginal	O bebê respondia ao manuseio

embora muito sedada, reagia sempre ao manuseio, fazendo força para tossir, mantinha as mãos fechadas e flexionava membros superiores e inferiores. Mantinha os olhos e ouvidos com tampão, para evitar estímulos externos, dificultando a avaliação de sua expressão facial durante os procedimentos. Apresentou episódios de hipertonia durante os cuidados de higiene e conforto, sem qualquer tipo de movimentação abdominal respiratória. Estava apresentando episódios de hipo e hiperglicemia, estando prescrito o teste de glicemia capilar de hora em hora. Os calcanhares de Nala estavam escuros, arroxeados, relacionados às várias punções realizadas no local. Fomos nos informar no prontuário sobre o quadro de Nala, já que além do pós-operatório cardíaco pela Coarctação de Aorta, Nala também apresentava atresia de coanas bilateral e fenda labial. Percebíamos como os funcionários a olhavam com pena ou mesmo nem olhavam, pela sua malformação facial. A mãe de Nala chegou à unidade próximo das 11 horas e permaneceu o tempo inteiro ao lado de Nala, acalentando, fazendo carinho em sua cabeça, e prestando atenção a todos os detalhes à sua volta, aos monitores, à movimentação dos funcionários na unidade e aos procedimentos com os outros bebês. Mantinha os olhos sempre em Nala, segurando sua mão. Sorriu poucas vezes ao	Tipo de Parto: vaginal Apgar: 1º minuto: 6 5º minuto: 8 Peso ao nascer: 3850g Posição na família: 1ª filha Raça: branca Procedência: Hospital Regional de São José Número de consultas pré-natais: 8 consultas Diagnóstico Médico: RN a termo, GIG, Atresia de coanas bilateral, fenda labial, Coarctação de aorta importante e duas comunicações intra-ventriculares pequenas Data da internação: 25/09/2006 <u>Exame Físico do RN</u> <u>Dados Antropométricos</u> PC: 34cm PT: 35cm Peso: 4100g Altura: 49cm <u>Oxigenação</u> FR: 46mpm Ritmo: regular Características da respiração: movimento respiratório presente, com sibilos Saturação de O₂: 99% Gasometria: PH:7,33; PCO₂: 49,6; HCO₃: 26,7 Coloração da pele: hipocorada, hidratada, acianótica Oxigenoterapia (forma): ventilação mandatória controlada,	demonstrando desconforto e dor. Seus chamados tentavam de forma dialógica avisar que queria aconchego e conforto, sem estímulos externos. A equipe estava preparada para cuidar deste bebê? Como apoiar os pais se a equipe deixa aproximação? Percebe-se como o diálogo e a interação entre a equipe e o bebê estava prejudicada. Será que a equipe compreendia seus chamados e respostas? O ambiente hospitalar (intensivo e estranho) mostrava-se como um empecilho para que o encontro com seu filho se efetivasse de forma completa? A relação e o
---	--	--

lado de sua filha. Foi conversar com a plantonista sobre o quadro da filha e não um contato muito próximo com a equipe de enfermagem.	FIO₂: 4%, T inspiração: 43 segundos, T expiração: 87 segundos <u>Circulação</u> FC: 133bpm PA: 87/39mmHg PAE: 13cmH₂O Ritmo: regular Ausculta Cardíaca: bulhas normofonéticas 2T s/s <u>Nutrição / Hidratação</u> Tipo de Alimentação: leite materno e nutrição parenteral Forma de ingestão: SOJ e via parenteral Pega da aréola e sucção: segundo avaliação da fonoaudióloga, em 16/09, apresentava melhora no poder de sucção, porém tinha dificuldade respiratória referente à condição clínica. Turgor da pele: Hidratada Fontanelas: bregmática 2cm e lambdóide fechada Glicemia capilar: 157mg/dl <u>Regulação Térmica</u> Tax: 36,5°C T berço: desligado (X) berço normal () berço aquecido () incubadora <u>Eliminações</u> <i>Vesical:</i> com sonda vesical de demora. Volume: 18ml/h Características: amarelo citrino <i>Intestinal:</i> Tipos de fezes: fezes de leite Frequência: 1,5 vezes ao dia.	diálogo da mãe de Nala com a equipe estaria prejudicado? Como poderíamos responder aos seus chamados?
--	---	--

Características: pastosas

Integridade Cutâneo-Mucosa

Icterícia: não observado.

Coto Umbilical: cicatrizado

Presença de curativo em lateral direita e esquerda do tórax (drenos de tórax); região abdominal central (cateter de diálise); região cervical direita (PICC em subclávia); região cefálica (acesso venoso); membro superior esquerdo.

