

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JULIANA DE ALENCAR GOUVEA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PARA RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY**

JOAO PESSOA – PB

2007

JULIANA DE ALENCAR GOUVEA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PARA RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Inserida na linha de pesquisa Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em Saúde e Enfermagem, tendo como área de concentração: Enfermagem na Atenção a Saúde

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

JOAO PESSOA – PB

2007

JULIANA DE ALENCAR GOUVEA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PARA RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY**

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares – UFPB

Prof^a. Dr^a. Climene Laura de Camargo – UFBA

Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega – UFPB

Prof^a. Dr^a. Neusa Collet – UFPB

Dedico este trabalho a todos os neonatos e mães que lutam a todo instante, com uma fonte inesgotável de forças, e que, desapercibidamente ou não, proporcionam uma das mais belas lições de vida a todos aqueles que se deixarem invadir pela emoção e pela sensibilidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus que, em toda e qualquer situação, sempre está ao meu lado com um amor incondicional, pelas bênçãos derramadas sobre minha vida a cada amanhecer, por me ajudar a superar as dificuldades e compartilhar dos momentos felizes.

Aos recém-nascidos e mães que participaram deste estudo, que em meio a todo sofrimento e medo de uma UTIN, foram capazes de compreender o aprimoramento dos cuidados de enfermagem, e com ele colaborarem.

Às enfermeiras da UTIN do HULW, a quem não tenho palavras para expressar toda minha admiração e respeito. O meu muito obrigada por participarem deste estudo, profissionais que em meio a todas as suas atribuições, reservaram vários momentos para contribuir com esta pesquisa.

A meus pais que sempre foram meu apoio e meu incentivo, meu exemplo de determinação, perseverança e honestidade, a cada obstáculo vencido, tenham a certeza de que seus olhares e abraços são o meu verdadeiro troféu. Amo vocês.

A meu esposo, obrigada por compreender os momentos de ausência, pelo incentivo indispensável para meu crescimento profissional e pelo amor dedicado em todas as horas. Amo-o!

Aos meus sogros e minha cunhada Marina que sempre me incentivaram nesta caminhada.

À professora Dr^a Maria Julia Guimarães Oliveira Soares, minha orientadora, por direcionar o meu caminhar, por sua sabedoria e paciência, pelo incentivo em meu crescimento profissional.

À professora Dr^a Maria Miriam Lima da Nóbrega, pela colaboração valiosa durante a elaboração deste estudo.

À professora Neusa Collet, a qual tive o imenso prazer de conhecer e compartilhar de uma grande paixão – a pediatria. Seus ensinamentos e seu profissionalismo serão sempre um espelho para novos caminhos que trilharei daqui em diante. Um abraço apertado.

À professora Dr^a Climene Laura de Camargo por aceitar contribuir com este estudo e aprimoramento no cuidar do neonato criticamente enfermo.

À Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pelo apoio, compreensão e incentivo para a concretização deste estudo.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela dedicação, profissionalismo, competência e responsabilidade na condução deste programa.

À colega de mestrado Gilvânia S. da N. Moraes, pelo compartilhar de todos os momentos, pela escuta amiga, pela calma, pela paz transmitida, um ser iluminado por Deus que aprendi a admirar pela inteligência, disponibilidade aos amigos e paciência. Um grande abraço, Gil!

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram no desenvolvimento deste estudo.

RESUMO

GOUVEA, Juliana de Alencar. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. 2007. 157f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui uma necessidade latente na prática diária dessa profissão, e o Histórico de Enfermagem constitui o primeiro passo para a efetiva implantação dessa metodologia de trabalho. Visando contribuir para uma melhor qualidade da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e com o processo de implementação da SAE na referida instituição, realizamos este estudo que teve como objetivo construir e validar um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na UTIN do HULW. Esta pesquisa constitui um estudo metodológico, desenvolvida em quatro fases: **1º Fase: Identificação dos indicadores empíricos em neonato** – realizada por meio do levantamento bibliográfico sobre o Marco Conceitual de Wanda de Aguiar Horta e revisão das Necessidades Humanas Básicas em recém-nascidos, sendo identificamos 137 itens, sendo que 117 destes relacionados às necessidades psicobiológicas, dezoito voltados para as necessidades psicossociais e dois relacionados às necessidades psicoespirituais dos pais do recém-nascidos, uma vez que essa necessidade ainda não se encontra desenvolvida nesta etapa de vida do neonato; **2º Fase: Estruturação do instrumento de coleta de dados em neonatos** – realizada avaliação dos indicadores identificados na etapa pelas enfermeiras da UTIN do HULW, e aqueles que possuíram uma concordância igual ou maior a 50% foram inseridos na primeira versão do instrumento para coleta de dados. **3º Fase: Validação do Conteúdo** – realizada avaliação da forma de apresentação e conteúdo do instrumento elaborado na etapa anterior pelas enfermeiras da UTIN, onde puderam realizar acréscimos ou retirada de itens. O instrumento para a validação do conteúdo foi composto de 23 itens. Por meio da análise das informações fornecidas pelas enfermeiras, podemos verificar sugestões em nove itens, sendo que alguns foram modificados, e outros tiveram o motivo da não aceitação justificados no corpo do trabalho, dando origem a 2ª versão do instrumento; **4º Fase: Operacionalização do instrumento de coleta de dados** – Avaliação da 2ª versão do instrumento de coleta de dados pelas enfermeiras da UTIN com aplicação em recém-nascidos admitidos na UTIN do HULW, após obtemos as seguintes informações: a) tempo médio de preenchimento vinte minutos; b) forma de apresentação do instrumento: não houve nenhuma sugestão para modificação; c) dúvidas e dificuldades encontradas no preenchimento: só foi relatada por uma enfermeira (16,7%) a dificuldade nas anotações de alguns dados maternos e paternos; d) sugestões: não tivemos nenhuma observação. Após a avaliação de todos os itens do instrumento de coleta de dados, com relação à forma da apresentação e conteúdo, testagem da operacionalidade e viabilidade, construímos a versão final do instrumento, seguida da discussão do mesmo, visando facilitar o preenchimento do mesmo, bem como uniformizar a compreensão dos indicadores que compõem o histórico de enfermagem. O instrumento de coleta de dados, elaborado a partir deste estudo, não deve ser considerado definitivo, pois a sua utilização na prática diária poderá suscitar novos ajustes e pesquisas posteriores, visando aprimorar a qualidade do cuidado de enfermagem, dispensado aos neonatos internados na UTIN do HULW.

Palavras- Chave: Coleta de dados. Validação. Enfermagem. Recém-nascido.

ABSTRACT

GOUVEA, Juliana de Alencar. **Construction and validation of an instrument for collecting data from newborns hospitalized in the Intensive Neonatal Therapy Unit in the Lauro Wanderley University Hospital.** 2007. 157p. Dissertation (Masters). Post-Graduation Program in Nursing, Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, Joao Pessoa.

The Nursing Assistance Systematization (SAE) is a latent need in the daily practice of this profession and the Nursing History is the first step towards the effective implementation of this method of work. Aiming at contributing to a better quality of the nursing assistance at the Intensive Neonatal Therapy Unit (UTIN) of the Lauro Wanderley University Hospital (HULW), as well as contributing to the improvement of the process of Nursing Assistance Systematization of that institution, we carried out this study which aimed at building and validating a tool for collecting data from newborns hospitalized in UTIN of HULW. This research consists of a methodological study, developed into four stages. First Phase: Identification of empirical indicators in neonate – carried out through a bibliographic research on Wanda de Aguiar Horta's Conceptual boundary and revision of the Basic Human Needs in neonates. We have identified 137 items, 117 of them being related to psychobiological needs; 18 being related to psychosocial needs; and 02 being related to psychospiritual needs of newborns' parents, since those needs are not yet developed in the neonate in that stage of life. Second Phase: Structuring the instrument to collect data on newborns - assessment of indicators identified by the nurses from the UTIN of HULW, and those which had a concurrence equal or superior to 50%, were included in the first version of the instrument to collect data. Third Phase: Content Validation – assessment of the form of presentation and content of the instrument produced in the previous step by the nurses from UTIN, where they could include or exclude items from the instrument. The instrument for content validation was composed of 23 items. The information provided by the nurses included suggestions regarding 9 items. Some suggestions were accepted and resulted in a second version of the instrument. Others, however, were not accepted and the reasons are presented in this work. Fourth Phase: instrument operation for data collection - Evaluation of the instrument second version by nurses from UTIN with application in neonates admitted to the UTIN of HULW, after getting the following information: a) the average time for filling in: 20 minutes; b) Instrument presentation: they have suggested no changes; c) doubts and difficulties faced during the filling in: reported by just one nurse (16.7%)- difficulty in understanding parents' information; d) suggestions: there were no comments. After evaluating all the items of the instrument for data collection, concerning presentation and content, and after testing operational viability, we built the instrument final version, followed by an instruction guide to facilitate its filling, and to standardize the understanding of the indicators that makes up the history of nursing. The instrument for collecting data produced from this study should not be considered definitive because its use in daily practice may require new settings and further research interested in improving the quality of nursing care provided to newborns hospitalized in UTIN of HULW.

Keywords: Data collection, validation, nursing, newborn.

RESUMEN

GOUVEA, Juliana de Alencar. **Construcción y validez de un instrumento de colecta de datos para recién nacidos internados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Universitario Lauro Wanderley.** 2007. 157f. Disertación (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências de la Salud, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

La Sistematización de Asistencia de Enfermería (SAE) constituye una necesidad latente en la práctica diaria de esa profesión y el Histórico de la Enfermería constituye el primer paso para la efectiva implantación de esa metodología de trabajo. Visando contribuir para una mejor calidad de la asistencia de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) y con el proceso de implementación de la SAE en la referida institución, realizamos este estudio que tuvo como objetivo construir y validar un instrumento de colecta de datos para recién-nacidos internados en la UTIN del HULW. Esta búsqueda constituye un estudio metodológico, desenvuelta en cuatro fases: **1º Fase: Identificación de los indicadores empíricos en neonato** – realizada por medio de levantamiento bibliográfico sobre el Marco Conceptual de Wanda de Aguiar Horta y revisión de las Necesidades Humanas Básicas en recién-nacidos, siendo identificamos 137 itens, siendo que 117 de estos relacionados a las necesidades psicobiológicas, 18 volcados para las necesidades psicosociales y 02 relacionadas a las necesidades psicoespirituales de los padres de los recién-nacidos, una vez que esa necesidad aún no se encuentra desenvuelta en esta etapa de vida del neonato. **2º Fase: Estructuración del instrumento de colecta de datos en neonatos** – realizada avaluación de los indicadores identificados en la etapa por las enfermeras de la UTIN del HULW, y aquellas que poseen una concordancia igual o mayor a 50%, fueron inseridos en la primera versión del instrumento para la colecta de datos. **3º Fase: Validez del Contenido** – realizada la avaluación de la forma de presentación y contenido del instrumento elaborado en la etapa anterior por las enfermeras de la UTIN, donde pudierom realizar acréscimos o retirada de itens. El instrumento para la validez del contenido fue compuesto de 23 itens. Por medio de análisis de las informaciones presentadas por las enfermeras podemos verificar sugerencias en 9 itens, siendo algunos modificados y otros justificados en el cuerpo del trabajo el motivo de la no aceptación, dando origen a la 2ª versión del instrumento. **4º Fase: Operacionalización del instrumento de colecta de datos** – Avaluación de la 2ª versión del instrumento de colecta de datos por las enfermeras de la UTIN con aplicación en recién-nacidos admitidos en la UTIN del HULW, despues obtenemos las siguientes informaciones: a) tiempo medio para completar 20 minutos; b) forma de presentación del instrumento: no hubo ninguna sugerción para la modificación; c) dudas y dificultades encontradas al completar: solo fue relatado por una enfermera (16,7%) la dificultad en las anotaciones de algunos datos maternos y paternos; d) sugerencias: no tuvimos ninguna observación. Despues de la avaluación de todos los itens del instrumento de colecta de datos, con relación a la forma de la presentación y contenido, teste de operacionalidad y viabilidad, construimos una versión final del instrumento, seguido de un guia instruccional visando facilitar completar el mismo, biem como uniformizar la comprensión de los indicadores que componen el histórico de enfermería. El instrumento de colecta de datos elaborado a partir de este estudio no deve ser considerado definitivo, pues su utilización en la práctica diaria podrá suscitar nuevos ajustes y búsquedas posteriores visando mejorar la calidad del cuidado de enfermería dado a los neonatos internados en la UTIN del HULW.

Palabras- Llaves: Colecta de datos. Validez. Enfermería. Recién-nacido

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Percurso metodológico da pesquisa.....	43
FIGURA 2 - Etapas da primeira fase da pesquisa.....	44
FIGURA 3 - Etapas da segunda fase da pesquisa.....	81
FIGURA 4 - Etapas da terceira fase da pesquisa.....	93
FIGURA 5 - Etapas da quarta fase da pesquisa.....	100

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo Horta.....	32
QUADRO 2 - Indicadores sugeridos pela população do estudo de acordo com cada necessidade do recém-nascido, João Pessoa, 2007.....	88

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das enfermeiras segundo características demográficas, João Pessoa, 2007.....	82
TABELA 2 - Distribuição dos indicadores que apresentaram frequência $\geq 50\%$ de acordo com as necessidades humanas básicas, João Pessoa, 2007.....	83

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADH	.....	Hormônio anti-diurético
AHT	.....	Ambos hemitórax
BAN	.....	Batimento de Asas do Nariz
BCNF	.....	Bulhas Cardíacas Normofonéticas
Bpm	.....	Batimentos por minuto
BPN	.....	Baixo Peso ao nascimento
COFEN	.....	Conselho Federal de Enfermagem
CONANDA	.....	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
COREN	.....	Conselho Regional de Enfermagem
CPAP	.....	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
DO	.....	Declaração de Óbito
DN	.....	Data de nascimento
DNV	.....	Declaração de Nascido Vivo
ECA	.....	Estatuto da Criança e do Adolescente
FC	.....	Frequência cardíaca
FiO ₂	.....	Fração de oxigênio inspirada
FR	.....	Frequência Respiratória
HE	.....	Histórico de Enfermagem
HTD	.....	Hemitórax Direito
HTE	.....	Hemitórax Esquerdo
HULW	.....	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IG	.....	Idade Gestacional
MV	.....	Murmúrios Vesiculares
NHB	.....	Necessidades Humanas Básicas
OMS	.....	Organização Mundial de Saúde
P	.....	Pulso
Pa	.....	Perímetro Abdominal
PA	.....	Pressão Arterial
PC	.....	Perímetro Cefálico
PE	.....	Processo de Enfermagem

PT	.....	Perímetro Torácico
RA	.....	Ruídos Adventícios
RH	.....	Ruídos Hidroaéreos
RN	.....	Recém-nascido
RNPT	.....	Recém-nascido Pré-termo
RNs	.....	Recém-nascidos
SAE	.....	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SO ₂	.....	Saturação de Oxigênio
SOG	.....	Sonda orogástrica
SSVV	.....	Sinais Vitais
TS	.....	Tipo sanguíneo
UNICEF	.....	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	.....	Universidade de São Paulo
UTI	.....	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	.....	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTINs	.....	Unidades de Terapia Intensiva Neonatais

SUMÁRIO

1 -	INTRODUÇÃO.....	15
2 -	OBJETIVOS.....	20
3 -	CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: O RECÉM-NASCIDO, A FAMÍLIA E O AMBIENTE.....	21
4 -	MARCO CONCEITUAL DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	29
5 -	PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	34
6 -	CAMINHO METODOLÓGICO.....	42
	6.1 - PRIMEIRA FASE: Identificação dos Indicadores Empíricos em neonatos.....	44
	6.2 - SEGUNDA FASE: Estruturação do instrumento de coleta de dados em neonatos.....	81
	6.3 - TERCEIRA FASE: Validação do conteúdo.....	93
	6.4 - QUARTA FASE: Operacionalização do instrumento de coleta de dados.....	100
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
	REFERÊNCIAS.....	121
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (enfermeiras da UTIN do HULW - verificação dos indicadores).....	131
	APÊNDICE B - Carta de esclarecimento.....	133
	APÊNDICE C - Instrumento da pesquisa – Identificando os indicadores das Necessidades Humanas Básicas dos recém-nascidos internados na UTIN do Hospital Universitário Lauro Wanderley.....	135
	APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido (enfermeiras da UTIN do HULW - validação de conteúdo).....	142
	APÊNDICE E- Carta de esclarecimento – validação de conteúdo.....	144
	APÊNDICE F – Instrumento de validação de conteúdo.....	145
	APÊNDICE G - Termo de consentimento livre e esclarecido (enfermeiras da UTIN do HULW - avaliação da operacionalização da 2ª versão do instrumento de coleta de dados).....	149
	APÊNDICE H - Termo de consentimento livre e esclarecido (pais ou responsáveis pelos recém-nascidos).....	151
	APÊNDICE I - Avaliação da operacionalidade do instrumento de coleta de dados em pacientes internados na UTIN do HULW.....	153

ANEXOS

ANEXO A – Certidão de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW.....	156
ANEXO B – Autorização da PDAMED para utilização do símbolo mãe-bebê.....	157

1 INTRODUÇÃO

O nascimento compreende um momento especial na vida de qualquer ser humano, um momento repleto de expectativas, de sonhos, uma mistura de sentimentos inusitados, quando a imaginação toma rumos inexplorados até então.

Geralmente, para os pais constitui a realização de um desejo intrínseco da perpetuação do amor, da vida, do companheirismo. A mãe sente seu corpo mudar, cedendo espaço para um novo ser que, indiferente ao mundo externo, brinca no interior de sua barriga, protegido pelo útero de sua mãe, nada no líquido amniótico, dorme tranqüilamente, muita paz e pouco barulho, no máximo o som da batida de um coração que está ali bem pertinho, um coração cheio de amor para oferecer. Este é o mistério da existência: uma vida se formando dentro de outra vida, convivendo, dividindo sensações e coexistindo juntas por nove meses.

Portanto, o momento do nascimento constitui para o feto um mergulho completo no desconhecido e, para a maioria os pais, um momento de expectativas, de magia, de celebração à vida. Mas essa festa interior pode ser substituída por sentimentos de medo e de insegurança, quando, por algum motivo, o recém-nascido necessita ser internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Segundo o Ministério da Saúde, a experiência de ter um filho inaugura um momento importantíssimo no ciclo vital da mulher e do homem, com grandes repercussões no meio familiar (BRASIL, 2002).

A gestação e o nascimento são considerados por Scochi et al. (2002) como processos sociais, pois afetam a relação entre marido e mulher e o contexto em que estão inseridos. Enquanto os pais esperam a chegada de um filho, é comum idealizarem o mesmo, passarem meses sonhando e falando do filho, dando a ele características físicas e psicológicas as quais gostariam que o mesmo as tivesse.