Características: sem sinais flogísticos, soroma ou infiltração em PICC, acesso venoso em região cefálica e acesso venoso em membro superior esquerdo; drenando alta quantidade de secreção serosa em drenos de tórax e cateter de diálise.

Regulação neurológica

Nível de consciência: sonolenta, agitando-se ao manuseio; mesmo com sedativos e analgésicos, mantém-se responsiva.

Sono e Vigília

Estado 3 – sonolento, pálpebras abertas ou fechadas, olhar sem fixar-se, atividade motora fraca, respiração regular.

NIPS	Total
Expressão Facial	1
Choro	0
Respiração	1
MMSS	1
MMII	1
Estado de Consciência	1

	Verificado no momento da aspiração traqueal. Totaliza 5 pontos indicando presença de dor e desconforto. <u>Terapêutica</u> Acesso Venoso (tipo e região): PICC em subclávia direita; acesso veno em região cefálica e membro superior esquerdo. Medicação EV: Adrenalina Fentanil Ketamina Lasix Primacor Insulina <u>Prescrição de enfermagem:</u> ♥ Pesar diariamente. ♥ Verificar sinais vitais de 1/1hs. ♥ Dar banho no leito e realizar higiene oral. ♥ Fazer rodízio para o sensor do oxímetro 3/3hs. ♥ Manter cuidados com SOJ. ♥ Registrar frequência e características da diurese/ evacuações/vômitos. ♥ Propiciar um ambiente calmo e tranquilo o quanto possível. ♥ Promover toque, fala e conforto adequados. ♥ Observar e registrar sinais de hipo/hipertermia. ♥ Observar e registrar sinais de hipo/hiperglicemia. ♥ Favorecer o contato RN/mãe/pai. ♥ Promover o DNPM (tocar, acariciar, conversar).	
--	--	--

♥ No outro dia, ao chegarmos na unidade, fomos olhar Nala. Estava mais acordada e reagente aos manuseios. Movimenta muito os membros, mas não faz qualquer tipo de movimento facial. Os olhos, entreabertos, não pareciam focar em qualquer ponto do seu campo visual. Ficamos sentadas próximas aos berços apenas observando os bebês. A respiração de Nala era perceptível, ruidosa. Durante o teste de glicemia capilar ou mesmo a aspiração apresentou novamente episódios de hipertonia, onde conversávamos com Nala, tentando acalenta-la e acalmala. Durante a troca de seus curativos também reagiu bastante, abrindo e fechando a boca várias vezes., franziu a testa, apertou os olhos, escorrendo até uma lagrimados mesmos. Não pudemos conforta-la com o uso de glicose 25% pelo seu quadro de glicemia instável, mas oferecemos gotas de água destilada em sua boca, que a acalmava por alguns poucos segundos. Recebeu dose extra de sedativo para retirarem o cateter de diálise. E durante toda a manhã recebeu outras duas doses por se mostrar extremamente desconfortável e irritada, até ao chegarmos próximas ao seu leito, sem mesmo toca-la. A mãe de Nala veio visitá-la novamente no final da manhã, ficando por menos de uma hora com a filha. Durante sua	Nesses momentos sua frequência cardíaca apresentava um leve aumento e sua saturação caía. Seu cateter de diálise foi retirado.	O bebê chamava, procurando por estabilidade e descanso, e respondia aos manuseios com bastante estresse, desconforto e dor. O RN chamava com seus movimentos corporais e expressões faciais. Consideramos que o silêncio mostrava-se necessário em alguns momentos. Estaríamos estabelecendo uma relação dialógica com o bebê, atendendo aos seus chamados e respostas? Respondia ao manuseio e procedimento com estresse e dor. Aqui se evidencia a importância de compreender os limites da técnica e a percepção dos chamados do RN.
---	--	---

permanência na unidade, acalentou bastante a filha, conversou com ela, e mantinha-se em constante observação.		
♥ No terceiro dia, ao chegarmos na unidade, percebemos Nala aparentemente mais aliviada, mas ainda agitava-se aos manuseios, inclusive agora mexendo a cabeça e abrindo/fechando os olhos. O pai de Nala veio à unidade no final da manhã, apresentando uma face mais séria, observando muito os monitores, bombas de infusão e todo o trabalho da equipe. A mãe de Nala chega certo tempo depois e fica conversando com o pai de Nala ao lado de seu leito, aparentemente esclarecendo suas dúvidas quanto ao ambiente.	A glicemia de Nala estabilizou um pouco e a plantonista mudou seu controle para a cada duas horas.	A relação entre os pais mostra-se estabelecida, sendo que a mãe procura estabelecer a interação pai/bebê.
♥ Em nosso quarto dia de Prática Assistencial, ao chegarmos à unidade fomos ver Nala. Ela apresentava uma face desconfortável, como se estivesse pedindo ar. Foi quando a plantonista resolveu novamente intubá-la. Durante os cuidados de higiene e conforto, percebemos que Nala não acompanhava qualquer movimento com os olhos. Apresentou novamente episódio de hipertonia, desta vez ficando com a face muito avermelhada e salivando muito. O pai de Nala chegou às 11 horas, permanecendo ao seu lado, deixando sua mão sobre a cabeça de Nala e segurando dela. Ficava observando muito o ambiente e as pessoas que por	Nala estava extubada, permanecendo com máscara facial com boa saturação. Nala apresentava anisocoria, estando com a pupila esquerda mais contraída que a direita.	O bebê continuava chamando com sinais de desconforto. Seus chamados eram compreendidos pela equipe? O pai demonstra estar envolvido no encontro, buscando o diálogo com sua filha.

ali circulavam. Deixou a unidade aproximadamente uma hora depois.		
♥ Na semana seguinte, ao chegarmos minutos antes da passagem de plantão, fomos olhar Nala, e percebemos que ela já estava sem os dois drenos torácicos. A plantonista nos contou que o último ultrassom de crânio de Nala tinha feito apresentou como diagnóstico atrofia cerebral. Essa notícia nos chocou muito e nos deixou muito tristes. Os pais foram à unidade mais tarde e a plantonista foi conversar com eles sobre o exame. Os pais apresentaram-se muito resistentes à notícia e exigiram que o exame fosse repetido.		Nos sentimos impotentes mesmo mostrando-nos presentes e receptivos, muitas vezes não conseguimos dar respostas. Para se estabelecer um diálogo efetivo é preciso receptividade de ambas as partes, e como ser receptivo quando confrontado com o estresse? A família precisa de um tempo para aceitar a situação.
♥ No dia seguinte, Nala já estava sem o marcapasso, mas apresentava uma coloração extremamente amarelada na pele, além de petéquias por todo o corpo. A equipe de enfermagem nos comentou que os pais de Nala haviam começado a formar uma “barreira” na relação deles com a filha, uma fase de negação. Estávamos muito interessadas em interagir com esta família, já que criamos um vínculo com Nala, mas a relação das acadêmicas e até mesmo da equipe da unidade com os pais de Nala estava difícil.		Estava a equipe de enfermagem compreendendo os chamados de Nala e de seus pais? Cada família tem um tempo e este deve ser respeitado. O diálogo não se estabelece se cuidador e ser cuidado não estiverem abertos e disponíveis. Acreditamos que o encontro encontra-se dificultado, devido à situação de estresse vivenciada. Este tempo é importante para que os pais trabalhem seus

		sentimentos, dúvidas e incertezas. O silêncio mostrava-se primordial nesta situação.
♥ Nas próximas semanas as dosagens das medicações de Nala foram sendo diminuídas e ela foi extubada, permanecendo em cateter de oxigênio. Após alguns exames foi diagnosticado que seu fígado estava comprometido, explicando assim a coloração amarelada de sua pele. O pai de Nala, que mora em Mato Grosso voltou para casa, permanecendo com Nala apenas sua mãe. Após ter sido extubada, começando a estimular o contato mais próximo da mãe com sua filha, inclusive colocando Nala no colo de sua mãe algumas vezes. Foi quando a mãe de Nala começou a demonstrar mais confiança na equipe de enfermagem, a conversar mais conosco e com a equipe. Pelo seu quadro de pós-operatório cardíaco já ter estabilizado, transferiram Nala para outra unidade. A mãe de Nala agradeceu e deu lembrancinhas a toda a equipe de enfermagem, dizendo que sentiria saudades da UTI Neonatal. Visitamos Nala e sua mãe algumas vezes na outra unidade. A mãe estava um pouco sentida, com saudades do cuidado mais intensivo da UTIN. Foi quando soubemos que, no próximo final de semana, Nala veio a falecer.		O diálogo entre a mãe de Nala e a equipe começava a estruturar-se.

**PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADA A PEQUENA SEREIA,
COM BASE NA TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD**

DIÁLOGO INTUITIVO	DIÁLOGO CIENTÍFICO	FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICO
♥ Na segunda-feira da sexta semana de prática assistencial, ao chegarmos à unidade conhecemos a <i>Pequena Sereia</i>, prematura, que se encontrava no leito 3, em uma incubadora, aninhada em um coeiro, com venda nos olhos, já que estava em fototerapia com Billisplot. Mexia-se muito no leito, esticando os braços e as pernas freqüentemente. Os pais chegaram pouco tempo depois, pediram licença para entrarem na unidade e ficarem próximos à filha. Os olhos tanto do pai quanto da mãe brilhavam ao ver seu bebê. Ficavam apontando para partes do corpo de <i>Pequena Sereia</i>, dizendo que a orelha e as mãos pareciam com as da mãe. Nos aproximamos, nos apresentamos e perguntamos seus nomes. Eles nos contaram que eram de Criciúma, e que estavam alojados numa casa próxima ao Hospital Infantil. Perguntaram, ansiosos, quando <i>Pequena Sereia</i> poderia começar a usar as roupinhas que os pais haviam comprado para ela, já que ela ficava na incubadora sobre o coeiro apenas com uma fralda aberta. Explicamos a importância da fototerapia e em mantê-la em um ambiente quentinho dentro da incubadora. Demonstraram-se um pouco	Exame físico e dados coletados do prontuário de Pequena Sereia no dia 06/11 <u>Identificação do RN</u> Nome: Pequena Sereia Sexo: F Idade da mãe: 19 anos Idade do pai: 26 anos Estado civil dos pais: casados Escolaridade dos pais: mãe – 2º grau completo; pai – 2º grau completo Data de Nascimento do RN: 02/11/2006 Idade Gestacional: 30 semanas Tipo de Parto: vaginal Apgar: 1º minuto: 9 5º minuto: 9 Peso ao nascer: 1610g Posição na família: 1ª filha Raça: branca Procedência: Criciúma Antecedentes obstétricos: sem antecedentes Diagnóstico Médico: Prematuridade (RN PT AIG Baixo peso) Data da internação: 03/11/2006 <u>Exame Físico do RN</u> <u>Dados Antropométricos</u> PC: 28 cm PT: 26 cm Peso: 1360 g Altura: 42 cm <u>Oxigenação</u> FR: 57 mpm Ritmo: irregular	O bebê demonstrava um certo desconforto, chamava, movimentando-se. Os pais mostravam-se presentes, buscando de forma dialógica, compreender os chamados de sua filha mesmo sem saber que respostas seriam adequadas. Após orientados, os pais começaram a compreender melhor os chamados de sua filha, mostrado-se presentes e estabelecendo o relacionamento.

tristes, já que dependia da evolução de sua filha para esta sair da incubadora e ir para um berço. Mas se mantiveram o tempo todo ao lado da incubadora, falando com Pequena Sereia, abriram a porta, tocaram na filha. Deixamos os dois sozinhos, nos aproximando sempre que solicitadas, como quando sua saturação começou a cair, e os pais, atentos o tempo todo à filha e ao monitor de frequência cardíaca e saturação, nos chamaram para averiguarmos o que estava acontecendo. Explicamos que o sensor de oximetria que ficava no pé de Pequena Sereia captava sua FC e saturação de oxigênio, e que quando ela movimentava muito as pernas e os pés, o sensor não captava a saturação corretamente. Explicamos os valores mínimos mais adequados que esperamos observar no monitor, e que este alarmaria a qualquer mudança desses. Eles se tranquilizaram e agradeceram muito a explicação. Foi quando, no meio do plantão, Pequena Sereia teve um episódio de apnéia, e necessitamos utilizar estímulo tátil e oxigênio. A plantonista estava próxima, e explicou aos pais que em prematuros esses episódios são bem comuns, e que apenas com a estimulação, o bebê melhora. Ficamos observando os pais de longe, e eles mudaram a fisionomia, aparentando estarem mais preocupados, o tempo todo olhando para o monitor, evitando até mesmo estar estimulando tanto	Características da respiração: ausência de roncos ou sibilos Apresentando eventualmente episódios de apnéia, necessitando estimulação tátil e O₂ Saturação de O₂: 100% Gasometria: PH: 7,39; PCO₂: 24,6; HCO₃: 15,0 Coloração da pele: acianótica levemente amarelada Oxigenoterapia (forma): espontânea (ar ambiente) <u>Circulação</u> FC: 151bpm Ritmo: regular Ausculta Cardíaca: bulhas normofonéticas 2T s/s <u>Nutrição / Hidratação</u> Tipo de Alimentação: leite materno e nutrição parenteral Forma de ingestão: SOG e via parenteral Turgor da pele: Hidratada, hipocorada Fontanelas: Bregmática: 2 polpas digitais; Lambdóide: 2 polpas digitais Glicemia capilar: 86 a 136mg/dl <u>Regulação Térmica</u> Tax: 36,8°C T da incubadora: 30,7°C () berço normal () berço aquecido (X) incubadora <u>Eliminações</u> <i>Vesical:</i> micção espontânea. Frequência: 7 vezes por dia Características: amarelo claro/ média quantidade <i>Intestinal:</i> Tipos de fezes: mecônio Frequência: 7 vezesao dia Características: pastosas <u>Integridade Cutâneo-Mucosa</u> <i>Icterícia:</i> Após 48h Grau de Icterícia: 4 – membros até punhos e tornozelos <i>Coto Umbilical:</i> Em processo de	O RN continua chamando, será que não está adaptado ao ambiente? Suas condições fisiológicas não estão estabilizadas? É necessário estar atento aos chamados para podermos dar as respostas adequadas. Os pais de Pequena Sereia mostravam-se bastante fragilizados pela situação do recém-nascido e pelo seu prognóstico. O quadro clínico
--	--	--