Durante todo esse processo, o momento mais esperado é o do nascimento; as dúvidas e os medos serão sanados quando os pais acolherem a criança nos seus braços, e todas as incertezas em relação ao neonato são sanadas e a interação pais-filho é fortalecida.

Mas, quando o nascimento não acontece da forma esperada, e o neonato necessita de cuidados intensivos, há uma separação brusca entre os pais e o filho. Nesse momento, nem os pais, e muito menos o bebê, estão preparados para esse afastamento, iniciando um processo doloroso, mas necessário para que o pronto restabelecimento do neonato seja atingido.

Segundo Miura e Procianoy (1997), o período neonatal corresponde do nascimento até o 28º dia de vida e se divide em período neonatal precoce (0-7 dias) e neonatal tardio (7-28

dias). Com relação à idade gestacional o recém-nascido pode ser classificado como a termo se, ao nascer, tiver entre 37 e 42 semanas; pós-termo, se nascido após 42 semanas e pré-termo se, ao nascer, tiver menos de 37 semanas. Na prematuridade, a divisão por faixas de peso pode ser classificada em baixo peso (entre 1.500 / 2.000 g), muito baixo peso (1.000 / 1.500) e muito muito baixo peso ou prematuridade extrema (menos de 1.000g). Para esses recém-nascidos, as primeiras 24 horas de vida representam o período de maior risco de morte.

A atenção à saúde do recém-nascido deve ser estruturada e organizada no sentido de atender uma população sujeita a riscos, sendo necessária a presença de recursos materiais e humanos especializados (ROLIM; CARDOSO, 2006).

Nas últimas décadas, as inovações tecnológicas no campo das ciências médicas e biológicas, correspondendo aos recursos materiais, resultaram em importantes benefícios para o ser humano no que diz respeito às condições dos cuidados de saúde, principalmente nos cuidados intensivos neonatais, o que tem levado à progressiva melhora no atendimento e decréscimo da mortalidade neonatal, principalmente em recém-nascidos de baixo peso, que correspondem a aproximadamente 65% da clientela das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais – UTINs (GAIVA, 2006; LEE. et al., 2000 apud MENDES; CARVALHO; ALMEIDA, 2005).

Com relação aos recursos humanos, acredita-se que o cuidado a ser implementado nas UTINs necessita ser exercido e vivenciado na sua totalidade (GAIVA, 2006). Essa totalidade é expressa pelo autor em relação aos cuidados dispensados ao RN, visando atender às suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, envolvendo, no processo de cuidar, a família como um elemento ativo no restabelecimento da criança.

A enfermeira possui um papel indispensável nas UTINs, pois ela deve unir o conhecimento científico à realidade e à prática, o que exige conhecimento e responsabilidade, competência, integração, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades, visando atender às necessidades psicobiológicas do ser humano (ZIIN; SILVA; TELLES, 2003).

Segundo Rolim e Cardoso (2006), a importância da qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva baseia-se no planejamento e organização do serviço.

Na Enfermagem, o planejamento da assistência de enfermagem pode ser realizado com a implementação do processo de enfermagem que, de acordo com Iyer, Taptich e Bernocchi-losey (1993), é o método através do qual a estrutura teórica que embasa a ciência da Enfermagem é aplicada à prática dessa profissão. Trata-se de uma abordagem deliberativa

de soluções de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais e está voltada para a satisfação das necessidades do cliente/família.

Além dos benefícios para o paciente, a enfermeira também é favorecida quando seu trabalho se torna mais visível através do registro de suas ações, e o seu cuidado é documentado, além de organizar as atividades, priorizar as ações e possibilitar uma comparação da evolução clínica do paciente. Em suma, o processo de enfermagem é uma ferramenta de trabalho de que a enfermeira lança mão em busca da qualidade da assistência e valorização profissional.

A preocupação em tornar as atividades de enfermagem com respaldo no método científico teve como marco o desenvolvimento e divulgação do PE, inicialmente expresso na literatura norte-americana em 1950 e 1960 (IYER, TAPTICH E BERNOCCHI-LOSEY, 1993). No Brasil, a grande precursora foi Wanda de Aguiar Horta que, em 1979, publicou seu livro intitulado *O Processo de Enfermagem* (HORTA, 1979).

Acreditando no processo de enfermagem como método de trabalho que possibilita uma melhor qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que promove um cuidado individualizado, organizado, planejado e refletido, buscando minimizar ou solucionar problemas potenciais ou reais, despertei em mim a necessidade de torná-lo concreto na UTIN do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), local onde desempenho minhas atividades profissionais.

Na unidade citada anteriormente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) não está implementada, mas percebo, através da prática profissional, que há o interesse em torná-la uma realidade. Atualmente, na unidade em que foi realizado o estudo, não há um instrumento para coleta de dados em recém-nascidos; dispomos da evolução de enfermagem, onde a enfermeira registra o exame-físico e julgamentos clínicos realizados, porém observo que algumas evoluções contemplam todos os sistemas orgânicos, mas outras não; ao mais, percebo que a maior parte dos registros contemplam aspectos biológicos, deixando muitas vezes de serem contemplado os aspectos psicossociais tão importantes na recuperação do neonato, além do registro do balanço hídrico (local que se destina a anotações sobre ganhos e perdas) e livros de admissão e alta, relatório de enfermagem e dados maternos.

Portanto, compreendendo que o processo de enfermagem é um método que orienta nosso trabalho profissional, e o instrumento de coleta de dado constitui o primeiro passo para adentrarmos nesta realidade, foi que busquei realizar este estudo. Por meio do instrumento de coleta de dados, será possível concentrar informações familiares e do neonato imprescindíveis para um planejamento das ações de enfermagem adequado e coerente com as necessidades do

binômio família-neonato. Posteriormente, as informações contidas neste instrumento poderão ser utilizadas na construção de um banco de dados e serem úteis para pesquisas futuras.

Outro fator que me impulsionou a estudar essa temática foi contribuir com o Projeto da SAE, no HULW, que constitui um projeto integrado de pesquisa de campo (envolve o desenvolvimento e testagem de instrumentos para levantamento de dados significativos para a prática de enfermagem, identificação de diagnósticos de enfermagem, bem como o planejamento, implementação e avaliação da assistência) e extensão (integram enfermeiras docentes e assistenciais para desenvolver conjuntamente uma metodologia de trabalho). Este Projeto é apoiado pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

O Projeto da SAE, no HULW, possui o objetivo de efetivamente implementar o processo de enfermagem em todas as unidades de internação. Para um melhor desenvolvimento, o mesmo foi subdividido em três subprojetos, estando este estudo inserido no Subprojeto 2: Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade do Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Portanto, partindo do pressuposto de que o primeiro passo para organizar e orientar o cuidado é uma anamnese bem realizada, englobando, além dos sistemas biológicos, fatores maternos influenciadores na saúde do recém-nascido, é que estou empenhada em realizar esta atividade: desenvolver um histórico de enfermagem (instrumento para coleta de dados) para recém-nascidos em uma UTIN, acrescido de um enfoque sobre os aspectos psicossociais, envolvendo a família.

Trabalhar com pediatria sempre foi meu grande sonho, uma meta que, com o caminhar profissional, se tornou uma realização pessoal. Ainda, enquanto acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem, busquei caminhos que pudessem me aproximar dessa realidade, advindo-me a oportunidade de ser monitora da disciplina Enfermagem em Pediatria. Após a graduação, continuei seguindo a trilha que me conduziria à realização profissional, foi inserindo-me no Programa de Residência de Enfermagem em Pediatria no Hospital Instituto-Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), instituição de referência e reconhecida nacionalmente pelo excelente trabalho na área de Saúde da Criança. A partir desse momento, a criança ocupou definitivamente o centro da minha assistência profissional, de forma que procuro realizá-la da melhor forma possível.

Após o término do Programa de Residência, citado anteriormente, no ano de 2004, adentrei no serviço público federal, sendo locada no HULW. Inicialmente, fui designada para

atuar na Clínica Cirúrgica; a seguir, na Unidade de Terapia Intensiva Adulta; depois, no berçário patológico, até que, em outubro de 2005, houve a abertura de uma UTIN e, desde então atuo neste setor.

A UTIN caracteriza-se por prestar um serviço especializado, cuja clientela é basicamente formada por recém-nascidos de alto risco, sendo a enfermeira detentora de diversas atribuições, como, prestar assistência direta ao neonato, bem como aos pais; priorizar as ações; providenciar exames e transportes; preparar leitos para admissões; garantir insumos (equipamentos, recursos humanos, medicamentos) suficientes para que o trabalho possa ser desempenhado adequadamente, além de coordenar toda a equipe de enfermagem, entre outras. Diante das atribuições expostas, podemos perceber que é essencial uma organização do trabalho de enfermagem, ou seja, a utilização de uma metodologia de trabalho que facilite a atuação das ações de enfermagem e garanta a assistência ao neonato e familiares, bem como possibilite à instituição um grau de qualidade de serviço satisfatório.

E, para contribuir com essa organização, faz-se necessária a implantação do processo de enfermagem na unidade do estudo. Mas, qual o primeiro passo para que seja concretizado esse método de trabalho? Entendendo que o primeiro passo para a concretização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na UTIN do HULW consiste na elaboração de um instrumento de coleta de dados com a participação coletiva dos enfermeiros envolvidos no processo de cuidar dessa clientela, é que nos propomos a realizar esse estudo

Através de estudos, pesquisas e até mesmo da prática profissional, vivenciada na UTIN, entendo que a aplicação do Processo de Enfermagem responde a esse questionamento, possibilitando grandes benefícios aos profissionais, à clientela e à instituição de saúde.

A importância do presente estudo consiste em colaborar com o serviço por meio da construção e da validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na UTIN do HULW. Devido à grande importância da implementação da SAE na UTIN na referida instituição e diante da necessidade de as enfermeiras utilizarem um método que forneça condições de cuidar do neonato de forma planejada, é que estamos fornecendo subsídios, através da construção de um instrumento de coleta de dados, que permitam a implementação da primeira fase do processo de enfermagem na UTIN do HULW.

2 OBJETIVOS

- Construir um instrumento de coleta de dados para os recém-nascidos internados na UTIN do HULW;
- Fazer a validação do instrumento de coleta de dados construído anteriormente, com a participação das enfermeiras da UTIN do HULW;
- Verificar a operacionalidade do instrumento de coleta de dados, construído e validado anteriormente, em recém-nascidos internados na UTIN.

3 CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: O RECÉM-NASCIDO, A FAMÍLIA E O AMBIENTE

A UTIN constitui um ambiente físico dotado de aparelhos e equipamentos altamente sofisticados e profissionais qualificados, destinado ao atendimento de recém-nascidos em situações anormais de nascimento, como prematuridade, baixo peso ao nascer, anóxia, malformações e outras situações clínicas que predis põem os recém-nascidos (RNs) a tratamentos especializados para conseguirem sobreviver (ALMEIDA et al., 2005). Enfim, a UTIN é um ambiente destinado aos recém-nascidos de risco, definido por Kenner (2001) como sendo aqueles que têm maior chance de morrer durante ou logo após o nascimento e necessitam de intervenção imediata.

Aproximadamente, 65% dos recém-nascidos admitidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs) são prematuros (LEE et al., 2000 apud MENDES; CARVALHO; ALMEIDA et al., 2005). Os internamentos dos recém-nascidos pré-termos (RNPT) representam um número expressivo nas unidades neonatais principalmente pelo alto risco de adaptação dessas crianças à vida extra-uterina, devido à imaturidade anátomo-fisiológica dos órgãos e sistemas e do próprio processo de diagnóstico e terapêutica, e esta internação, muitas vezes, é prolongada. Após o nascimento, o recém-nascido prematuro pode apresentar uma série de complicações, e um fator associado à prematuridade é o baixo peso ao nascimento (BPN), podendo aumentar os riscos de morbimortalidade infantil (UNICEF, 1996; ARAUJO; BOZZETTI, 2000; OLIVEIRA, 2001; GAIVA; FERRIANI, 2001).

A prematuridade e o baixo peso constituem importantes causas básicas ou associadas da mortalidade perinatal, neonatal e infantil. O risco de morbimortalidade é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso de nascimento (SCOCHI et al., 2003).

Portanto, podemos perceber que cuidar de recém-nascidos é um grande desafio, principalmente quando estes neonatos se encontram em circunstâncias de prematuridade ou doença e, por estes motivos, necessitam de uma assistência de alta complexidade, como a UTIN (ANDRIOLA; OLIVEIRA, 2006).

De acordo com os Indicadores dos Dados Básicos (IDB), a mortalidade neonatal precoce (número de óbitos de 0-6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente no Brasil) entre 1997 – 2004 (dados mais recentes disponíveis no momento) apresentou uma pequena redução na média nacional, de 15,62 para 11,49 respectivamente. Com relação à mortalidade neonatal tardia (número de óbitos em crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população do Brasil), também

houve uma redução dos índices nacionais: em 1997, a taxa era de 4,2/1000 nascidos vivos e, em 2004, houve uma redução para 3,51/1000 nascidos vivos. Da mesma forma, ocorreu com a taxa de mortalidade pós-natal (número de óbitos na idade de 27 a 364 dias por mil nascidos vivos) que, em 1997, apresentava uma taxa de 12,08/1000 nascidos vivos, e em 2004 houve uma redução desse índice para 7,58/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2006).

Scochi et al. (2003) relatam que a instalação de modernas unidades neonatais constitui um marco na redução da mortalidade perinatal e neonatal que tem diminuído a cada ano, especialmente entre prematuros. Essas unidades neonatais são compostas por recursos humanos e tecnologias complexas e especializadas. Nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, os serviços especializados são escassos e carentes de tecnologias complexas de apoio ao diagnóstico e terapêutico, comprometendo a qualidade da assistência.

Corroborando Scochi et al. (2003), outros autores relatam a evolução nos cuidados neonatais na atualidade, representado pela introdução de novas tecnologias, inclusive melhoria tecnológica das unidades de terapia intensiva neonatais, criando ambientes extra-uterinos favoráveis a sua sobrevivência, além da administração do corticoide antenatal na gestante, visando à maior maturação pulmonar no momento do nascimento, o uso do surfactante e a ventilação mecânica foram fatores determinantes para a redução das taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia, e, conseqüentemente, da mortalidade infantil (MENDES; CARVALHO; ALMEIDA, 2005; SALES et al., 2006).

Diante dessas informações e considerando as inúmeras contribuições da tecnologia na área de saúde, é inegável a importância dos avanços tecnológicos e do aprimoramento das técnicas em saúde, principalmente em se tratando do cuidado em unidades neonatais de tratamento intensivo. Porém, apesar de todas essas conquistas, esse avanço tecnológico tem merecido críticas, no tocante à supervalorização de máquinas e equipamentos que ocorre, muitas vezes, em detrimento do ser humano (GAIVA, 2006).

Segundo Rolim e Cardoso (2006), a UTIN é um local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, levando a uma valorização dos aspectos tecnológicos, contribuindo para comportamentos automatizados, onde a subjetividade, a solidariedade, o toque e a interação humana são subjugados e, dessa forma, podemos prestar uma assistência centrada na máquina, na doença e não no ser humano que deveria ser o foco da atenção. Outros autores acrescentam que a especialização tecnológica está expulsando a preocupação com as necessidades humanas, o que constitui a essência no processo de cuidar. Precisamos de um cuidado em UTIN que evidencie uma preocupação com o biopsicoemocional do neonato e de

sua família, em que o diálogo e a reflexão crítica encontrem espaços (OLIVEIRA, 2001; ROLIM; CARDOSO, 2006).

Merhy et al. (1997) classificam a tecnologia em três níveis: a tecnologia representada por máquinas e aparelhos (tecnologia dura), na qual nos debruçamos até o momento; a tecnologia que engloba o saber profissional que é estruturado e protocolizado (tecnologia leve-dura) e, por fim, a tecnologia leve que engloba a responsabilização e o vínculo manifestados na relação entre usuário e trabalhador de saúde.

Não podemos esquecer a tecnologia dura (aparelhos e máquinas) evidentemente, mas necessitamos de que ela esteja articulada com as demais, numa perspectiva de interdependência; dessa forma, estaremos nos aproximando de uma assistência focada nas necessidades da tríade pais-filho-família em que o saber profissional (tecnologia leve-dura) e o estabelecimento de vínculos (tecnologia leve) sejam parceiros indissociáveis no processo natural de respeito e valorização à vida.

Gaiva (2006) afirma que a assistência neonatal não deve se limitar a evitar a alta mortalidade de seres naturalmente frágeis e predispostos a tantos riscos (não negando sua importância), mas deve se preocupar com as repercussões tardias dos problemas perinatais nos sobreviventes, assumindo atitudes não apenas curativas, mas ampliando suas ações aos aspectos físicos e psicossociais, na perspectiva da promoção da saúde e da qualidade de vida.

A assistência ao recém-nascido de risco internado em UTIN, equipada com tecnologia de ponta, pode ter como foco primordial a assistência nos aspectos biológicos do RN. Porém, nos dias atuais, esse tema vem sendo discutido frequentemente entre os profissionais e as instituições de saúde, com a finalidade de transformar essa realidade, ampliando e focalizando a assistência à tríade mãe-filho-família (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006).

Acreditamos que, com uma assistência voltada para a tríade pais-filho-família, poderemos respeitar a criança em sua totalidade e assisti-la na integralidade, de forma a buscar minimizar ou solucionar suas necessidades em todas as suas dimensões: psicobiológicas, psicossociais e/ou psicoespirituais. Isso implica compreender os sentimentos e a realidade vivenciada por esses seres durante o processo de internamento em uma unidade de terapia intensiva, pois, quando um neonato é admitido nessa modalidade de serviço, uma gama de sentimentos inesperados surge nos pais e na família dessa criança, tornando-se difícil de ser aceita e enfrentada.

O nascimento de uma criança doente, com alguma deformidade, defeito congênito ou prematuridade, desfaz o sonho de uma gestação inteira, pois provavelmente imaginava-se um bebê saudável, causando desapontamento, sentimento de incapacidade, culpa e o medo da

perda, constituindo um momento de dor e de grandes conflitos (ALMEIDA et al., 2005). Os traços familiares que os pais buscam no filho recém-nascido são difíceis de serem identificados quando nascem prematuros, frágeis e pequeninos (FERRAZ; CHAVES, 1996).

Stern (1997) afirma que, antes de o bebê existir de forma real nos braços da mãe, existe o bebê imaginário, formado a partir das fantasias e dos sonhos. Além deste fato, existe o medo da doença, do desconhecido, do ambiente hospitalar dotado de aparelhos e equipamentos sofisticados que contribuem para uma possível crise emocional (ALMEIDA et al., 2005).

Apesar das transformações sociais relacionadas ao papel da mulher ao longo do tempo, esses sentimentos de culpa, dor e sofrimento, vivenciados pelas mães que possuem seus filhos internados em uma UTIN, são fortalecidos pelo peso de algumas representações sociais consideradas socialmente corretas sobre o papel da mulher na sociedade como o de ser mãe de um recém-nascido forte e saudável. Durante toda a gestação, há uma expectativa de toda a família de um bebê saudável, e, quando a gestação é interrompida, a rede familiar recebe o impacto e tenta se adaptar a essa nova situação (GAIVA; FERRIANI, 2001).

A chegada de uma criança é o estágio que provoca as mais profundas mudanças no ciclo familiar. E, quando nasce uma criança doente ou prematura, a família vivencia uma experiência desgastante e desafiadora, o que ocasiona profundas mudanças na dinâmica familiar. Acrescido a este fato, o tempo de internação do neonato nas condições citadas anteriormente, geralmente prolongado, podendo durar meses, provoca profundas mudanças na vida da família, principalmente da mãe que, sem que esteja preparada para essas transformações, se tornará a acompanhante de seu filho (VASCONCELOS; LEITE, SCOCHI, 2006).

Kaplan e Mason (1960 apud Oliveira, 2006) relatam as reações maternas ao nascimento de um bebê prematuro, ou na vigência do nascimento de filhos enfermos e apresentam o processo vivido por essas mães em quatro momentos: em um primeiro momento, a mãe se prepara para uma possível perda do filho, pretende retirar a relação estabelecida com a criança; num segundo momento, a mãe enfrenta a sensação de fracasso ao gerar uma criança prematura ou doente; no terceiro momento, caso o recém-nascido melhore, o problema está em retomar o relacionamento interrompido, pois já havia sido preparada para a perda, e, no quarto e último momento, a mãe começa a compreender que seu filho é diferente de um bebê a termo ou sem patologia, em termos de desenvolvimento e necessidades, demonstrando interesse de adquirir conhecimentos especiais para atendê-lo.

Ao evidenciarmos os aspectos maternos envolvidos durante o internamento de seu filho recém-nascido em uma UTIN, de forma alguma estamos subjugando os aspectos paternos também envolvidos. Infelizmente, na revisão bibliográfica, percebemos que esse tema não recebe a devida importância à medida que referências sobre esse assunto são escassas.

Tronchin e Tsunechiro (2006) relatam que ainda existem poucos estudos que focalizam a experiência paterna, especialmente, quando se trata de nascimento de crianças prematuras. Acreditamos, conjuntamente com os autores citados anteriormente, que devem ser desmistificados os aspectos culturais impostos pela sociedade de que cabe aos homens a virilidade e que, render-se aos sentimentos e ao aprendizado, significa um sinal de fraqueza ou perda da masculinidade, além do mais toda forma de participação paterna no processo de internamento do filho prematuro é fundamental, seja um toque, a visita, a conversa, a comunicação, os incentivos e a acolhida.

Portanto, os pais (mãe e pai) de um recém-nascido prematuro enfermo, internado em uma UTIN, vivenciam uma situação de incerteza, não possuem a garantia de melhora do estado de saúde de seu filho, e, ainda, enfrentam a possibilidade da morte. Dessa forma, o apoio aos pais e familiares deve abranger os aspectos informativos, emocionais, de fortalecimento e de capacitação (BUARQUE et al., 2006).

A maioria dos pais, ao adentrar a uma unidade de terapia intensiva pela primeira vez, depara-se com seu filho coberto por fios, além de aparelhos brilhantes e sonoros, e esse cenário pode amedrontar. Portanto, cabe a nós, profissionais de saúde, acolhê-los de forma a minimizar os sentimentos negativos e fortalecer o vínculo entre pais-filho-família; isso pode ser alcançado à medida que nos dispomos a ouvi-los sobre suas dúvidas e anseios, fornecemos as informações necessárias naquele momento e incentivamos uma relação de amor e carinho através do toque e da conversa com o recém-nascido.

Nesse primeiro contato com o filho, os pais de prematuro enfrentam a diferença entre a imagem do esperado e a imagem real, vivenciando um estado de luto pelo ideal perdido e buscando estratégias de adaptação a uma realidade imbuída de muitas frustrações. Diante dessa situação, esses pais necessitam de apoio para reconciliar a imagem mental idealizada com a realidade e aceitar as diferenças entre ambas, há um novo caminho a ser percorrido, mas ainda permanece a incerteza sobre a sobrevivência, crescimento normal e saudável de seu filho (KLAUS, M.; KENNELL; KLAUS, P. 2000; BELLI; SILVA, 2002).

Sabemos que o internamento de um neonato em uma UTIN constitui uma mudança brusca não apenas para a família, mas também para o RN, que poderá ter seu

desenvolvimento físico e psíquico afetado, pois, além do trauma causado pelo nascimento, acontece a separação com as únicas pessoas com quem estabelecia vínculo durante toda a gestação: os pais (LIMA, H et al., 2004). Dessa forma, fica evidenciado que o fortalecimento do vínculo filho-pais-família é primordial para um restabelecimento dessa criança.

Santana (2003) escreve que o contato inicial mãe-filho, uma vez prejudicado pelas circunstâncias, como seu internamento em UTIN, pode influenciar negativamente a construção do vínculo e o ambiente familiar, podendo deflagrar aumento do estresse na família e prejudicando o estabelecimento do vínculo entre filho-pais e família.

A respeito desse vínculo, Almeida et al. (2005) e Lima, H. et al. (2004) apontam que a manutenção do mesmo é primordial, pois, durante o período de internação, a presença da mãe proporciona segurança, equilíbrio emocional e recuperação do bebê. Atitudes como estar presente, falar, acariciar e tocar o neonato significa muito para ele, contribuindo na sua recuperação e desenvolvimento afetivo. Ainda que o processo de crescimento e desenvolvimento da criança prematura esteja condicionado às condições sociais e biológicas da concepção, gestação, parto e período neonatal, o modo de vida da mãe e da família é essencial, conjuntamente com suas redes de relacionamento, para favorecer esses processos no RNPT (GAIVA; FERRARI, 2001).

As relações iniciais entre o recém-nascido e seus pais são consideradas protótipos de todas as relações sociais futuras. Cabe à equipe de saúde apoiar e promover condições para que os pais possam ver e tocar seu bebê, promovendo um ambiente acolhedor (BRASIL, 2003). Segundo Lohr (2001), os pais constituem o primeiro núcleo social da criança.

Segundo Bowlby (1995), a privação materna é a situação na qual uma criança não encontra uma relação calorosa, íntima e continua com a mãe natural ou substituta, e acrescenta, enfatizando que a separação da criança será suavizada quando a mesma passa a ser cuidada por alguém em que ela confia, mas pode ser acentuada se a mãe substituta, embora amorosa, for alguém estranha para ela.

Portanto, promover a ligação afetiva do neonato com os pais é mais do que um dever, é uma responsabilidade social da equipe de saúde. Os efeitos perniciosos da privação variam de acordo com o grau da mesma. A privação parcial traz consigo a angústia, uma exagerada necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, conseqüentemente, culpa e depressão, resultando em distúrbios nervosos e numa personalidade estável. A privação total tem efeitos maiores sobre o desenvolvimento da personalidade e pode mutilar totalmente a capacidade de estabelecer relações com outras pessoas. Portanto, relações insatisfatórias na primeira infância

predispõem posteriormente a criança com reações anti-sociais diante das tensões (BOWBLY, 1995).

Esse mesmo autor relatou em suas experiências que crianças que sofrem privação materna prolongada podem deixar de sorrir para um rosto humano ou de reagir quando alguém brinca com eles, ficando inapetentes ou, apesar de serem bem nutridos, não engordam. Dormem mal e não apresentam iniciativa, podendo apresentar susceptibilidade à infecções e atraso no desenvolvimento da fala (BOWBLY, 1951).

Portanto, o amor materno de que uma criança necessita é encontrado no núcleo familiar e extremamente difícil fora dela (BOWBLY, 1989). Estimular o apego, como sendo um vínculo imprescindível entre o neonato e sua família, inclusive no desenvolvimento mental e emocional dessa criança, é uma atividade prioritária em uma UTIN.

As pesquisas sobre o apego entre mãe-filho em unidade de tratamento intensivo começaram no início da década de 70, quando os profissionais que trabalhavam nessas unidades começaram a observar uma realidade assustadora: que algumas crianças voltavam para unidades de pronto-socorro vítimas de espancamento pelos próprios pais (KLAUS; KENNEL, 1982)

Diante disso, entendemos que a família possui várias funções que extrapolam a dimensão biológica que consiste em assegurar a sobrevivência de seus membros, atendendo necessidades como higiene e alimentação. Na família, também nos deparamos com as funções psicossociais, nas quais encontramos o alimento afetivo como indispensável para a sobrevivência do ser humano, tanto quanto a água, o oxigênio e os nutrientes de que precisamos para sobreviver. Na ausência do afeto oferecido pelos pais ou outros cuidadores, o ser humano pode apresentar grandes dificuldades nas relações interpessoais (OSÓRIO, 1996; OLIVEIRA et al., 2005). Além disso, existe um agravante, segundo Ferraz e Chaves (1996) e Klaus e Kennel (1982): em crianças prematuras, há maior incidência de abandonos, espancamentos, abusos e ocorrência da síndrome de *failure to thrive*, na qual o neonato não ganha peso e não se desenvolve sem uma causa orgânica aparente.

Portanto, os profissionais de saúde possuem uma grande responsabilidade, não apenas técnica-profissional (relacionadas aos aspectos biológicos), mas uma responsabilidade social, assumindo condutas que promovam o fortalecimento desse vínculo mãe-filho-família.

Levando em consideração a importância dos pais na recuperação dos filhos hospitalizados, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela Lei 8.069 de 13 de junho de 1990, estabelece o direito de os pais acompanharem seu filho durante toda a hospitalização da criança e legaliza a permanência integral de um dos pais ou responsável (BRASIL, 1991).

Além do ECA, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, através da resolução nº 44 de 1995, aprova direitos da criança e do adolescente hospitalizados, estando presente na mesma: “4- Direito de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas; 5- Direito a não ser separado de sua mãe ao nascer”. Mas, mesmo a presença dos pais sendo garantida por lei, e sabendo da sua importância na recuperação das crianças, no nosso caso, dos neonatos especificamente, Lima, H. et al. (2004) destacam que muitas vezes nos deparamos com pais que têm medo de tocar o bebê e prejudicá-lo, levados pela figura frágil desse ser, impressionam-se com tantos fios, tubos, sondas e aparelhos, não se sentindo à vontade para tocar o filho.

Nesse sentido, a Enfermagem, como sendo a equipe que mais tempo permanece junto ao neonato e à família, deve agir de forma a reduzir os medos, favorecer o toque, apoiar os pais, enfim, agir de modo a facilitar as oportunidades de contato precoce entre pais e filhos prematuros, visando estabelecer o vínculo e o apego, sabendo que esse processo é gradual, podendo levar tempo, dias ou semanas.

Corroborando Gaiva (2006), o nosso grande desafio, enquanto profissionais que assistem os bebês, é cuidar deles como seres humanos em sua totalidade, com competência técnica, científica e humana, sempre valorizando sua dimensão subjetiva, de forma a resgatar o sentido humanitário nas relações interpessoais entre sujeitos, voltados para o acolhimento, autonomia, participação dos pais no cuidar objetivando a promoção da saúde.

Uma vez entendendo a humanização como o resgate da importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos humanos na intervenção em saúde, bem como adoção de uma prática profissional em que profissionais e pacientes são considerados em sua subjetividade, aspectos físicos e sociais, a assistência ao neonato será humanizada a partir do momento em que a tríade pais-filho-família for inserida no processo cuidativo, onde haja uma relação, com estabelecimento de vínculos e diálogo entre estes (ROLIM; CARDOSO, 2006).

4 MARCO CONCEITUAL DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A Enfermagem, ao longo de sua história, vem buscando autonomia, reconhecimento, crescimento profissional e aprimoramento de habilidades, além da construção de um conhecimento científico que facilite sua prática, enfrentando desafios e buscando caminhos para se firmar e estabelecer seu papel profissional.

Segundo Cianciarullo et al. (2001, p.15), “há mais de cinquenta anos, as enfermeiras vêm se preocupando com as questões relativas ao desenvolvimento do conhecimento na área específica da enfermagem”. Podemos perceber sua veracidade, partindo do desenvolvimento de teorias e modelos próprios de enfermagem que revelam o grande objetivo da profissão: o cuidado humano.

A Enfermagem é uma profissão que se desenvolve a cada dia, buscando concentrar-se num corpo de conhecimentos próprios, baseados em uma filosofia científica. Hoje, a Enfermagem passa por reformulações, afirmações, construção de novos modelos de prática, baseados em marcos conceituais e teorias. Na realidade, é uma ciência que, a cada dia adianta um passo e hoje caminha a passos largos na construção de seu conhecimento próprio.

Nas últimas décadas, a Enfermagem tem evoluído, e seus participantes têm procurado estabelecer as bases para uma ciência da Enfermagem e, durante essa busca, segundo Angerami (1994), passou por três momentos históricos: no primeiro momento, com o intuito de contar os recursos humanos existentes na profissão, preocupou-se em levantar questões: Quem somos? Quanto custamos? O que produzimos?; no segundo momento, preocupou-se em dar cunho científico ao trabalho da enfermeira, explicando os fenômenos da Enfermagem através da aplicação dos princípios científicos; no terceiro momento, que se iniciou no final da década de 1950 e se intensificou na década de 1960, preocupou-se em elaborar um corpo de conhecimento próprio da Enfermagem que fornecesse sustentação à sua prática. Assim, deu-se origem às teorias dessa profissão e o processo de enfermagem como método de trabalho.

Segundo Pires (1990), a grande importância das teorias reside em sua capacidade de estas introduzirem, no nosso campo de atuação profissional, a necessidade da utilização de um instrumento metodológico capaz de nos possibilitar entender o indivíduo ou grupos sociais que são o nosso objeto de trabalho, e de identificar seus problemas ou necessidades que exijam uma intervenção profissional de enfermagem.

Horta (1979) já se preocupava com a afirmação da Enfermagem enquanto profissão, e trouxe contribuições importantíssimas através da construção do Marco Conceitual das Necessidades Humanas Básicas. Segundo Vasconcelos (1998), Wanda de Aguiar Horta foi a

primeira enfermeira a realizar um enfoque na literatura brasileira de enfermagem, propondo uma metodologia de assistência baseada nas Necessidades Humanas Básicas. Ela foi a primeira enfermeira que, no Brasil, na década de 1970, iniciou a construção de uma Teoria. Este fato possui tamanha relevância para a evolução da Enfermagem a ponto de representar para alguns estudiosos um divisor de épocas – a Enfermagem antes e depois de Horta (DIAS, 1988). É basicamente a partir dessa estudiosa que a Enfermagem brasileira introduz a organização da assistência de enfermagem fundamentada no conhecimento (PORTO, 2004).

Segundo Leopardi (1999), apesar de todo esforço dirigido para a construção de uma teoria, Horta não consegue concluir seu trabalho, devido ao seu estado de saúde e morte prematura. Porém, Horta avançou na definição de alguns conceitos, princípios e pressupostos na construção do processo de enfermagem, além da classificação e identificação de várias necessidades humanas básicas. Mas, isso não significa que sua contribuição à comunidade científica da Enfermagem possa ser desqualificada; ao contrário, a sua contínua utilização na prática tem afirmado a sua importância.

Durante o XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em São Paulo, em 1970, Wanda de Aguiar Horta demonstra, em seu trabalho intitulado *Contribuição a uma teoria sobre enfermagem*, a necessidade urgente de desenvolvimento de teorias que explicassem a Enfermagem e contribuíssem para dar sistematização e organização (HORTA, 1970).

Foi desta forma que Horta (1979) realizou a construção do modelo conceitual baseado nas *Necessidades Humanas Básicas*, após anos de estudo e observação. A autora desenvolveu este marco baseado na teoria de Maslow – a da motivação humana, utilizando a denominação de João Mohana para os três níveis de vida psíquica (psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual), e criou o seu próprio sistema de classificação de necessidades humanas básicas.

Dessa forma, Horta elaborou o seu marco conceitual, partindo de leis gerais que regem os fenômenos universais, como as leis do equilíbrio (homeostase e hemodinâmica), da adaptação (interação com o meio) e a do holismo (o todo não é a mera soma das partes, mas o conjunto destas) (PEREIRA, 1997). Esta pesquisadora também recebeu influência das enfermeiras norte-americanas, como King, MacDowell e Levine.

Horta apresentou conceitos que fundamentam a seu marco conceitual das necessidades humanas básicas e a ciência da Enfermagem, a citar: a enfermagem, o ser humano, o ambiente e a saúde. Para a autora, **Enfermagem** é

[...] é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar; manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979, p. 29).

A partir do conceito de Enfermagem, Horta (1979, p. 30) definiu **assistir em enfermagem** da seguinte forma: “fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar, quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou supervisionar e encaminhar a outros profissionais”.

O **ser humano** é definido por Horta (1979, p. 28) como indivíduo, família ou comunidade “[...] parte integrante do universo dinâmico, e como tal sujeito as leis que o regem, no tempo e no espaço [...], estando em [...] constante interação com o universo, dando e recebendo energia”. A dinâmica destas inter-relações provoca “[...] mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço”.

Para Horta, o ser humano possui características próprias de unicidade, autenticidade e individualidade, fazendo parte integrante do universo, interagindo com esse universo e recebendo dele as influências no tempo e no espaço. E ressalta que, em meio a toda essa dinâmica, o ser humano fica sujeito a mudanças e desequilíbrios que geram as necessidades no ser humano e, caso essas necessidades não sejam atendidas, ou sejam atendidas inadequadamente, resultam em desconforto e, caso persistam, geram a doença.

Saúde, para a autora, é: “[...] estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço” (HORTA, 1979, p. 29). Para Horta, esse estado de equilíbrio dinâmico refere-se ao período de latência das necessidades, desse modo, dependendo do desequilíbrio instalado, as necessidades são afetadas em maior ou menor grau. Enquanto que o **ambiente** é, para Horta, o “[...] universo dinâmico [...]” no qual o ser humano está “[...] sujeito a todas as leis que o regem no tempo e no espaço”. Para a teórica, o ambiente pode ser classificado como favorável, semi-favorável, difícil e desfavorável (HORTA, 1979, p. 28).

Para Horta (1979), o principal objetivo da Enfermagem é atender às necessidades humanas básicas afetadas, aquelas que, consciente ou inconsciente, se encontram em estado de tensão decorrentes do desequilíbrio dos fenômenos vitais, portanto, exigem uma resolução. Essas necessidades têm características, como, são vitais, latentes, flexíveis, cíclicas, dinâmicas, inter-relacionadas, energéticas, infinitas, hierarquizadas, apresentam peculiaridades individuais, são universais por serem comuns a todos os seres humanos, podendo ser verbalizadas ou não, aparentes, conscientes, diferenciando-se apenas por sua maneira de manifestar-se e de satisfazê-la. Diversos fatores podem interferir na manifestação

e no atendimento, como sexo, cultura, escolaridade, ciclo saúde-doença, fatores socioeconômicos e ambientais e, nos estados de equilíbrio dinâmico, elas não se manifestam, podendo surgir quando estão em estado latente, conforme o desequilíbrio instalado.