Pequena Sereia com o toque, para deixá-la descansar.	mumificação Presença de: milluim sebáceo, lanugem e acavalgamento ósseo (crânio) Presença de curativo em MSE (acesso venoso periférico) Características: sem sinais flogísticos, soroma ou infiltração <u>Regulação neurológica</u> Nível de consciência: sonolento <u>Sono e Vigília</u> Estado 3 – sonolento, pálpebras abertas ou fechadas, olhar sem fixar-se, atividade motora fraca, respiração regular. <table><tr><th>NIPS</th><th>Total</th></tr><tr><td>Expressão Facial</td><td>1</td></tr><tr><td>Choro</td><td>0</td></tr><tr><td>Respiração</td><td>1</td></tr><tr><td>MMSS</td><td>0</td></tr><tr><td>MMII</td><td>0</td></tr><tr><td>Estado de Consciência</td><td>0</td></tr></table> Verificado no momento da punção venosa, com uso de glicose 25% VO. Totaliza 2 pontos indicando ausência de dor ou desconforto. <u>Terapêutica</u> Acesso Venoso (tipo e região): acesso venoso periférico em MSE Medicação EV: NPP 24/24h Aminofilina (1+9) 0,8ml 12/12hs Medicação VSOG: Metoclopramida 1gt 8/8h <u>Prescrição de enfermagem:</u> ♥Pesar diariamente. ♥Verificar sinais vitais de 3/3hs. ♥Dar banho no leito e realizar	NIPS	Total	Expressão Facial	1	Choro	0	Respiração	1	MMSS	0	MMII	0	Estado de Consciência	0	de Pequena Sereia neste dia mostrou-se como um fator determinante para que os pais mesmo presentes evitassem o encontro.
NIPS	Total															
Expressão Facial	1															
Choro	0															
Respiração	1															
MMSS	0															
MMII	0															
Estado de Consciência	0															

	higiene oral. ♥Aplicar álcool 70% no coto umbilical 3 vezes ao dia e registrar características. ♥Fazer rodízio para o sensor do oxímetro 3/3hs. ♥Ofertar dieta por SOG/gavagem 3/3hs. ♥Manter cuidados com SOG. ♥Registrar frequência e características da diurese/ evacuações/vômitos/regurgitação. ♥Propiciar um ambiente calmo e tranquilo o quanto possível. ♥Promover toque, fala e conforto adequados. ♥Observar e registrar sinais de hipo/hipertermia. ♥Observar e registrar evolução ictérica. ♥Favorecer o contato RN/mãe/ pai. ♥Promover o DNPM (tocar, acariciar, conversar). ♥Para realização de procedimento doloroso, oferecer 2 gotas de glicose 25% associada a sucção não-nutritiva.	
♥ No outro dia, ao chegarmos na unidade, fomos olhar todos os bebês, inclusive <i>Pequena Sereia</i>. Ainda encontrava-se em fototerapia com Billisplot e com a venda ocular. Após o banho e depois de aninha-la bem com coeiros cor-de-rosa, colocamos um adesivo de “Hello-Kitty” na venda ocular, para esta não demonstrar tanto uma forma de esconder os olhos de <i>Pequena Sereia</i> aos pais. Fora prescrito além da fototerapia com Billisplot, uma fototerapia convencional Logo que os pais chegaram, fomos conversar com	Hoje auxiliamos no banho de leite de Pequena Sereia, que ganhou 30g. Ainda encontra-se em incubadora, ativa, eupneica, corada, hidratada. Em fototerapia dupla (convencional e 1 Billisplot). Recebendo nutrição parenteral e leite materno (que a mãe retira no banco de leite) via SOG.	