Horta (1979), no desenvolvimento de seu marco conceitual, criou uma nova classificação para as necessidades humanas básicas, preferindo a denominação de João Mohana para os níveis psíquicos, denominando-as em três níveis: psicobiológicos, psicossocial e psicoespiritual. Dessa forma, foram apresentadas trinta e seis necessidades (Quadro 1), que se manifestam no ser humano através de sinais e sintomas, as quais foram denominadas por Horta como sendo problemas de enfermagem.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenação; • Hidratação; • Nutrição; • Eliminação; • Sono e repouso; • Exercícios e atividades físicas; • Sexualidade; • Abrigo; • Mecânica corporal; • Motilidade; • Cuidado corporal; • Integridade cutâneo-mucosa; • Integridade física; • Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular e vascular; • Locomoção; • Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa; • Ambiente; • Terapêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança; • Amor; • Liberdade; • Comunicação; • Criatividade; • Aprendizagem (educação e saúde); • Gregária; • Recreação; • Lazer; • Espaço; • Orientação no tempo e no espaço; • Aceitação; • Auto-realização; • Auto-estima; • Participação; • Auto-imagem; • Atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Quadro 1 - Classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo Horta (1979).

Os pesquisadores que utilizam em seus estudos a classificação apresentada acima encontram uma grande dificuldade que é a falta de definições para essas necessidades, pois Horta só apresentou definições de algumas necessidades em seus trabalhos. Devido a este fato, nesse estudo foram utilizadas definições para as necessidades encontradas na literatura científica da Enfermagem.

5 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Processo de enfermagem consiste de um “método organizado que proporciona uma estrutura lógica em que se fundamenta a assistência de enfermagem” (CROSSETTI, 1995, p. 151). É uma combinação das habilidades de reflexão crítica, que propicia um método de resolução de problemas ao mesmo tempo dinâmico e cíclico (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

Garcia e Nóbrega (2001) afirmam que o processo de enfermagem é também um instrumento metodológico de que lançamos mão tanto para favorecer o cuidado, quanto para organizar as condições necessárias para que este seja realizado. Referindo-se ao PE, Rossi e Casagrande (2001) o definem como uma série de passos que focalizam a individualização do cuidado, através de uma abordagem de solução de problemas, orientado por teorias, modelos conceituais, conhecimentos científicos e experiências individuais.

Diversos autores discorrem sobre esse assunto, cada qual acrescenta uma visão enriquecedora. Para Alfaro-Lefreve (2000), o PE é um método que sistematiza a assistência de enfermagem de forma mais humanizada, uma vez que sua realização segue uma seqüência de etapas interligadas, visando à eficiência e ao alcance de resultados benéficos para o cliente, observando os seus interesses, expectativas e desejos.

Leopardi (1999) enfatiza que a metodologia da assistência de enfermagem constitui uma atividade unificadora da profissão, mediante o uso da ciência e da arte, unindo teoria, tecnologia e interação. Resgata na Enfermagem seu primeiro compromisso, que é o de cuidar das pessoas numa base personalizada, humana e técnica.

Portanto, o processo de enfermagem é uma ferramenta de trabalho que aproxima o cuidador do ser cuidado, podendo ser utilizado como uma forma de resgatar o cuidar holístico, voltando-se ao ser humano, tendo como preocupação não a patologia, e sim o indivíduo vivenciando seu processo saúde-doença, enfocando a promoção do bem-estar e da saúde. O PE na realidade combate o modelo biomédico atual. Percebemos que Capra (2001) já se preocupava com a temática do olhar cartesiano e mecanicista do mundo quando relatava que o avanço dos estudos e da tecnologia vem a reforçar o poder da cura relacionado à medicina, ocasionando a separação entre o profissional e os clientes como pessoas.

Carraro e Westphalen (2001) afirmam que atualmente houve uma acentuada modificação nas relações entre a pessoa que é cuidada e o profissional de saúde. O profissional não é mais aquele que sabe de tudo, tornou-se um facilitador, um parceiro, uma pessoa que ajuda, a quem se passa um contrato explícito ou implícito e a pessoa que é

cuidada, assistida, não é mais um ser dependente, mas um parceiro, tendendo em geral à autonomia.

Alicerçado no conhecimento técnico e científico do profissional, buscando a participação do indivíduo, respeitando sua autonomia e sua individualidade, o processo de enfermagem surge como uma proposta de trabalho, embasada em teorias de Enfermagem,

No processo de enfermagem, podemos encontrar três grandes dimensões: propósito, organização e propriedades.

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), o propósito principal do processo de enfermagem consiste em oferecer uma estrutura na qual as necessidades individuais do cliente, da família e comunidade possam ser satisfeitas. Quanto à organização, o processo de enfermagem atualmente é composto por cinco fases: histórico de enfermagem (levantamento de dados), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução.

Um fato importante a ser relatado é que podemos encontrar outras denominações para as fases do processo de enfermagem a depender do autor. De acordo com Doenges, Moorhouse e Geissler (2003), o processo de enfermagem é apresentado em cinco fases: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

A primeira fase é o histórico de enfermagem; outros autores também a denominam de levantamento de dados. Doenges, Moorhouse e Geissler (2003) descrevem-no como um processo organizado e sistemático de coleta de dados sobre diversos aspectos do cliente (dados subjetivos, objetivos, progressos e atuais) que são necessários à identificação de evidências de disfunções ou fatores de risco para problemas de saúde, incluindo entrevista (anamnese), exame físico e os exames diagnósticos.

A segunda fase é a que se processa após a coleta de dados, denominada de diagnóstico de enfermagem. Nessa fase, os dados coletados são analisados e interpretados criteriosamente. Conclusões importantes são resultantes dessa etapa quanto às necessidades, problemas, preocupações e respostas humanas do cliente. É descrita como atividade intelectual na qual se realiza o julgamento clínico a partir das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos problemas reais ou de riscos para a saúde/processos vitais (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY 1993; DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

O planejamento é a terceira fase, consistindo na elaboração de um plano de cuidados contendo os resultados esperados e as intervenções de enfermagem com o objetivo de prevenir, corrigir ou reduzir os problemas identificados. É imprescindível, nessa etapa, o estabelecimento dos diagnósticos prioritários, definindo critérios para os resultados esperados

e prescrições das intervenções de enfermagem dirigidas para cada diagnóstico (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

A quarta fase corresponde à implementação, na qual ocorre a execução do plano de cuidados, observando as respostas iniciais do cliente em direção ao alcance dos resultados esperados (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

A realização do registro das intervenções realizadas e das respostas do indivíduo a essas ações é imprescindível, pois é uma forma de comunicação com todos os profissionais da área de saúde com relação à conduta terapêutica adotada e do estado de saúde do cliente, além de constituir um importante instrumento para realização de pesquisas e melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como vem a constituir um instrumento legal frente a circunstâncias especiais, a qual subsidiará para justiça, a avaliação do tipo de cuidado prestado (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

As ações da prescrição de enfermagem propostas são executadas pela enfermeira, pelo auxiliar de enfermagem e pelo técnico de enfermagem, de acordo com a habilidade de cada um e com a competência exigida pela estratégia prescrita; isso não significa dizer que o paciente e a família sejam desarticulados desse processo, ao contrário (CARRARO; WESTPHALEN, 2001).

A quinta e última fase é a de evolução, também denominada de etapa de avaliação da eficácia do plano de cuidados, parte da verificação do alcance dos resultados esperados e da necessidade de estabelecer mudanças, caso os resultados pretendidos não tenham sido alcançados. Neste último caso, faz-se necessária uma nova investigação, com a retomada das fases iniciais do processo. Logo, mesmo se constituindo a última fase do processo de enfermagem, a avaliação não deve ser considerada como sendo seu fim (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), o processo de enfermagem apresenta seis propriedades: intencionalidade, sistematicidade, interatividade, dinamismo, flexibilidade, e embasamento teórico. A intencionalidade reflete que o processo de enfermagem está voltado para uma meta que na realidade é a de proporcionar cuidados de qualidade aos clientes; a sistematicidade pressupõe que, para alcançar este propósito, é necessária uma abordagem organizada das fases; é interativo porque se baseia nas relações recíprocas que se dão entre a enfermeira e o cliente, família e outros profissionais de saúde; é dinâmico uma vez que permite que haja mudanças contínuas durante a sua utilização; possui garantida a sua flexibilidade, pois permite que o processo seja utilizado em qualquer local ou área de especialização que trabalhe com pessoas, grupos ou comunidades, e, por fim, é

indispensável o embasamento teórico, fornecendo a cientificidade ao processo, pois esse é elaborado a partir de uma base de conhecimentos das ciências físicas, biológicas e humanas, sendo aplicável a todos os modelos teóricos de enfermagem.

Diante dessa explanação a respeito da SAE, torna fácil compreender sua importância. A aplicação do PE tem apresentado uma série de vantagens na qualidade do cuidado de enfermagem, que é o principal responsável pela sobrevivência, manutenção, reabilitação e prevenção da saúde do paciente. A utilização do processo determina prioridade na assistência de enfermagem através da situação atual do paciente com o objetivo de manter a continuidade e a avaliação da assistência (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

As vantagens da utilização do PE estendem-se principalmente aos indivíduos, família e comunidades que vão se beneficiar de um cuidado individualizado, qualificado e participativo, mas, também, as próprias enfermeiras, a profissão de enfermagem e as instituições de saúde também são beneficiadas uma vez que podem utilizá-lo como recurso para avaliação da qualidade de seus serviços (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003; SILVA, 2004).

Para as enfermeiras, o processo de enfermagem propicia um pensamento crítico acurado, uma vez que o julgamento clínico perpassa por todo o processo, permite uma assistência baseada em uma seqüência de prioridades, facilitando o desenvolvimento das ações seguindo uma ordem prioritária, bem como promove uma maior interação com o cliente, tendo como momento inicial a coleta de dados indo até a alta do indivíduo.

O cliente também é beneficiado, à medida que a assistência que lhe é dispensada possui uma qualidade mais elevada, uma vez que será direcionada para o atendimento de suas necessidades afetadas, sendo sempre motivado para o autocuidado que lhe permite participar ativamente do seu processo de restabelecimento.

A enfermeira que assume a Metodologia da Assistência o faz de forma ética e com competência técnica. Desenvolvendo uma ação sistematizada, colabora com a Lei 7498/86 que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem que reza, em seu artigo 11º, como atividades privativas da enfermeira, como integrante da equipe de saúde, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre a matéria de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986). Portanto, registrar as informações pertinentes à assistência de enfermagem e à evolução clínica do paciente é indispensável na vigência de auditorias e pesquisas que possam proporcionar ainda mais benefícios à comunidade assistida.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, em 27 de agosto de 2002, publicou a

Resolução n° 272, que determina a obrigatoriedade da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE em toda instituição de saúde, pública ou privada, onde se desenvolvam ações de enfermagem, a qual deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário (COFEN, 2002).

Além da Lei 7498/96 e da Resolução 272, referentes a órgãos de Enfermagem, o Ministério da Saúde, através do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade de Saúde, criado pela portaria GM/MS n° 1107, de 14 de junho de 1995 (BRASIL, 2001), exige, para o alcance do nível 3, o nível de excelência para as instituições de saúde, que estas procurem melhorar sistematicamente a qualidade de seu atendimento. Para o alcance desse terceiro nível, é exigido algumas atividades, tais como, o registro dos cuidados de enfermagem através de planos de cuidados e prescrições de enfermagem.

Dessa forma, percebemos que as etapas do processo de enfermagem encontram-se inseridas nesse Programa de Qualidade em Saúde, mesmo que não explicitamente, uma vez que, para se realizarem os planos de cuidados e prescrições, torna-se indispensável a coleta de dados (histórico de enfermagem), o julgamento clínico sobre as prioridades (planejamento) e, se o cuidado é registrado, podemos dizer que ele foi realizado (implementação). Portanto, o processo de enfermagem pode se tornar uma ferramenta para melhorar a qualidade do serviço prestado, proporcionando maior credibilidade às instituições que a possuem.

Atualmente, há um crescimento ascendente com relação à produção científica relacionada ao processo de enfermagem, porém não podemos negar que nos deparamos com inúmeras dificuldades para sua implementação nas instituições de saúde, tais como, falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho, excesso de apego às rotinas, falta de fundamentação científica para elaboração das prescrições de enfermagem, o fato dos cuidados de enfermagem constarem na prescrição médica, alegação que as prescrições são feitas verbalmente, direcionamento gerencial das unidades prestadoras de assistência de enfermagem, sua organização interna, dotação de recursos humanos insuficientes, ausência de protocolos definidos para a atuação das enfermeiras, visão administrativa das diretorias institucionais, e até da própria dinâmica de trabalho das equipes de enfermagem, bem como a visão da enfermeira sobre a importância da utilização do processo de enfermagem como instrumento metodológico para uma prática científica (VIRGINIO, 2003; ARAUJO, 1996).

As justificativas para a não implementação da SAE são muitas, mas Cunha (1989) enfatiza que a SAE é necessária para um bom funcionamento do serviço de enfermagem de um hospital e permite uma avaliação eficaz dos cuidados prestados ao paciente, pois faz uso

de um planejamento específico para cada indivíduo. Além disso, Ferreira (1990) enfatiza que a SAE enriquece a prática, direciona o ensino e conduz a uma forma prática de avaliação.

Portanto, para que a enfermeira possa estabelecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem é primordial que a mesma abandone muitos dos pressupostos teórico-práticos do modelo biomédico, de forma abandonar preconceitos antigos e realmente lutar por um modelo desafiador, que permita a visualização de seu cuidado baseado em princípios científicos (TOLEDO, 2004).

Araújo (1996) acreditam que as enfermeiras, principalmente aquelas que trabalham em instituições ligadas à formação de novos profissionais (como os hospitais de ensino e as escolas de enfermagem), possuem um papel importantíssimo em tentar superar essas dificuldades, por meio de propostas que possibilitem tornar a SAE uma atividade realmente incorporada às atividades cotidianas da Enfermagem.

De forma que faço minhas as palavras de Carraro e Westphalen (2001) quando dizem que, para praticar a Enfermagem como proposta metodológica, necessita-se de conhecimento, habilidade e apoio, mas, acima de tudo, vontade para mudar e ousadia para mudar sem medo.

A primeira fase do processo de enfermagem é a etapa da construção de um instrumento para a coleta de dados, objeto deste estudo. A coleta de dados é o primeiro componente do processo de enfermagem e pode ser definida como um processo permanente, começando com o primeiro contato com o paciente e continuando em cada encontro até que o mesmo receba alta (ALFARO-LEFEVRE, 2000). No processo de enfermagem, denominamos de Histórico de Enfermagem – HE o instrumento formulado para coleta dessas informações.

Para Horta (1979, p. 41), o histórico de enfermagem “é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, significativos para a enfermeira, que torna possível a identificação de seus problemas”.

No Brasil, o histórico de enfermagem, embora bastante simplificado, foi construído, organizado e introduzido na prática pela primeira vez, em 1965, com alunos de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Naquele momento, recebeu o nome de anamnese de enfermagem. Após anos de estudos, testagens e modificações, em 1969 surgiu o primeiro histórico de enfermagem, sendo este mais complexo, possuindo quatro páginas, o qual compôs o material da disciplina Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (HORTA, 1979).

Segundo Cianciarullo (1975), o Histórico de Enfermagem é um guia sistematizado para levantamento de dado, visando conhecer os problemas de enfermagem vivenciados pelo

paciente e proporcionar uma assistência direcionada ao atendimento de suas necessidades, em sua globalidade cujo atendimento contemple sua individualidade como ser humano.

O instrumento para coleta de dados atualmente vem sendo discutido, reformulado e adaptado às várias realidades investigadas. Mas, sua construção e consolidação é um processo que demanda tempo e estudos, visando inseri-lo na prática assistencial como instrumento indispensável no auxílio do cuidar (SILVA, 2004).

Horta (1979) descreve algumas características que devem estar contempladas no histórico de enfermagem. Segundo a autora, o mesmo deverá ser conciso, capaz de obter informações que permitam oferecer um cuidado imediato, ser individualizado (respeitando as características particulares de cada paciente, tais como, patologia, especialidade, faixa etária*) e não duplicar informações.

Acreditamos que o primeiro passo na construção da sistematização da assistência consiste na elaboração de um instrumento de coleta de dados (histórico de enfermagem), mas esse instrumento necessita ser direcionado para uma clientela específica, uma vez que um instrumento único para todas as especialidades e faixas etárias não estaria atendendo às especificidades inerentes a essas questões.

Segundo Porto (2004) e Barros e col. (2002), no momento da aplicação do histórico de enfermagem, são registrados os dados do indivíduo, família ou comunidade. Nesse instrumento, serão anotadas as informações específicas do paciente e, para que isso aconteça, é importante dispor de um instrumento apropriado que forneça uma base sólida para dar continuidade às demais etapas.

Esse instrumento de coleta de dados proporcionará à enfermeira o conhecimento de hábitos individuais e biopsicossociais, através do exame físico (anamnese) que compreende as técnicas de inspeção, palpação, ausculta, percussão e mensuração; a entrevista que visa obter informações específicas e é o momento que exige da enfermeira habilidade de comunicação e interação; a observação que envolve a utilização dos sentidos (visão, olfato, audição e tato) para a aquisição de informações sobre o paciente, pessoas mais próximas, o ambiente e interações entre essas variáveis. Os dados serão coletados com o paciente ou com a família visando identificar as necessidades afetadas (IYER; TAPICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; MARQUES; CARVALHO, 2005).

A enfermeira, ao aplicar o HE, está assumindo uma responsabilidade profissional por meio da utilização do saber e do fazer. Para tanto, a sua utilização exige da profissional ações

* Palavras adicionadas pela autora dessa dissertação.

reflexivas que demandem compromisso e envolvimento com a assistência prestada (GUTIERREZ et al., 2002). A mesma deve utilizar do bom senso para aplicar todas as técnicas da melhor maneira possível a fim de obter dados significativos e fidedignos.

Visando buscar o conhecimento já disponível na literatura acerca de instrumentos para coleta de dados em neonatos, foi realizada uma revisão da literatura em diversos periódicos nas versões impressas e eletrônicas, mas não foi encontrado nenhum instrumento de coleta de dados especificamente para recém-nascidos, muito menos em recém-nascidos internados em UTIN. Na busca, encontramos estudos que abordam a criança, porém não na especificidade desejada; alguns abordam a construção e validação de instrumentos de coleta de dados para crianças de 0-5 anos (SILVA, 2004); outros em cardiologia pediátrica (SILVA, 1990); outro especificamente, para o período perioperatório de cirurgia cardíaca (GALDEANO; ROSSI, 2002), e ainda outro mais abrangente à criança hospitalizada (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Corroborando Collet e Oliveira (2002) que, para o planejamento e implementação da SAE em pediatria, é necessária uma abordagem processual que fundamente a tomada de decisão acerca do cuidado. Desta forma, através deste estudo, buscamos contribuir com um cuidado de enfermagem individualizado, contextualizado com a faixa etária dessa criança, acreditando na inserção da família no processo de cuidar ao recém-nascido, o que propomos neste estudo, uma vez que fornecerá subsídios para identificar as necessidades do neonato e, dessa forma, proporcionar um cuidado mais qualificado ao recém-nascido e sua família.

6 CAMINHO METODOLÓGICO

Buscando contribuir com a melhoria da qualidade de assistência de enfermagem ao recém-nascido de alto risco, bem como melhor operacionalizar as atividades desenvolvidas pela enfermeira em UTIN, proponho essa investigação visando à construção, validação e aplicação de um instrumento para coleta de dados em recém-nascidos internados na UTIN do HULW.

Esse estudo é considerado do tipo metodológico que, segundo Polit e Hungler (1995) consiste de uma pesquisa que se refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, discorrendo sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, tendo como objetivo a construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável para que possa ser aplicado por outros pesquisadores.

Essa pesquisa foi desenvolvida na UTIN do HULW, localizado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba, no município de João Pessoa – PB. A unidade referida funciona há três anos e encontra-se localizada no primeiro andar do hospital, possui cinco leitos para o atendimento de neonatos de alto risco, procedentes de regiões urbanas e rurais do Estado da Paraíba.

O HULW é um hospital-escola, campo de atuação prática da pesquisadora e enfermeira, cuja vivência, dentro do contexto assistencial, permitiu verificar a necessidade da aplicação do Processo de enfermagem no planejamento da assistência de enfermagem aos neonatos internados naquele serviço. Para atendimento de enfermagem, essa unidade dispõe de oito enfermeiras, sendo sete plantonistas e uma diarista, além de quinze técnicos de enfermagem, sendo que cada técnico responsável por dois leitos, sendo quatorze plantonistas e um diarista no turno da manhã, ficando este último responsável pelo abastecimento de materiais.

A população foi definida em cada fase da pesquisa, sendo composta pelas enfermeiras da unidade citada anteriormente, excluindo a pesquisadora, e pelos neonatos internos na UTIN do HULW. Ao iniciarmos esse estudo, tínhamos a intenção de envolver todas as enfermeiras no processo de construção dessa pesquisa e, ao final da mesma, percebemos que obtivemos êxito uma vez que todas essas profissionais deram seu aceite.

Para a construção do instrumento de coleta de dados, foram consideradas as quatro fases demonstradas esquematicamente a seguir (Figura 1).

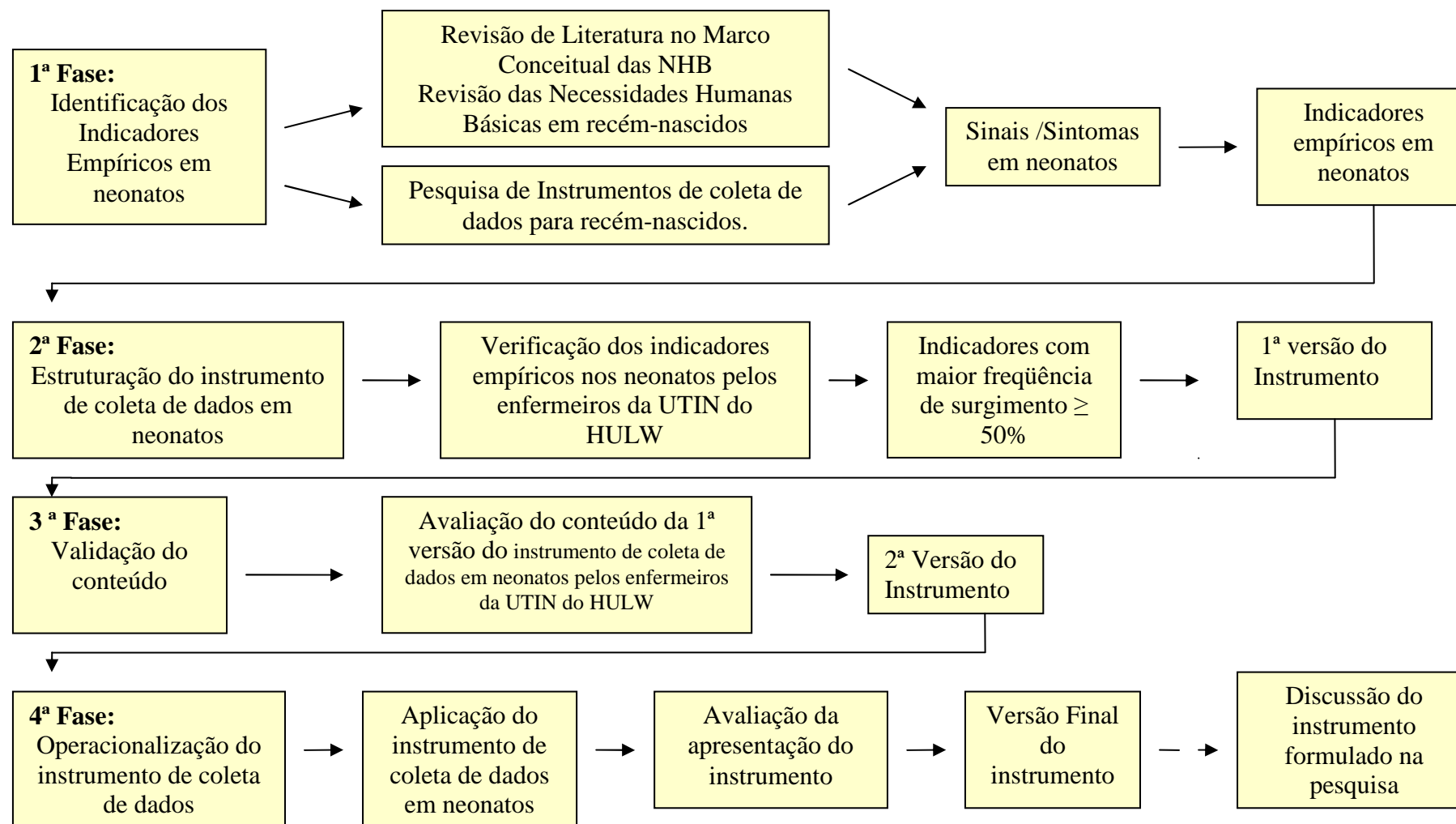


Fig. 1 – Percurso Metodológico da pesquisa

O desenvolvimento desse estudo seguiu uma seqüência de quatro fases, a saber: identificação dos indicadores empíricos em neonatos; estruturação do instrumento de coleta de dados em neonatos; validação do conteúdo e operacionalização do instrumento.

6.1 Primeira fase: Identificação dos indicadores empíricos em neonatos.

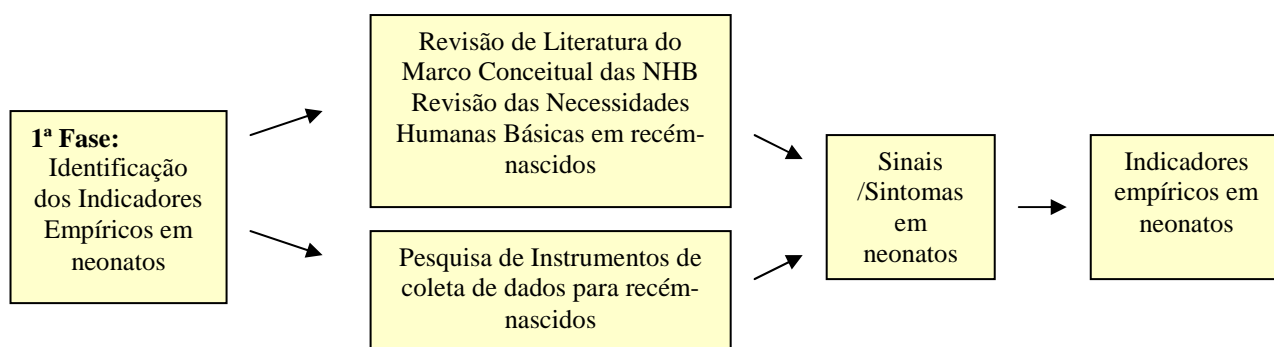


Fig. 2: Etapas da primeira fase da pesquisa

Segundo Denser (2003), os indicadores mostram alterações em situações consideradas normais ou esperadas, e é por meio da sua identificação que é possível evitar a instalação de problemas,

Nesta primeira etapa, foi realizada uma revisão da literatura sobre o Marco Conceitual das Necessidades Humanas Básicas (NHB) proposto por Horta, um levantamento bibliográfico sobre as NHB dos recém-nascidos, com ênfase em neonatos de alto risco. A pesquisadora também realizou uma vasta pesquisa nos periódicos *on-line* e edições impressas de livros e revistas, buscando instrumentos de coleta de dados para recém-nascidos em UTIN, porém não conseguiu identificar nenhum, portanto foram utilizados os indicadores encontrados na literatura pertinente aos recém-nascidos internados em UTIN em suas dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Nas necessidades psicobiológicas, predomina o comportamento humano, impulsionando o mecanismo que mantém a homeostase, que é o equilíbrio das forças orgânicas (SILVA, 2004). Portanto, podemos dizer que as necessidades psicobiológicas são ações e reações que o indivíduo expressa de forma involuntária, atendendo a solicitações físicas e psicológicas do organismo (MOHANA, 1978).

Com relação às necessidades do nível psicossocial, essas são manifestas através de instintos do nível psicossocial, como a tendência de conversar, conviver socialmente, afirmar-se diante dos outros, tornar seus valores visíveis, sentir-se amado e aceito pelos outros (MOHANA, 1978).

Já as necessidades psicoespirituais se manifestam através da tendência de indagar o porquê, o para quê pessoal e alheio, de pensar sobre o sentido da vida, de se ultrapassarem as linhas que limitam sua vivência neste mundo (MOHANA, 1978).

As necessidades do nível psicobiológico e psicossociais são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o nível psicoespiritual é uma manifestação específica do homem (HORTA, 1979; MOHANA, 1978; VASCONCELOS, 1998).

As pessoas têm as mesmas necessidades básicas durante todo o seu ciclo de vida, porém a natureza dessas necessidades e sua importância para o bem-estar individual variam conforme a idade da pessoa, seu estágio de desenvolvimento físico e psicossocial (DU GAS, 1988). O neonato, principalmente nas primeiras 24 horas de vida, vivencia um momento de intensas mudanças fisiológicas para se adaptar a um novo ambiente: o extra-uterino. Algumas dificuldades de adaptação, principalmente respiratórias, podem ocorrer. Diante disto, surge a importância de termos profissionais capacitados para auxiliá-lo neste momento único de sua vida. A partir deste momento, deter-nos-emos a apresentar as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais do recém-nascido, buscando compreender os aspectos peculiares dessa faixa etária, de modo que a forma em que apresentaremos as necessidades psicobiológica, psicossociais e psicoespirituais é meramente didática, visando oferecer uma riqueza de detalhes imprescindíveis para ampliar nossa visão do todo.

6.1.1 NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Essas necessidades são intrínsecas a qualquer ser humano, embora possam se apresentar de forma diferente de acordo com a etapa de crescimento e desenvolvimento em que se encontra. Nos recém-nascidos, as necessidades psicobiológicas diferem das necessidades dos lactentes, dos pré-escolares, escolares, adolescentes, adultos e idosos. Nesta fase da vida, esse ser é completamente dependente dos pais ou daquelas pessoas que serão responsáveis pelo cuidado que lhe será prestado. O período neonatal consiste de uma fase de profundas modificações para o neonato: o ambiente externo possui uma temperatura e sons diferentes de quando era um feto, as sensações (frio, fome, dor, calor), a respiração, a nutrição, tudo isso é algo novo para esse ser.

Horta (1979) cita, no nível psicobiológico, as seguintes necessidades: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação (térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular), locomoção, percepção (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa), ambiente e terapêutica.

6.1.1.1 Necessidade de oxigenação

Segundo Horta (1979), a necessidade de oxigenação consiste no processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxi-redução das atividades vitais, as quais podem ser evidenciadas através dos seguintes problemas de enfermagem: cianose, dispnéia, ortopnéia, lentidão, cansaço, fadiga, insegurança, agitação, irritabilidade, ansiedade, medo, euforia, tontura, coriza, tosse, hemorragia, sangramento, obstrução das vias respiratórias, estase circulatória, modificações no ritmo, frequência e demais características dos movimentos respiratórios.

A alteração fisiológica mais profunda exigida de um recém-nascido é a transição da circulação fetal ou placentária para a respiração independente, um momento complexo de adaptação respiratória em que um feto, imerso em líquido e totalmente dependente da placenta para as trocas gasosas, nutrição e excreção, passa a necessitar do ar para respirar e a desenvolver suas funções orgânicas de forma independente. A perda da conexão placentária significa a perda do suporte metabólico completo, especialmente o suprimento de oxigênio e retirada de carbono. Os estresses naturais do trabalho de parto e do parto promovem alterações dos padrões de troca gasosa placentária, do equilíbrio ácido-básico no sangue e da atividade cardiovascular no neonato. Alguns fatores, tais como, hipoxemia (diminuição de oxigênio no sangue), hipercapnia (aumento de gás carbônico no sangue) e acidose (distúrbio do desequilíbrio acidobásico com predominância de acidez) podem interferir nesta transição normal ou aumentarem a asfixia fetal, afetando a adaptação do feto à vida extra-uterina (BRAGA, 2004; MANUILA, A; MANUILA, L.; NICOULIN, 1997; WONG, 1999).

Os estímulos que ajudam a deflagrar a primeira respiração são, basicamente, químicos e térmicos. Os fatores químicos no sangue (oxigênio baixo, dióxido de carbono alto e pH baixo) iniciam impulsos que excitam o centro respiratório da medula. O estímulo térmico primário é o súbito calafrio do recém-nascido, que deixa um ambiente aquecido e enfrenta uma atmosfera relativamente mais fria. Essa rápida alteração na temperatura deflagra

impulsos sensoriais na pele os quais são transmitidos para o centro respiratório (WONG, 1999).

Com relação à estimulação tátil, a descida através do canal de parto e o manuseio normal durante a expulsão apresentam algum efeito sobre o início da respiração (WONG, 1999).

A entrada do ar dentro dos pulmões sofre resistência pela tensão superficial do líquido que preencheu os pulmões fetais e os alvéolos. Porém, o líquido pulmonar fetal é removido por meio dos vasos linfáticos e capilares pulmonares, além de ser removido pelas forças normais do trabalho de parto e do parto, de forma que, à medida que o tórax emerge do canal de parto, o líquido é comprimido dos pulmões através do nariz e da boca. Com a expulsão completa do tórax, ocorre um súbito recolhimento deste. O ar penetra as vias aéreas superiores para substituir o líquido expelido. No parto cirúrgico, o tórax não é comprimido, e o recém-nascido pode necessitar de suporte respiratório adicional. Nos alvéolos, a tensão superficial do líquido é reduzida pelo surfactante (substância que reveste a superfície alveolar, facilitando a expansão pulmonar, bem como auxiliando na sua manutenção). A produção deficiente do surfactante provoca insuflação desigual dos alvéolos na inspiração e seu colapso no final da expiração, resultando em sofrimento respiratório e necessitando de intervenção terapêutica. Esse acontecimento é observado quase que exclusivamente em recém-nascidos prematuros (WONG, 1999).

Estima-se que 5 a 10% dos recém-nascidos necessitam de alguma intervenção ao nascimento (BRAGA, 2004).

Segundo Nettina (1998) e Wong (1999), o recém-nascido começa a vida com intensa atividade; movimentos difusos e sem propósitos alternam-se com períodos de relativa imobilidade. As respirações são rápidas, a frequência normal para um recém-nascido encontra-se entre trinta/sessenta incursões/minuto, porém, durante o primeiro período de reatividade (seis a oito horas de vida), a frequência pode alcançar oitenta incursões/minuto. É considerado taquipnéia quando a frequência respiratória estiver acima de sessenta incursões/minuto e apnéia, se houver ausência de incursões respiratórias por mais de vinte segundos; se for menor que vinte segundos, esse evento é denominado de pausa respiratória. Vale ressaltar que o choro aumentará a frequência respiratória, enquanto que o sono diminuirá a mesma.

Segundo Silva (2004) e Miura e Procianoy (1997), inúmeros fatores podem afetar o processo da respiração, entre eles as patologias, em especial as que atingem o sistema respiratório e cardiovascular, a posição corporal, medicação, exercício, temperatura, dor, entre

outros. Quando esses fatores, sejam eles internos ou externos, conseguem atingir o processo de trocas gasosas, podemos observar os seguintes sinais: taquipnéia, taquidispnéia, bradipnéia, cianose, batimento de asas de nariz, angústia respiratória, murmúrios vesiculares aumentados ou diminuídos, roncos, sibilos, estertores, apnéia, pausa respiratória, entre outros.

Com relação ao tipo de respiração nos neonatos, elas são predominantemente abdominais; o reflexo da tosse torna-se ausente até aproximadamente 48 horas de vida, e o murmúrio respiratório brônquico deve ser bilateralmente igual, porém podemos encontrar algumas variações comuns como a frequência e a profundidade das respirações que podem ser irregulares, além disso, estertores podem estar presentes logo após o nascimento. É relevante atentarmos para sinais potenciais de angústia ou anormalidades importantes: estridor inspiratório, gemido expiratório, retrações, respiração irregular persistente, respiração periódica com surtos apnéicos repetidos, respiração em gangorra (paradoxal), a ausculta respiratória podemos observar estertores finos persistentes, sibilância, murmúrio vesicular diminuído e ruídos peristálticos em um lado, com murmúrio vesicular diminuído no mesmo lado. Ao se instalar um quadro de insuficiência respiratória, quando o RN não consegue respirar espontaneamente e necessita de ventilação artificial, procede-se a intubação, colocação de uma cânula através da traquéia, o que pode ocasionar sangramento e necessita de aspirações frequentes para retirar possíveis secreções de via aérea inferior e via aérea superior (WONG, 1999).

Diante das dificuldades de adaptação do recém-nascido, a necessidade de oxigenação representa a primeira causa de internamento em UTIN. Miura e Procianoy (1997) citam, em primeiro lugar, as insuficiências respiratórias. Portanto, respirar é o primeiro grande desafio do bebê, e devemos estar atentos para auxiliá-lo nesta nova etapa de sua vida, seja através de uma simples suplementação de oxigênio, seja ele através de Halo, CPAP nasal ou mesmo através de uma entubação.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: taquipnéia, apnéia, pausa respiratória, bradipnéia, cianose, batimento de asas de nariz (BAN), angústia respiratória, murmúrios vesiculares aumentados, murmúrios vesiculares diminuídos, roncos, sibilos, estertores, estridor, gemido expiratório, retrações subscostais, retrações intercostais, respiração irregular, respiração periódica com surtos apnéicos, respiração em gangorra (paradoxal), respiração espontânea, respiração artificial, secreção, sangramento, aspiração, secreções de via aérea superior e secreção de via aérea inferior, Halo, CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas) nasal, suplementação de oxigênio.