eles, comentando que demos uma boa arrumada no visual de <i>Pequena Sereia</i> naquele dia. Eles adoraram os coeiros cor-de-rosa, em especial o adesivo na venda ocular da filha, que inclusive pediram para guardar de recordação, assim que ela deixasse de usa-la. Perguntaram se demoraria muito para <i>Pequena Sereia</i> sair na UTI Neonatal e ir para o berçário, assim como sair da fototerapia. Conversamos com os pais, orientando que dependeria da evolução de <i>Pequena Sereia</i>, mas que logo que ela saísse da fototerapia e ganhasse peso, provavelmente iria para o berçário e, inclusive para o colo de seus pais. Os olhos deles marejaram e se encheram de alegria e expectativa. Sentaram ao lado da incubadora e começaram a conversar com sua filha durante um bom período da manhã. Após manter esse vínculo com os pais, sentimos que chegara a hora de convidá-los a participar de nosso trabalho. Explicamos mais detalhadamente sobre nosso projeto e convidamo-los a participarem do nosso trabalho, respondendo à entrevista semi-estruturada referente à dor do recém-nascido. Eles concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e, um de cada vez, foi à sala de espera dos pais responder ao questionário que fora gravado em fita cassete. O pai mostrou-se emocionado durante toda a entrevista, com	Aplicamos o roteiro de entrevista semi-estruturada com o pai e a mãe de Pequena Sereia. O pai foi o primeiro entrevistado, dizendo estar triste pela internação de <i>Pequena Sereia</i>, pois gostaria de estar em casa com ela e queria que ela estivesse com todos os familiares. Mas ao mesmo tempo estava contente, porque ela está com saúde e está viva. Disse que dor é perder um filho, é ter um filho e ele nascer com alguma deficiência ou o médico dizer que infelizmente não vai ter como salvá-lo. A mãe acabou dando respostas mais curtas, mas coincidentes com a percepção do pai, como, por exemplo, quando comentou que para ela dor é estar vendo a sua filha ali e não poder fazer nada	Evidencia-se a importância da relação dialógica entre a equipe e os pais do RN, bem como a importância do cuidado humanizado e voltado para o conforto, contenção e aconchego do recém-nascido, valorizando seus sentimentos, chamados e respostas. O diálogo entre o recém-nascido e seus pais começa a consolidar-se. Buscamos através do diálogo, compreender os chamados dos pais e dar-lhes respostas efetivas. O diálogo não se estabelece se cuidador e ser cuidado não estiverem abertos e disponíveis.
--	--	--

os olhos marejados, ansioso pela melhora da filha. Já a mãe de Pequena Sereia se mostrou nervosa, respondendo com frases curtas, sucintas. Parecia não querer falar muito sobre a internação de Pequena Sereia.	pra ajudar ela, que é isso o que mais dói.	Acreditamos que a entrevista possibilitou-nos uma reflexão sobre os sentimentos experienciados.
♥ No terceiro dia, ao chegarmos na unidade, percebemos que <i>Pequena Sereia</i> não se encontrava mais em fototerapia, e assim, sem a venda ocular. Já imaginávamos a felicidade dos pais ao poder ver todo o rostinho da filha, inclusive vê-la abrir os olhos. Quando os pais chegaram à unidade, e foram encontrar a filha não perceberam de início a ausência da fototerapia e da venda ocular, apenas quando realmente viram <i>Pequena Sereia</i> abrindo os olhos. Chegamos próximas a eles, que demonstravam estar muito animados com a notícia de que sua filha não precisaria mais de fototerapia. Conversavam com ela: “Viu filha, agora não precisa mais daquela venda!”; “Olha aqui pra mamãe filha, olha!” A mãe, momentos após, nos chamou para comentar que <i>Pequena Sereia</i> havia feito xixi. Perguntamos se a mãe queria trocar sua fralda, e ela aparentou estar nervosa, insegura para mexer na filha. A estimulamos e fomos junto na sua primeira troca de fraldas. Ela sorria e falava com a filha dizendo ser desajeitada ainda para essas coisas. Após a troca de fraldas, perguntamos se queriam dar um	Auxiliamos nos cuidados de higiene e conforto de <i>Pequena Sereia</i>, que ainda encontra-se em incubadora. Foi pesada, ganhando mais 20g, totalizando 1410g. A icterícia de Pequena Sereia regride e é retirada da fototerapia. A mãe foi orientada e estimulada a realizar os cuidados com o recém-nascido.	Provavelmente o recém-nascido estava encaminhando-se para o estar melhor. Seus chamados estavam sendo atendidos. A relação mãe/RN ainda estava fragilizada. A mãe expressava seus medos e fragilidades. Buscava respostas aos seus próprios anseios. Será que não se sentia preparada para cuidar do RN? O RN compreendia a sua inquietação?