6.1.1.2 Necessidade de hidratação

Segundo Potter e Perry (2002), manter-se hidratado é deixar em equilíbrio os líquidos que são ingeridos ou eliminados. Benedet e Bub (2001) ressaltam a necessidade de manutenção de um nível ótimo de líquidos corporais, compostos principalmente pela água, de forma que haja o favorecimento ao metabolismo corporal.

A água é um elemento indispensável à vida na Terra, inclusive ao organismo humano, que necessita tanto de água quanto de elementos como eletrólitos para a manutenção do metabolismo orgânico. Segundo Araújo (2004), a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico constitui um grande desafio na assistência ao recém-nascido, principalmente aos prematuros. As necessidades hídricas vão depender do peso e da idade pós-natal e influenciam a evolução clínica dos neonatos.

Durante o desenvolvimento fetal, o líquido extracelular é desviado para o intracelular. A água corpórea total e o líquido extracelular decrescem à medida que progride a idade gestacional. Com 24 semanas de idade gestacional, 86% do peso corpóreo fetal corresponde a água, chegando a 76% no RN a termo. Após o nascimento, há uma diminuição do líquido extracelular e da água corpórea total na primeira semana de vida (perda fisiológica do peso). No recém-nascido a termo, pode haver uma perda de até 10% do peso ao nascer, e no recém-nascido prematuro essa perda pode chegar a 15%, devido a uma maior perda insensível (perda de líquidos que ocorre através da pele e da respiração) de água nestes neonatos. Nos recém-nascidos pré-termo extremo, a desidratação ocorre com maior frequência do que nos neonatos a termo devido à grande perda insensível de água através de fototerapia, taquipnéia, hipertermia, além da possibilidade de perdas para o terceiro espaço nos casos de peritonite e septicemia, das perdas pela drenagem gástrica por sondas, uso de diuréticos e doenças cirúrgicas. O quadro clínico é caracterizado por perda de peso maior que 2% dia, oligúria (volume urinário < 1ml/Kg/hora), enchimento capilar lento, depressão da fontanela, elasticidade da pele diminuída, saliva escassa e, nos casos graves, apnéia, hipotensão e choque (ARAÚJO, 2004).

Para monitorização do controle hídrico e eletrolítico, é necessário controle diário do peso, débito urinário e sinais vitais. Com relação ao peso, uma perda maior que 20% do peso ao nascer, nos primeiros 5 dias indica perda hídrica insensível não controlada. Porém, se a perda de peso for menor que 2% dia, nos primeiros 5 dias de vida, há um indicativo de retenção hídrica. No que diz respeito ao débito urinário, quando este for menor que 1ml/Kg/hora pode ser indício de uma necessidade de aumento da oferta hídrica e, se for maior

que 3ml/Kg/hora, pode ser um indicativo de hiperidratação (MIURA; PROCIANOY, 1997; ARAÚJO, 2004).

A quota hídrica máxima para recém-nascido pré-termo é de 150ml/Kg/ dia e para os recém-nascido a termo é de 120 ml/Kg/dia após 72 horas de vida. Há uma variação da oferta hídrica a depender do peso e dos dias de vida (ARAÚJO, 2004).

A finalidade da terapêutica hidroeletrólítica é restaurar as perdas de água e eletrólitos resultantes da patologia subjacente e manter o equilíbrio hidroeletrólítico através de cálculos adequados da administração parenteral e/ou oral (AVERY, 1999). Quando administrado por via parenteral, deve-se puncionar um acesso venoso periférico ou central, a depender das condições fisiológicas da criança, sempre observando a presença de sinais flogísticos, pois as drogas podem danificar facilmente a rede venosa.

Nos neonatos, devemos realizar uma avaliação criteriosa das fontanelas (bregmática e lambdóide), presença ou não de saliva, além da elasticidade da pele, ausculta cardíaca (registrando a mesma) e determinando as bulhas se hiperfonética, hipofonéticas e o ritmo cardíaco, se regular ou irregular, além de uma avaliação quantitativa da frequência cardíaca (taquicardia ou bradicardia) quando falamos em necessidade de hidratação, pois todos esses itens podem ser afetados diretamente quando há alguma alteração na capacidade hídrica no neonato (AVERY, 1999).

O mecanismo do equilíbrio hidroeletrólítico fisiológico depende da função renal e do controle endócrino. Nos neonatos, a capacidade de concentrar a urina encontra-se diminuída devido a uma baixa filtração glomerular, principalmente nos recém nascidos pré-termo < 34 semanas, o que resulta numa maior dificuldade em reabsorver o sódio e o bicarbonato e dificuldade em concentrar a urina. Quanto maior a idade gestacional, melhor será a função renal. Com relação à função dos hormônios que participam da regulação de água e eletrólitos, é o hormônio antidiurético (ADH) que regula a excreção de água, e a aldosterona que regula a excreção do sódio. O recém-nascido pré-termo tem menor resposta à ação desses hormônios fato que predispõe o RNPT frequentemente a distúrbios hidroeletrólíticos (ARAÚJO, 2004).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: peso, perda hídrica pela fototerapia, taquipnéia, hipertermia, drenagem por sonda gástrica, enchimento capilar, fontanelas, elasticidade da pele, diurese, hipotensão, saliva escassa, rede venosa (preservada e prejudicada), perfusão sanguínea, sinais flogísticos, ausculta cardíaca, bulhas cardíacas, ritmo cardíaco, taquicardia, bradicardia, acesso venoso periférico e central.

6.1.1.3 Necessidade de nutrição

A nutrição corresponde a um processo básico da vida, consistindo no processo metabólico do organismo para obter alimentos, controlar a digestão e o armazenamento destes para manter a vida do indivíduo (BATISTA, 2004; BENEDET; BUB, 2001; POTTER; PERRY, 2002).

A idéia de que a nutrição, durante o período precoce da vida (período crítico para a formação e o desenvolvimento orgânicos), pode influenciar ou "programar" a saúde do adulto vem sendo confirmada por diversos estudos clínicos e epidemiológicos. Através desta informação, percebemos a importância de uma nutrição neonatal adequada, uma vez que uma nutrição inadequada em períodos precoces do desenvolvimento humano pode determinar ou "programar" doenças, agudas ou crônicas (GIANINI; VIEIRA; MOREIRA, 2005).

Durante o período de vida intra-uterina, o feto, ligado à mãe pela circulação placentária, recebe dela todos os nutrientes em forma imediatamente utilizável, garantindo-lhe um adequado desenvolvimento. Após o nascimento, essa ligação é rompida, e o recém-nascido passa a adquirir seus nutrientes através da ingestão de alimentos, digerindo e assimilando-os na medida do necessário à manutenção da vida. O alimento ideal para as necessidades do recém-nascido nesta fase inicial é o leite materno, devendo ser exclusivo até o sexto mês, ou no mínimo até o quarto mês de vida, além de ser preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que o mesmo seja ofertado à criança até os dois anos de idade (MELLO; ARRUDA, 2004).

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contra-indicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ (só podem dar o próprio leite se for pasteurizado), mulheres com distúrbios da consciência ou comportamento grave, entre outras. As contra-indicações neonatais incluem alterações da consciência da criança de qualquer natureza, baixo peso com imaturidade para a sucção ou deglutição (dar leite materno por sonda orogástrica) e fenda palatina que impossibilite o ato de sugar (oferecer leite materno ordenhado). A puérpera que estiver amamentando não deverá fazer uso de medicamentos sem orientação médica (MELLO; ARRUDA, 2004).

O aleitamento materno exclusivo possui a vantagem fisiológica de conter uma composição nutricional perfeita para as necessidades nutritivas dos neonatos, ser de fácil digestão e absorção, evitando distensão abdominal e, além disso, confere proteção imunológica por possuir em sua composição imunoglobulinas e outras substâncias protetoras.

Do ponto de vista psicológico, a amamentação fortalece o vínculo mãe-filho, benéfica tanto para a saúde psíquica da mãe como do recém-nascido (MELLO; ARRUDA, 2004).

Segundo Wong (1999), a nutrição adequada é crítica no recém-nascido prematuro (RNPT) e de baixo peso, pois os vários mecanismos de ingestão e digestão dos alimentos ainda não estão completamente desenvolvidos. Embora alguma atividade de sucção e deglutição antes do nascimento em recém-nascidos pré-termo possa ser demonstrada, a coordenação desses mecanismos não ocorre antes de 32-34 semanas de gestação e só se tornam sincronizadas por volta das 36-37 semanas de gestação. A sucção inicial não é acompanhada de deglutição, e as contrações esofágicas são incordenadas. O reflexo do engasgo geralmente só se encontra desenvolvido após 36 semanas de gestação. Isso significa que os neonatos têm uma probabilidade maior de aspiração da alimentação e suas conseqüências.

A dieta normalmente é iniciada precocemente, via de regra nas primeiras três a seis horas após o nascimento (em RN clinicamente estável), visando evitar complicações como hipoglicemia, desidratação e hiperbilirrubinemia. A dieta pode ser administrada por via enteral (instalando-se uma sonda orogástrica, até que o RN se adapte à vida extra-uterina), parenteral (em recém-nascidos agudamente enfermos), por via oral (RN saudáveis) ou, até mesmo, através do seio materno, tendo sempre cuidado com o decúbito que deve ser elevado durante e após a administração da dieta, visando evitar regurgitação e, conseqüentemente, a broncoaspiração da dieta (WONG, 2004).

Durante a administração da dieta pela via enteral, a enfermeira deve atentar para a presença de resíduo gástrico e secreções, a quantidade e suas características, como grumos e raios de sangue; caso o RN esteja sendo amamentado, observar a pega correta, capacidade de sucção e tentar perceber a interação entre o bebê e sua mãe. Se a dieta estiver suspensa, a sonda orogástrica, eventualmente gastrostomia, deverá permanecer aberta e registrado débito e características. Pesar o recém-nascido criticamente enfermo diariamente é indispensável para acompanhar o ganho ou a perda ponderal.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: peso, leite materno, leite artificial, leite materno pasteurizado, reflexo de sucção, reflexo de deglutição, vias de administração de dieta parenteral, oral, enteral (sonda orogástrica), gastrostomia, seio materno, interação mãe-filho, decúbito elevado, resíduo gástrico, dieta suspensa, regurgitação, broncoaspiração, abdome.

6.1.1.4 Necessidade de eliminação

Segundo Potter e Perry (2002), a necessidade de eliminação é o processo metabólico do organismo capaz de eliminar os resíduos metabólicos e substâncias desnecessárias ou excedentes.

A eliminação de mecônio ocorre nas primeiras 24 a 36 horas de vida e consiste de um material viscoso, de cor marrom esverdeada, composta por sais biliares, células epiteliais de descamação, sucos digestivos, lanugo, contidas no intestino do feto e que o recém-nascido expulsa pelo ânus durante três a quatro dias após o nascimento, seguindo-se das fezes de transição, de coloração amarelo-esverdeada, liquefeitas, que são confundidas com diarreia. O reflexo gastrocólico, quando presente, representa o relaxamento do esfíncter anal com distensão do estômago, aumentando o número de evacuações diárias. No primeiro mês, o bebê evacua praticamente depois de todas as mamadas (cerca de oito vezes por dia). Por esta razão, recomenda-se proteger a área de fraldas com creme, evitando assaduras e irritações da pele (LIMA. G, 2004).

Outros autores relatam que a falta de eliminação do mecônio não deve ultrapassar as 24 horas de vida e a não ocorrência dessa eliminação nesse período pode sugerir existência de doenças do trânsito intestinal, tais como atresia e paralisia. Para verificação de imperfuração anal, o ânus é obrigatoriamente examinado no primeiro exame físico do recém-nascido visando verificar se o mesmo é imperfurado ou não. Em alguns casos, é necessária a realização de cirurgias no trato gastrointestinal, sendo realizada uma ostomia, seja ela uma ileostomia ou colostomia (TARALLI, 1989; RAMOS, 1978).

Um fator que pode influenciar no retardo da eliminação do mecônio ou mesmo uma eliminação em quantidade inferior ao padrão normal é o jejum prolongado ou uma redução na frequência das mamadas pelo RN, pois resulta na redução do reflexo gastrocólico. Como o mecônio possui em sua composição uma quantidade considerável de bilirrubina direta, sua permanência prolongada no intestino proporciona uma maior atuação da enzima β -glicuronidase sobre ela, transformando-a em bilirrubina não-conjugada que será reabsorvida pela circulação êntero-hepática, resultando em icterícia tardia (após 24 horas de vida) associada ao aleitamento materno. Portanto, na suspeita desse quadro clínico, a amamentação deve ser estimulada com mais frequência, ficando a fototerapia para os casos em que os valores de bilirrubina se encontram mais elevados (CUNHA; VILARIN; BRAGA, 2004).

Com relação à diurese, normalmente o primeiro episódio acontece ainda na sala de parto ou nas primeiras 48 horas. Nas primeiras 24 horas, a diurese é de 15/20 ml/dia, seguindo-se 1-2ml/Kg/ h. A coloração avermelhada, frequentemente observada, deve-se à

presença de uratos (cristais decorrente da degradação do ácido úrico). Se houver dúvida, basta molhar a fralda em água. Se a mancha desaparecer, está descartada a possibilidade de ser sangue (MANUILA, A.; MANUILA, L.; NICOULIN, 1997; LIMA, G., 2004).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: mecônio, fezes de transição, fezes lácteas, ânus, diurese, sangue, ostomia, ileostomia e colostomia.

6.1.1.5 Necessidade de sono e repouso

Todo o organismo humano precisa de um período de repouso absoluto, seja da mente como do corpo, com o objetivo de proporcionar uma reorganização psíquica e funcional do sistema nervoso, conseqüentemente atuando em outras funções corporais pela diminuição do metabolismo, visando restaurar tais funções (STEFANE, 2000; BENEDET; BUB, 2001).

Os recém-nascidos iniciam a vida com um esquema de sono (períodos de repouso) e vigília (período em que permanece acordado), o qual se torna evidente durante os períodos de reatividade. Após esse período, é comum que o recém-nascido durma quase que constantemente durante os próximos dois ou três dias, de modo a recuperar-se do exaustivo processo de nascimento (WONG, 1999).

A necessidade diária de sono varia de acordo com a idade e a forma individual. O neonato dorme cerca de 80% do período das 24 horas de um dia, intercalando a vigília de acordo com o período alimentar, mais ou menos a cada três ou quatro horas (FERNANDES, 2006).

A fase inicial no recém-nascido prematuro é o sono leve e possui duração de aproximadamente trinta minutos até atingir o sono profundo, o qual é mantido em torno de vinte minutos. O ciclo completo leva de 55 a 90 minutos. O sono profundo é o que representa maior nível de oxigenação, aumentando de duração com a maturação do neonato. Tem a finalidade de repousar e organizar o sistema nervoso imaturo o qual é facilmente sobrecarregável e pode influenciar na cura de patologias. Neonatos pré-termo no primeiro mês de vida dormem mais horas por dia que os recém-nascidos a termo (BRASIL, 2002).

A literatura apresenta diferentes classificações para o estado do sono. Segundo Wong (1999), o sono pode ser classificado em cinco estágios distintos: sono regular, sono irregular, sonolência, inatividade alerta e vigília e choro. O ciclo desses estados do sono é altamente variável e baseia-se no número de horas que o neonato dorme por dia, o que pode variar desde 10,5 a 23 horas. Os estados de sono e os períodos de atividade são altamente influenciados

pelos estímulos ambientais. Logo após o nascimento, estes estados já são influenciados pelo tipo de cuidados.

No estado do sono regular, o neonato normalmente se encontra com os olhos fechados, a respiração é regular e não esboça nenhum movimento, exceto por contrações corporais súbitas. Possui uma duração de 4-5 horas/dia. No sono irregular, os olhos do neonato continuam fechados, porém a respiração torna-se irregular e já apresenta algumas contraturas musculares discretas no corpo. Sua duração é de 12-15 horas/dia. O estado de sonolência é caracterizado pelos olhos abertos, respiração irregular e movimento corporal ativo. Sua duração é variável. No período de inatividade ativa, o neonato responde ao ambiente por movimentos corporais ativos e por olhar os objetos a curtas distâncias (recém-nascidos a termo saudáveis), possuindo uma durabilidade de 2-3 horas. E, por último, o estado de vigília e choro, quando o neonato apresenta inicialmente agitação e movimentos corporais isolados progredindo para o choro forte e raivoso, atingindo uma movimentação descoordenada dos movimentos (WONG, 1999).

Os recém-nascidos que necessitam de internamento em uma UTIN frequentemente são manuseados por uma necessidade clínica e submetidos a uma gama de procedimentos terapêuticos, sejam eles dolorosos, como coleta de material orgânico para exames, punções venosas e arteriais, entubação, aspiração de vias aéreas; ou não dolorosos, como administração de dieta, verificação dos sinais vitais e troca de fralda. Portanto, como estratégia para minimizar tais incômodos, os profissionais de saúde procuram agrupar os procedimentos o máximo possível, a fim de preservar o sono e o repouso (necessários para o equilíbrio físico e psíquico) tão preciosos para os recém-nascidos, principalmente os prematuros.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: sono regular, sono irregular, choro, vigília, agitação, raiva, movimentação descoordenada dos membros.

6.1.1.6 Necessidade de exercício e atividade física

Segundo Benedet e Bub (2001), a necessidade de exercício e atividade física consiste no mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias por meio do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares.

Nos neonatos, essa necessidade é suprida pela movimentação espontânea, tônus muscular e reflexos profundos e primitivos. Através da movimentação espontânea, podemos

avaliá-los em hipoativos ou ativos, reativos ao manuseio e/ou reativos aos estímulos dolorosos. Os reflexos encontrados no RN são os de preensão palmar e plantar, sucção, moro, marcha reflexa e cutaneoplantar. A movimentação passiva é realizada com o auxílio dos pais ou responsáveis, e, segundo Conceição (1992), essa contribuição ajudará na aquisição da locomoção. Entretanto, na prematuridade esses reflexos podem estar prejudicados, principalmente o reflexo da marcha reflexa e cutaneoplantar. Esses reflexos podem estar prejudicados em RN que necessitam de sedação.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: reflexos de preensão palmar e plantar, reflexo de sucção, reflexo de moro, ativo, hipoativo, reativo ao manuseio, reativo ao estímulo doloroso, sedação.

6.1.1.7 Necessidade de locomoção

Segundo Silveira (1976), a necessidade de locomoção é resultado de um conjunto harmônico e sinérgico, executado pelos membros e troncos sob o comando ou controle do sistema nervoso central.