perguntamos se queriam dar um colinho para <i>Pequena Sereia</i>, e movimentando a cabeça os pais responderam prontamente que sim. Colocamos duas cadeiras ao lado da incubadora e colocamos <i>Pequena Sereia</i> no colo primeiramente da mãe, enrolada em um cobertor. A mãe ficou um tempo com a filha no colo e logo passou para o colo do pai, que estava ansioso para pegá-la no colo. Demonstraram satisfação e realização ao contemplar sua filha em seus braços. Após certo tempo, eles nos chamaram para colocar <i>Pequena Sereia</i> de volta na incubadora para irem almoçar. Agradeceram pelo contato mais íntimo que estabeleceram com a filha naquele momento, por toda a orientação e atenção oferecida e se despediram. Voltamos na outra semana à unidade, e <i>Pequena Sereia</i> ganhando peso suficiente, foi transferida para o berçário.		O RN teve seus chamados atendidos pelos pais que já sentiam-se mais confiantes, relacionando-se e promovendo o encontro. Perceber o valor da compreensão dos chamados e respostas de forma plena mostra-se como um fator primordial para o estabelecimento de um cuidado humanizado. Evidenciamos neste momento que a relação dialógica do trinômio (mãe/recém-nascido/pai) e equipe de enfermagem tinha se estabelecido.
--	--	---

[illegible]

PROCEDIMENTOS		OXIGENACÃO		
Banho	Hora:	() Espontânea	() Cateter O ₂	() SNI/OJ
Higiene Oral	Hora:	() CPAP Nasal	() CPAP Traqueal	() Sonda Vesical
Higiene Coto	Hora:	FiO ₂ :	Oxido Nitrico:	() Foto/Balisport
EXAMES		REGULAÇÃO VASCULAR		() Dreno de Torax D/E
RX	Hora:	() Subclávia D/E	() Jugular D/E	() Cateter Dialise
USG	Hora:	() Dissecção:		() Marcapasso
ECO	Hora:	() PICC:		() Cateter Umbilical
Outros:	Hora:	() Acesso Periférico:		



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - DIURNO						ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - NOTURNO
Nºz				1 Porto	2 Portos	Nessa tabela, a pontuação varia de zero a sete, definindo-se dor para valores ≥ 4 pontos.
Expressão Facial		Relaxada		Contrída	-	
Coro		Ausentes		Remungos	Vigoroso	
Respiração		Relaxada/Regular		Difícil/de Baixa	-	
MMS		Relaxados		Fletidos/Estendidos	-	
MMH		Relaxados		Fletidos/Estendidos	-	
Estado de Consciência		Domínio/Calm		Inconsciente/Irritado	-	



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

**CAPACITAÇÃO AOS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM REFERENTE A DOR E ESTRESSORES EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

FICHA DE AVALIAÇÃO

1. O que você achou da capacitação?

() Bom

() Ruim

() Ótimo

() Regular

Comentários: _____

2. O tema abordado tem relação com sua prática diária?

() Sim

() Não

Como? _____

3. A capacitação trouxe contribuições para a sua prática profissional?

() Sim

() Não

Quais? _____

4. A maneira como foi abordado foi satisfatória / estimulante?

() Sim

() Não

Por que? _____

Muito Obrigada!



Fonte: <http://www.annegeddes.com>

ANEXOS



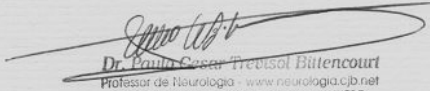
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 231-4069

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que *Aline Piaciski Arcene* participou do Curso de CAPACITAÇÃO EM ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO MÃE CANGURU no Hospital Universitário/ UFSC, no período de 28 a 30 de agosto de 2006 na qualidade de participante com carga de 20 horas.

Florianópolis, 30 de agosto de 2006.


Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt
Professor de Neurologia - www.neurologia.cjb.net
Presidente do Centro de Estudos - HU/UFSC
Prof. Paulo César Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de estudos do HU/UFSC

CES/HU
Reg. n°. 42
Livro n°. 07
Fol. n°. 18
pcen



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que *Emanuella Soratto da Silva* participou do Curso de CAPACITAÇÃO EM ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO - MÉTODO MÃE CANGURU no Hospital Universitário/ UFSC, no período de 28 a 30 de agosto de 2006 na qualidade de participante com carga de 20 horas.

Florianópolis, 30 de agosto de 2006.

Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt

Professor de Neurologia - www.neurologia.cjb.net

Presidente do Centro de Estudos HU/UFSC

Prof. Paulo César Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de estudos do HU/UFSC

CES/HU

Reg. n° 46

Livro n° 07

Fol. n° 18

J. Bren
Fol. n°



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ESTÁGIOS

CERTIFICADO DE ESTÁGIO

Certificamos que **ALINE PIACESKI ARCENO**, regularmente matriculado(a) no Curso de **ENFERMAGEM** sob o nº **03152022**, realizou Atividades de Estágio Não Obrigatório, no(a) **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUI/UFSC**, na Cidade de **FLORIANÓPOLIS - SC**, no período de **25/08/06 a 29/09/06**, com duração de **72** horas, obtendo nota **9,0**.

Florianópolis, 30 de outubro de 2006.

Maria de Lourdes Pereira Dias
Diretora do Departamento de Estágios - PREG

Maria da Graça Gonçalves Machado
Seção de Bolsas - DES/PREG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ESTÁGIOS

CERTIFICADO DE ESTÁGIO

Certificamos que **EMANUELLA SORATTO DA SILVA**, regularmente matriculado(a) no Curso de **ENFERMAGEM** sob o nº **03152090**, realizou Atividades de Estágio Não Obrigatório, no(a) **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUIUFSC**, na Cidade de **FLORIANÓPOLIS - SC**, no período de **25/08/06 a 29/09/06**, com duração de **72** horas, obtendo nota **9,0**.

Florianópolis, 30 de outubro de 2006.

Maria de Lourdes Pereira Dias
Diretora do Departamento de Estágios - PREG

Maria da Graça Gonçalves Machado
Seção de Bolsas - DES/PREG



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

CERTIFICADO

Certificamos que **ALINE PIACESKI ARCENO**, acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, sob matrícula nº 0315202-2, participou da elaboração, coordenação e execução do Projeto de **Capacitação aos Trabalhadores de Enfermagem Referente a Dor e Estressores em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**, para os trabalhadores de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão - HJUG, realizada no período de 6 a 13 de Novembro de 2006, com carga horária de 40 horas/aulas.

Florianópolis, 13 de Novembro de 2006.


Prof. Msc. Maria Emília de Oliveira
Orientadora do Projeto Assistencial


Prof. Dra. Edilza Maria Ribeiro
Coordenadora da 8ª Unidade Curricular

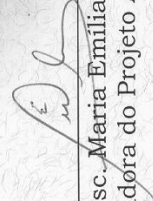


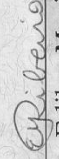
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO

Certificamos que **EMANUELLA SORATTO DA SILVA**, acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, sob matrícula nº 0315209-0, participou da elaboração, coordenação e execução do Projeto de **Capacitação aos Trabalhadores de Enfermagem Referente a Dor e Estressores em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**, para os trabalhadores de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão – HJIG, realizada no período de 6 a 13 de Novembro de 2006, com carga horária de 40 horas/aulas.

Florianópolis, 13 de Novembro de 2006.


Prof. Msc. Maria Emília de Oliveira
Orientadora do Projeto Assistencial


Prof. Dra. Edilza Maria Ribeiro
Coordenadora da 8ª Unidade Curricular



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA:INT 5134- ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente trabalho, redigido de forma clara, científica e com muita sensibilidade, direciona a visão dos profissionais da saúde para a importância do cuidado humanizado aos recém-nascidos de alto risco quando confrontados com a dor. A revisão de literatura, principalmente a relacionada ao tema dor é riquíssima e nos convida a observar, nos vários momentos do cuidado, os chamados e respostas de manifestação de dor dos recém-nascidos de alto risco, bem como, nos mostra caminhos a serem percorridos no tratamento farmacológico e não farmacológico da dor. As autoras utilizaram a metodologia humanística com muita propriedade, sendo que o encontro, o diálogo, a presença genuína, o relacionamento e a compreensão dos chamados e respostas tanto do recém-nascido, quanto dos familiares e dos profissionais de saúde, estiveram presentes durante toda a prática assistencial desenvolvida. Recomendo a leitura do relatório por todos os cuidadores da saúde, pois com certeza, o mesmo contribuirá para um repensar da sua prática e proporcionará a prestação de um cuidado mais humanizado. Parabenizo as autoras pelo excelente trabalho desenvolvido e tenho certeza que sua prática profissional será plena de êxito, pois sem dúvida, será desenvolvida com muita responsabilidade, cientificidade, respeito, intuição, sensibilidade e muito amor.

Com todo meu carinho,

Profª Maria Emilia de Oliveira (Orientadora)