No período neonatal, encontramos o primeiro sinal da locomoção: o reflexo da marcha. Para sua avaliação, o examinador segura a criança de modo que a sola dos pés da mesma toque uma superfície rígida, resultando em flexão e extensão recíproca das pernas, simulando a deambulação. Desaparece depois de 3-4 semanas de idade, sendo substituída pelo movimento deliberado. Isto ocorre em recém-nascidos a termo; nos recém-nascidos pré-termo, esse reflexo se encontra ausente pela maior imaturidade do sistema nervoso em relação ao neonato a termo (WONG, 1999).

Contudo, a locomoção só se desenvolve quando a criança adquire a capacidade de suportar seu peso, o que ocorre em torno dos seis a sete meses. Ao atingir nove meses, o lactente já é capaz de se manter em pé e engatinhar. Quando atinge um ano, é capaz de andar com auxílio apenas de uma das mãos. E, finalmente, aos quinze meses, a capacidade de locomoção ereta é adquirida, e o lactente é capaz de locomover-se sem ajuda das mãos (WONG, 1999). Algumas crianças antecipam essas fases e iniciam a caminhar antes de completarem um ano de idade.

A locomoção consiste de um processo de aprendizado decorrente da maturação do sistema nervoso, e essa atividade vai sendo adquirida no decorrer do desenvolvimento do recém-nascido, uma vez que, ao nascimento, o sistema nervoso não está completamente

integrado, apenas suficientemente desenvolvido para sustentar a vida extra-uterina (WONG, 1999).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: nenhum indicador relevante foi identificado no RNPT.

6.1.1.8 Necessidade de mecânica corporal

Potter e Perry (2002) relatam que a necessidade de mecânica corporal é o esforço coordenado dos sistemas músculo-esquelético e nervoso, com o objetivo de manter o equilíbrio adequado, postura, alinhamento corporal.

O desenvolvimento do sistema músculo-esquelético é iniciado na sua vida intra-uterina. Ao nascer, todos os músculos e ossos do RN estão formados, porém o desenvolvimento da massa, o tamanho e a força muscular são paulatinamente adquiridos com o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, além de sofrer influência direta da estimulação física. A maturação óssea também ocorre após o nascimento; os ossos dos recém-nascidos são imaturos, e, com o seu crescimento, eles vão sendo substituídos pelo osso maduro, o qual possui em sua composição mais mineral, conferindo-lhe uma maior resistência do que o osso imaturo que possui uma composição mais celular (SALTER, 1985).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: nenhum indicador relevante foi identificado no RNPT.

6.1.1.9 Necessidade de Motilidade

Horta (1979) define motilidade como “a capacidade de movimentar os segmentos corporais, visando atender suas necessidades básicas”. Segundo a mesma autora, a motilidade pode ser classificada como total, parcial, mínima ou nenhuma.

Silveira (1976) acrescenta que mobilidade é uma habilidade do ser humano em movimentar-se livremente e, através dela podemos medir seu estado de saúde e sua condição física, constituindo também uma forma de expressar gestos, hábitos e a comunicação não-verbal, através das expressões faciais.

Nos neonatos, a necessidade de motilidade é expressa através de sua capacidade de movimentação e flexão dos membros, além das expressões faciais que constituem uma forma

de comunicação tão importante que originou várias escalas para avaliação da dor no neonato que utiliza a face como indicativo maior. Qualquer alteração, como flacidez muscular ou hipotonia, tremores e movimentos bruscos, deve ser investigada (KENNER, 2001).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: expressões faciais, movimentação e flexão dos membros, flacidez muscular, hipotonia, hipertonia, tremores e movimentos bruscos.

6.1.1.10 Necessidade de sexualidade

Para Benedet e Bub (2001), a necessidade de sexualidade consiste em integrar os aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar.

Há muito tempo, tem-se estudado a sexualidade humana. Freud declarou que o primeiro prazer sexual da criança vem de seu próprio corpo ou do corpo de sua mãe. O neonato gosta de sentir e de desfrutar o calor, o gosto, o tato e o ritmo do corpo de sua mãe. Quando o relacionamento entre mãe e filho é bom, o recém-nascido poderá desenvolver um sentimento de amor, de confiança e de afirmação, enquanto ser sexual (DU GÁS, 1988).

Segundo Lamy (2005), a presença contínua da mãe junto ao bebê, além de garantir calor e leite materno, traz inúmeras outras vantagens dentre as quais a promoção do vínculo mãe-filho, condição indispensável para a qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido após a alta da Unidade Neonatal.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: a sucção já está contemplada no item relacionado à necessidade de nutrição, portanto não listaremos essa necessidade para evitar duplicidade de informação, compreendendo que a sucção possui duas finalidades: a de satisfazer uma necessidade biológica e a de atender a uma necessidade relacionada à sexualidade.

6.1.1.11 Necessidade de abrigo

Consiste na necessidade de um ambiente protegido, ideal para a moradia de cada tipo de pessoa. Quando ainda é um feto, o líquido amniótico protege o futuro recém-nascido que se encontra dentro do útero. Após seu nascimento, deve ser protegido, pois ele possui uma

capacidade muito limitada de autodefesa, é altamente dependente das pessoas que cuidam dele no que diz respeito a manter o ambiente seguro (DU GÁS, 1988).

O recém-nascido, principalmente o prematuro, deve ser mantido em ambiente térmico neutro a fim de minimizar as perdas energéticas necessárias à manutenção da temperatura corporal e às complicações decorrentes principalmente da hipotermia. Para tanto, a incubadora e o berço aquecido são equipamentos indispensáveis em uma UTIN. A incubadora assume a função de proteção contra ruídos, manutenção da temperatura corpórea adequada, além de servir como barreira contra possíveis infecções. Desenvolvida na segunda metade do século XIX, a incubadora foi considerada um equipamento revolucionário no cuidado ao recém-nascido prematuro (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Na UTIN do HULW, dispomos de incubadora aquecida e berço aquecido, não sendo permitida a permanência de neonatos que não estiverem acomodados em um desses equipamentos citados acima.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: ambiente térmico, incubadora, berço aquecido.

6.1.1.12 Necessidade de cuidado corporal

Cuidado corporal “é a necessidade do indivíduo para deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal” (BENEDET; BUB, 2001, p.117).

Nesta fase da vida, um adulto responsável, geralmente os pais, se apropria do cuidado ao recém-nascido, uma vez que o mesmo não possui condições para tal. Os cuidados são diversos, desde a alimentação, a higiene corporal até cuidado com o coto umbilical, Nos neonatos prematuros, a pesagem diária constitui um cuidado a mais e é realizado por profissionais capacitados.

O banho do recém-nascido é um excelente momento para observações do comportamento do neonato, bem como, irritabilidade, estado de acordar, vigília e atividade muscular, devendo ser utilizado apenas água morna (para que não haja perda de calor por condução, evitando a hipotermia) e deve ser céfalo-caudal (WONG, 1999). Durante o banho, pode-se iniciar o exame físico, utilizando-se da inspeção e palpação. Além disso, é um momento de estabelecer vínculos de carinho e proporcionar conforto.

Quanto ao coto umbilical, este constitui um excelente meio para o crescimento bacteriano, portanto vários métodos são utilizados para que isso não aconteça. Segundo Brasil (2002), imediatamente após o parto, o cordão umbilical do recém-nascido é branco-azulado. Entre 7 e 21 dias após o nascimento, o coto escurece, cicatriza e cai espontaneamente, sendo possível ajudar o processo de cicatrização, mantendo a área do umbigo limpa e seca e limpando a base do cordão de duas a três vezes por dia, utilizando hastes flexíveis ou uma bola de algodão embebida no anti-séptico, como o álcool a 70%. Ao trocar a fralda do bebê, deve-se mantê-la abaixo do coto umbilical para arejar e facilitar a cicatrização.

A troca de fraldas freqüentes é um procedimento importante para evitar o aparecimento de assaduras através da remoção de resíduos de fezes e urina, pois a decomposição da urina, a uréia, e a umidade podem provocar assaduras (BRASIL, 2002).

No serviço da UTIN do HULW, a pesagem diária é realizada logo a seguir do banho corporal, inclusive para evitar manuseio excessivo dos neonatos, portanto achamos interessante adicionar a pesagem diária como indicador, mesmo não estando diretamente relacionado às necessidades de cuidado corporal, de forma a facilitar o registro do profissional e evitar perda de dados.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: coto umbilical (branco-azulado, escuro), cicatriz umbilical, pesagem diária, banho.

6.1.1.13 Necessidade de integridade cutâneo-mucosa e de integridade física

A necessidade de integridade cutâneo-mucosa consiste na obrigação do organismo na manutenção das funções de proteção, regulação da temperatura, sensação e excreção da pele e das mucosas, enquanto que a necessidade de integridade física consiste na capacidade do organismo em manter suas características de sensibilidade, elasticidade, vascularização e umidade do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, tendo como objetivo a proteção do corpo (BEBEDET; BUB, 2001; POTTER; PERRY, 1999). Diante das definições dessas necessidades, podemos perceber que elas estão intrinsecamente relacionadas ao ponto de discuti-las em conjunto.

A necessidade de manter a integridade cutâneo mucosa facilita a integridade física, pois uma pele bem cuidada, mantida na temperatura adequada, com ausência de excretas, previne uma ruptura da integridade cutânea, da irritabilidade que pode ser um fator

predisponente para uma lesão posteriormente; a higiene corporal é essencial para essas duas necessidades citadas anteriormente.

Ao nascimento, todas as estruturas da pele estão presentes, mas muitas de suas funções estão imaturas. As duas camadas da pele, a epiderme e a derme, estão frouxamente ligadas entre si e são muito delgadas. Uma fricção discreta através da epiderme, como acontece na retirada rápida de uma fita adesiva, pode ocasionar a separação dessas camadas e o surgimento de bolhas, principalmente nos prematuros (WONG, 1999).

A pele do neonato pode variar muito de características, desde muito lisa e brilhante nos recém nascidos pré-termo, à grosseira, com descamação, nos pós-termo. A palidez acentuada pode ser um dado importante para o diagnóstico de hemorragia, isoimunização; em caso de icterícia precoce, esta deve ser investigada, e podemos encontrar pletora (superabundância de sangue) em recém-nascidos policitêmicos (hematócrito venoso acima de 65% e hemoglobina acima de 22g/dl), hiperoxigenados (LIMA, G., 2004).

Um sinal comum no RN é a presença de cianose de extremidade, sendo mais acentuada nos membros inferiores. Este problema é decorrente da instabilidade vasomotora e pode ser resolvido com o aquecimento dos membros. As equimoses também são observadas com frequência, principalmente nos prematuros, cuja localização vai depender da apresentação fetal durante o trabalho de parto, e serão absorvidas pelo organismo, o que pode contribuir para o aumento da icterícia (LIMA, G., 2004).

As glândulas sebáceas são muito ativas no final da vida fetal e no recém-nascido, devido aos níveis elevados de andrógenos maternos. Elas se localizam mais densamente no couro cabeludo, na face e nos órgãos genitais, produzindo o verniz caseoso gorduroso (possui funções primordiais na proteção da pele e atua como isolante térmico) que reveste o recém-nascido ao nascer, desaparecendo nas primeiras doze horas. O tamponamento dessas glândulas provoca miliuns que desaparecem em poucas semanas. Com relação às glândulas écrinas, que produzem o suor em resposta ao estímulo térmico ou emocional, as quais estão funcionando ao nascimento, são responsáveis pela sudorese palmar, constituindo um indicativo valioso na avaliação da dor. Por fim, as glândulas apócrimas permanecem pequenas e afuncionais até a puberdade (WONG, 1999; LIMA, G., 2004).

Wong (1999) relata que as fases de crescimento dos folículos pilosos ocorrem simultaneamente ao nascimento e comenta também que a quantidade de melanina é baixa no recém-nascido, podendo-se concluir que os neonatos, ao nascer, apresentam a pele com a coloração mais clara do que possuirão quando crianças.

A pele dos recém-nascidos prematuros é caracteristicamente imatura com relação aos recém-nascidos a termo; por causa disso, possui uma maior sensibilidade e fragilidade. Ela é menos espessa, tem menos fibras elásticas e possui menor coesão entre as camadas finas da pele, podendo facilmente sofrer escoriação e se soltar. Portanto, é necessário o máximo de cuidado para manter essa pele íntegra (WONG, 1999).

Segundo Lima G. (2004), os achados mais comuns e que não possuem significado patológico são os míliauns sebáceos (pequenos pontos brancos, localizados geralmente na base do nariz e na região geniana, desaparecendo em poucas semanas); a mancha mongólica (área azul-esverdeada, localizada no dorso e nas regiões glútea e lombossacra, podendo ser disseminada e traduz a imaturidade da pele na migração dos melanócitos, os quais estão relacionados aos fatores raciais); o eritema tóxico (aparece geralmente nos primeiros dias de vida e constitui-se de lesões eritemopapulosas esparsas que regridem espontaneamente; trata-se de uma reação alérgica ao ambiente); o hemangioma capilar (formas extensas ou verrucosas de hemangioma, freqüente principalmente na nuca, nas pálpebras superiores e na fronte, desaparece em poucos meses); a lanugem (pêlos finos que cobrem o corpo; encontrados principalmente nos prematuros; caem em poucos dias) e o edema (nos prematuros é duro e localizado nos membros inferiores e região genital; regredindo em alguns dias).

A Enfermagem possui um papel importantíssimo na prevenção e detecção precoce de lesões de pele, distinguindo o que é patológico do que não é. Uma avaliação detalhada do tegumento do recém-nascido deve ser realizada a cada exame físico, devendo incluir a inspeção do local da punção venosa (devido aos adesivos utilizados, pode ocorrer hiperemia em decorrência de alergia à fita adesiva ou mesmo ocorrência de flebites), do sensor do oxímetro ou eletrodos do monitor, fixação dos tubos e sondas, genitália (irritabilidade por excretas). Todos esses são locais críticos e devem ser inspecionados com freqüência visando à manutenção da integridade cutânea.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: ruptura da integridade da pele, irritabilidade da pele, bolhas, pele lisa, pele brilhante, pele grosseira, pele com descamação, palidez, icterícia, pletora, cianose, equimose, verniz caseoso, sudorese palmar, escoriação, pele íntegra, míliaum sebáceo, mancha mangólica, eritema tóxico, hemangioma capilar, lanugem, edema, flebite, hiperemia.

6.1.1.14 Necessidade de regulação (térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular)

A necessidade térmica está relacionada à capacidade do organismo em manter a temperatura central (interna) entre 36° e 37°C, através do equilíbrio entre o calor que o organismo produz e a perda de energia térmica (BENEDET; BUB, 2001; ATKINSON; MURRAY, 1989).

Após o estabelecimento da respiração, a regulação térmica é a necessidade mais crítica para a sobrevivência do recém-nascido. Embora a capacidade de produção de calor esteja adequada, diversos fatores predispõem o neonato à perda excessiva de calor, tais como, a grande área de superfície corpórea que facilita a perda de calor para o ambiente (minimizado pela posição de flexão do recém-nascido), pela fina camada de tecido subcutâneo, ocasionando um isolamento deficitário para a conservação do calor, além de possuir um mecanismo de produção de calor diferente do adulto, ele não pode aumentar o calor através do tremor como ocorre nos adultos, eles produzem calor através do aumento do metabolismo e do consumo de oxigênio, denominada de termogênese sem tremor (WONG, 1999).

De acordo com Melo e Silveira (1997), o recém-nascido pode perder calor para o ambiente de quatro maneiras: evaporação (ao nascer o líquido amniótico evapora de sua pele, assim como durante o banho; os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas possuem pele fina e sem queratinização, o que predispõe a maior perda de calor e de água por evaporação); condução (perda por contato direto com uma superfície fria, como a balança); radiação (através da radiação para superfícies frias mais distantes como as paredes da incubadora ou da própria sala onde se encontra) e convecção (através da corrente de ar frio ou ar encanado).

As principais fontes termogênicas são o coração, o fígado e o cérebro. Entretanto, o recém-nascido possui uma fonte própria adicional denominada de gordura marrom ou tecido adiposo marrom, cujo nome deriva de seu maior conteúdo de citocromos mitocondriais, possuindo maior capacidade para produção de calor através da atividade metabólica intensificada do que o tecido adiposo comum. O calor gerado na gordura marrom é distribuído para outras regiões do corpo através do sangue, o qual é aquecido à medida que flui através das camadas desse tecido. Podemos encontrá-lo superficialmente entre as escápulas, ao redor do pescoço, nas axilas e até atrás do esterno, mas também podemos encontrá-lo nas camadas mais profundas, circundando os rins, a traquéia, o esôfago, algumas artérias principais e as glândulas suprarenais (WONG, 1999).

Miura e Procianoy (1997) relatam que a temperatura do recém-nascido pode variar muito, na dependência da temperatura ambiental, peso e maturidade do recém-nascido. Em recém-nascido sem problemas térmicos ou estresse, a temperatura axilar é um método adequado de aferição.

Como já foi comentado anteriormente, a maior fonte de produção de calor nos recém-nascidos ocorre através da gordura marrom, mas, nos primeiros dias de vida, ela é insuficiente principalmente nos recém-nascidos pré-termo ou de baixo peso. Os depósitos de gorduras são altamente vascularizados e inervados pelos neurônios do sistema nervoso simpático. Quando recém-nascidos são submetidos ao frio, eles respondem com uma vasoconstrição periférica por liberação de noradrenalina, levando ao metabolismo anaeróbico e acidose metabólica, podendo ocorrer vasoconstrição pulmonar e hipoxemia, agravando a acidose. Neste momento, os depósitos de glicogênio são depletados rapidamente, podendo resultar em hipoglicemia (MELO; SILVEIRA, 1997).

A hipotermia é um importante fator de risco para a mortalidade neonatal. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a temperatura corpórea normal do recém-nascido está entre 36,5° e 37,5°C, considerando hipotermia quando a temperatura axilar está abaixo de 36,5°C e hipertermia quando a mesma se encontra acima de 37,5°C, sendo esta menos freqüente que a hipotermia (MELO; SILVEIRA, 1997).

Com relação à necessidade hormonal, encontra-se relacionada à capacidade do corpo em manter em equilíbrio todo o sistema endócrino, ou seja, de regular todas as secreções das glândulas endócrinas, denominadas de hormônios e atuam como mensageiros químicos com a finalidade de alterar a atividade de vários órgãos. Os hormônios regulam os processos metabólicos que controlam a produção de energia, equilíbrio de fluídos e eletrólitos, crescimento e desenvolvimento, reprodução e lactação e ainda auxiliam na manutenção da homeostase, regulam a pressão sanguínea e a contração neuromuscular, dentre outras (HOOD; DINCHER, 1995).

O sistema endócrino no recém-nascido encontra-se adequadamente desenvolvido, mas suas funções são imaturas. Podemos citar, como exemplo, o lobo posterior da hipófise que produz uma quantidade limitada do hormônio antidiurético (ADH) ou vasopressina, o qual leva a uma inibição da diurese. Os recém-nascidos podem apresentar os efeitos de hormônios maternos, como dos hormônios sexuais, onde, nas meninas, os grandes lábios podem apresentar-se hipertrofiados, as mamas ingurgitadas e até secretar leite, isso a partir dos primeiros dias de vida até um período razoavelmente longo, por volta dos dois meses de idade. Também podemos encontrar, nos neonatos do sexo feminino uma pseudomenstruação

(observada mais como uma secreção leitosa do que sangue verdadeiro), decorrente de uma queda súbita nos níveis de progesterona e de estrogênio (WONG, 1999).

A necessidade neurológica é traduzida pela “necessidade do indivíduo de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento” (BENEDET; BUB, 2001, p. 62).

Ao nascimento, o sistema nervoso não está integrado, mas suficientemente desenvolvido para sustentar a vida extra-uterina. A grande maioria das funções neurológicas é formada por reflexos primitivos. O sistema nervoso autônomo é importantíssimo durante a transição do meio intra-uterino para o meio extra-uterino, pois ele estimula as respirações iniciais, ajuda a manter o equilíbrio ácido-básico e regula parcialmente o controle da temperatura (WONG, 1999).

A mielinização do sistema nervoso segue as leis do desenvolvimento cefalocaudal-proximodistal (da cabeça para o pé – do centro para a periferia), estando intimamente relacionado ao domínio percebido das habilidades motoras grossas e finas. A mielina é necessária para a transmissão rápida e eficiente de alguns impulsos nervosos, mas não de todos, ao longo da vida neural. Os tratos que desenvolvem a mielina mais precocemente são o trato sensorial, cerebelar e extrapiramidal, contribuindo para as sensações aguçadas de paladar, olfato e audição no recém-nascido, bem como na percepção da dor. Todos os nervos cranianos estão presentes e mielinizados, exceto os nervos óptico e olfatório (WONG, 1999).

Segundo Wong (1999), os reflexos primários mais examinados são os reflexos de Moro, reflexo de preensão palmar e plantar e reflexo tônico-cervical assimétrico.

Vários autores relatam a necessidade hidrosalina e eletrolítica como sendo aquela que busca o equilíbrio entre a capacidade funcional de todos os órgãos e sistemas corporais, visando à manutenção do ambiente físico-químico estável. A manutenção dos fluidos e eletrólitos em movimento no corpo humano ocorre através dos sistemas de transporte passivo e ativo, mudando os compartimentos intercelulares e extracelulares. E, para manter saudável o organismo, são necessários os equilíbrios hidroeletrólíticos e o ácido-básico, sendo esses equilíbrios mantidos pela ingestão, distribuição e excreção de eletrólitos e da água, e o sistema pulmonar e renal é responsável pela regulação (SMELTZER; BARE, 2002; POTTER; PERRY, 2002; DU GAS, 1988).

Os recém nascidos estão muito propensos ao distúrbio hidroeletrólítico uma vez que 70 a 80% de sua constituição é de líquido, além da imaturidade de alguns órgãos, como os rins e pulmão (WONG, 1999).

A literatura descreve a necessidade imunológica como sendo a capacidade que o organismo possui de reconhecer substâncias estranhas, diferenciando-as dos seus próprios componentes, o que desencadeia uma série de processos fisiológicos, os quais agem sobre o corpo estranho, buscando destruí-lo, eliminá-lo ou neutralizá-lo (ATKINSON; MURRAY, 1989; DU GAS, 1988).

Segundo Miura e Procianoy (1997), o bom funcionamento do sistema imunológico no feto e no recém-nascido é de fundamental importância para a diminuição de sua susceptibilidade a infecções, sejam elas bacterianas, virais, parasitárias ou fúngicas.

O neonato nasce com diversas defesas contra essas infecções. A primeira linha de defesa é formada pela pele e pelas mucosas, que protegem o corpo contra agentes invasores, portanto, a grande importância de manter íntegro o tegumento do recém-nascido encontra-se neste fato. A segunda linha de defesa é constituída pelos elementos celulares do sistema imunológico, que produzem vários tipos de células capazes de atacar um patógeno, como por exemplo, os neutrófilos e os monócitos que são células fagocitárias que podem englobar, ingerir e destruir os agentes estranhos; provavelmente os eosinófilos também possuem essa função. Os linfócitos (células T e B) são capazes de ser convertidos em outros tipos de células, como monócitos e anticorpos. Embora as propriedades fagocitárias do sangue estejam presentes nos recém-nascidos, a resposta inflamatória dos tecidos para localizar uma infecção é imatura. E, finalmente, a terceira linha de defesa que é a formação de anticorpos específicos para um antígeno, mas para isso é necessária a exposição a diversos corpos estranhos para que ocorra a produção de anticorpos (WONG, 1999).

Em geral, os recém-nascidos não são capazes de produzir suas próprias imunoglobulinas (anticorpos) até o início do segundo mês de vida, mas eles recebem imunidade passiva considerável através de IgG, a partir da circulação materna e do leite humano. Eles estão protegidos contra a maioria das doenças infantis, como difteria, sarampo, poliomielite, hepatite infecciosa e rubéola por cerca de três meses, desde que a mãe tenha desenvolvido anticorpos para essa doença (WONG, 1999).

Com relação à necessidade de crescimento celular, Benedet e Bub (2001) descrevem-na como sendo a necessidade que o organismo tem para manter a multiplicação das células e o crescimento dos tecidos dentro dos padrões de normalidade, tendo como objetivo o crescer e o desenvolver-se.

O crescimento é a modificação física do peso, do volume, do tamanho dos tecidos e dos órgãos do organismo em decorrência de alterações no número ou no volume das células. O crescimento embrionário é resultante de divisões celulares e crescimento, sem interferências

adversas, que resultam no recém-nascido a termo a plena expressão do potencial genético (SAMICO et al., 2004).

Ao nascimento, é indispensável à aferição de parâmetros físicos, tais como, peso, comprimento, perímetro cefálico, torácico e abdominal. Para o estudo adequado da relação peso ao nascimento e idade gestacional, utiliza-se a curva apropriada à classificação do recém nascido em pequeno, adequado ou grande para a idade gestacional (WONG, 1999; SAMICO et al., 2004).

Destacamos também a necessidade vascular que consiste na atividade imprescindível que o organismo possui de transportar nutrientes através do sangue, distribuí-los para os tecidos e fazer remoção dos resíduos metabólicos com objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do ser humano em condições ótimas (GUYTON, 1988).

Segundo Atkinson e Murray (1989), nos recém-nascidos a necessidade metabólica é extremamente elevada devido ao seu crescimento; o coração, bomba que controla a regulação vascular, trabalha com uma frequência alta, em média 120-160 bpm (batimentos por minuto). Conforme a criança vai crescendo, seu metabolismo basal vai diminuindo, devido ao seu crescimento mais lento, o que fará com que a frequência cardíaca também diminua. Com o aumento da área corpórea, há o alongamento dos vasos sanguíneos e da resistência periférica, além do aumento da musculatura da câmara cardíaca esquerda, resultando em aumento da pressão arterial como estratégia de manter uma distribuição sanguínea adequada.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: hipotermia, hipertermia, temperatura corpórea; hipertrofia de grandes lábios, mamas ingurgitadas, pseudomenstruação, reflexo de moro, reflexo de preensão palmar-plantar; pele íntegra; peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico e abdominal.

6.1.1.15 Necessidade de percepção (visual, auditiva, olfativa, gustativa, tátil e dolorosa).

Consiste na necessidade do organismo de perceber o meio através de estímulos nervosos visando interagir com o outro e a perceber o ambiente (BENEDET; BUB, 2001).

Segundo Wong (1999), as funções de percepção sensoriais do recém-nascido estão notadamente bem desenvolvidas e possuem um efeito significativo sobre o crescimento e o desenvolvimento e, inclusive, influenciando o processo de estabelecimento de vínculo. As funções são visual, auditiva, olfativa, gustativa, tátil e dolorosa.

No sentido visual, ao nascimento, o olho do recém-nascido encontra-se estruturalmente incompleto, ele pode seguir e acompanhar objetos, mas não consegue focalizá-los. Possui o reflexo de piscar, reage a um estímulo mínimo e é ativado por um estímulo luminoso. O neonato demonstra preferências visuais: coloração mediana (amarelo, verde e rosa) em relação às brilhantes (vermelho, laranja e azul).

Com relação à audição, o recém-nascido possui acuidade auditiva semelhante a de um adulto, reage a um som alto de cerca de noventa decibéis com um reflexo de estremeamento. A resposta do recém nascido aos sons de baixa frequência é diferente daqueles de alta frequência: os primeiros, como o som do batimento cardíaco, canção de ninar, tendem a diminuir a atividade motora e o choro, ao passo que os últimos provocam um aumento da frequência cardíaca. Os neonatos, com cerca de três dias, já podem distinguir a voz de sua mãe da voz de outras mulheres e, ao atingir duas semanas, ele já pode parar de chorar ao escutar o som de uma voz.

Podemos descrever o olfato do recém-nascido como sendo sensível, uma vez que eles reagem aos odores fortes, como o álcool, virando a cabeça para o lado. Eles são capazes de sentir o odor do leite materno e choram por suas mães, quando os seios ficam ingurgitados e extravasando. Também são capazes de diferenciar o leite materno de sua mãe do leite materno de outras mulheres. Acredita-se que os odores influenciam o processo de vínculo e o aleitamento materno bem sucedido.

Com relação à função gustativa, os recém-nascidos possuem a capacidade de diferenciar entre os paladares. Vários tipos de soluções provocam reflexos gusto-faciais distintos: uma solução doce gera uma sucção ávida e um olhar de satisfação, enquanto que uma solução azeda provoca um preguiamento usual dos lábios, e um líquido amargo produz uma expressão raivosa e aborrecida.

No neonato, a função tátil é evidenciada pela capacidade de perceber a sensação tátil em qualquer parte do corpo, embora possua uma maior sensibilidade na face (especialmente na boca), nas mãos e nas regiões plantares dos pés.

No que diz respeito à percepção dolorosa, há evidências de que os recém-nascidos são providos da capacidade neurológica para perceber a dor, até mesmo os recém-nascidos prematuros. O sistema neurobiológico necessário à nocicepção encontra-se formado entre a 24^a e 28^a semana de gestação, ou seja, as estruturas periféricas e centrais necessárias à percepção da dor estão presentes e funcionais nos pré-termos já ao nascimento. Os recém-nascidos podem perceber a dor mais intensamente do que as crianças mais velhas e os adultos,

porque os mecanismos de controle inibitório são imaturos, limitando sua capacidade para modular a experiência dolorosa (GRUNAU, 2000).

Os recém-nascidos prematuros que necessitam de UTIN vivenciam muitos procedimentos que, apesar de serem necessários, são dolorosos, tais como punção venosa, entubação, aspiração de vias aéreas superiores e inferiores, coleta de exames, gasometrias, dentre outras.

O indicador estímulo da dor encontra-se inserido na necessidade de exercício e atividade física, porém, por entender que a dor faz parte da percepção do indivíduo, este indicador foi remanejado para essa necessidade, evitando duplicidade de informação.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: reflexo de piscar os olhos ao estímulo luminoso, reage ao som de alta frequência (por exemplo: alarmes de bombas de infusão, de ventiladores mecânicos), atividade motora, choro, reage ao som de baixa frequência (por exemplo: canções, batimentos cardíacos), sucção ávida e reage ao estímulo da dor.

6.1.1.16 Ambiente

A necessidade de possuir um local para interagir e manter uma qualidade de vida é uma necessidade básica de todo ser humano. O ambiente envolve o espaço físico da pessoa e seus riscos em potenciais, seu relacionamento interpessoal e seu sistema de apoio (SMELTZER; BARE, 2002).

Os neonatos que necessitam de cuidados intensivos e que são admitidos numa unidade de terapia intensiva podem ter essa necessidade alterada. É relevante o fato de que o recém-nascido sadio é privilegiado com o calor do corpo materno, o que lhe confere segurança. Já o recém-nascido prematuro ou mesmo o neonato a termo, mas que evidenciou algum desequilíbrio biológico que necessita de internamento na UTIN, além de se encontrar no período de adaptação ao ambiente extra-uterino, são introduzidos em um local que proporciona benefícios no sentido de estabilização de desequilíbrios biológicos e no aumento da sobrevivência dos recém-nascidos, mas que, segundo Carvalho, Pedreira e Aguiar (2005), é física e psicologicamente agressivo.

Atualmente, o ambiente de terapia intensiva neonatal tem sido objeto de vários estudos que têm apontado graves problemas, pois consiste de um ambiente superestimulante, comprometendo o processo de desenvolvimento e crescimento dos recém-nascidos,

especialmente dos prematuros, uma vez que os receptores sensoriais são extremamente sensíveis ao ambiente. Desta forma, um dos problemas detectados de maior impacto é a poluição sonora intensa presente neste local, decorrente da circulação de pessoas na unidade, dos equipamentos de suporte à vida, tais como respiradores mecânicos, incubadoras, berços aquecidos, bombas de infusão, monitores cardiorespiratórios, vozes, alarmes, rádios entre outros. Todos esses fatores contribuem para danos auditivos e para alterações fisiológicas e comportamentais, tais como, hipóxia, aumento da pressão intracraniana e da pressão sanguínea, predispondo à hemorragia craniana intraventricular nos prematuros; apnéia; bradicardia; alteração no estado de sono e repouso, levando à fadiga, agitação, irritabilidade e choro, aumento do consumo de oxigênio e da frequência cardíaca, tendo como consequência aumento do consumo calórico e ganho de peso lento. Somando-se a estes fatos, os níveis elevados de ruídos podem induzir a uma redução global na resposta auditiva e no desenvolvimento (RODARTE et al., 2005; TAMEZ; SILVA, 1999; SCOCHI et al., 2001).

No ambiente da UTIN, o manuseio da incubadora ou berço aquecido e todo equipamento de suporte tecnológico deve ser um fator de preocupação do profissional, de forma que este ambiente se torne o mais favorável possível para o desenvolvimento do neonato, incluindo seus aspectos físicos e psicológicos, não esquecendo que o comportamento dos profissionais de saúde é imprescindível para minimizar os ruídos neste ambiente.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: incubadora aquecida e berço aquecido.

6.1.1.17 Terapêutica

Consiste na necessidade de participar de atividades e receber cuidados dirigidos para a promoção, manutenção e recuperação da saúde. É algo que vai além da terapia medicamentosa, é o desejo pelo bem-estar proporcionado por energia, vitalidade e satisfação com a vida (ARAÚJO, 1996).

Segundo Araújo (1996) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (2000), os internamentos nas unidades de terapia intensiva neonatais são representados principalmente por recém-nascidos pré-termos (RNPT), em consequência da imaturidade anátomo-fisiológica e do próprio processo de diagnóstico e da terapêutica, um fator intrinsecamente relacionado à prematuridade é ao baixo peso ao nascer, acentuando o risco de morbimortalidade infantil.

Devido às características da clientela das unidades de terapia intensiva neonatais, o tempo de internação pode se estender por vários meses e, em meio a esta circunstância, a vida da família, especialmente das mães, passa por mudanças súbitas sem que haja preparação para este evento, tornando-se um momento de muito sofrimento (LEITE, VASCONCELOS, SCOCHI, 2006). Portanto, necessitamos utilizar várias estratégias que favoreçam o fortalecimento do vínculo mães-filho, proporcionando benefícios para ambos.

Oliveira (2001) relata que práticas que favoreçam o relacionamento caloroso entre mãe e filho devem sempre ser estimuladas e oportunizadas, uma vez que facilitam o desenvolvimento natural da relação e proporcionam tranquilidade a esse binômio, fortalecendo os vínculos. Dentre essas práticas, podemos citar o livre acesso dos pais à UTIN, incentivar as mães a tocar seu filho, acariciá-lo, pegá-lo no colo e, assim que o recém-nascido esteja apto à amamentação, que esta seja incentivada.

Essa ligação afetiva é importantíssima para a formação do recém-nascido. Conforme Biaggio (1996), esta ligação afetiva consiste no vínculo que uma pessoa forma com outro indivíduo específico, sendo a formação das primeiras relações entre mãe e bebê os protótipos de todas as relações sociais futuras.

Enfim, os profissionais de saúde, compartilhando da vivência do processo saúde-doença do neonato, desempenham um papel fundamental no incentivo ao vínculo familiar e, em especial, ao binômio mãe-filho, fornecendo apoio, atenção, informação, de forma a minimizar os efeitos nocivos do internamento, contribuindo para uma melhor adaptação nesta fase crítica da vida do neonato e da família.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: vínculo mãe-filho, visitas dos pais ao recém-nascido, toque do pais, carícia dos pais, ligação afetiva, apoio, atenção e informação.

6.1.2 NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Todo ser humano possui suas características físicas, sociais, psicológicas e espirituais. Porém, diante do modelo de saúde vigente predominante o curativo, o aspecto físico tem sido tema de muitos estudos e, através de uma busca na literatura disponível sobre as necessidades psicobiológicas do recém-nascido, foi possível encontrar um vasto arsenal de conteúdo, o que já não aconteceu no momento da pesquisa relacionada com as necessidades psicossociais e psicoespirituais dos recém-nascidos.

Segundo Andriola e Oliveira (2006), cuidar de recém-nascidos é uma responsabilidade muito grande, principalmente quando, por algum motivo, seja por prematuridade ou doença, se encontrara em UTIN. Portanto, devemos estar atentos a todos os aspectos deste ser, pois, segundo as mesmas autoras, o desenvolvimento físico e emocional dos recém-nascidos de alto risco (os que se encontram em unidades de terapia intensiva neonatais) depende das relações humanas e vínculos do neonato com o seu cuidador (equipe de saúde e família).

Corroboramos Bowlby (1995), quando diz que a base para o desenvolvimento humano adequado é uma sensação de confiança na disponibilidade das pessoas com quem estabelecemos os primeiros laços afetivos, confiança que se desenvolve lentamente desde a infância até a adolescência. Esta disponibilidade consiste em uma resposta constante às nossas necessidades afetivas, carícias, compreensão, companhia, comunicação e atenção. Portanto, acreditamos que o desenvolvimento de laços afetivos seja essencial para o desenvolvimento emocional do ser humano, devendo este ser estimulado e favorecido no ambiente de terapia intensiva neonatal, o qual consistirá num poderoso instrumento para o bem-estar dessa família.

Diante do que já foi exposto, percebemos que cuidar da dimensão psicossocial, da subjetividade do ser humano é tão importante quanto cuidar da dimensão psicobiológica, do corpo humano. Horta, em 1979, já concatenava com essa afirmação, prova é que classificou as seguintes necessidades psicossociais: Segurança, Amor e aceitação, Liberdade, Comunicação, Criatividade, Aprendizagem, Gregária, Recreação, Lazer, Espaço, Orientação no tempo e no espaço, Auto-realização, Auto-estima, Participação, Auto-imagem e Atenção (HORTA, 1979).

Neste estudo, serão apresentadas as necessidades mais evidentes em neonatos, que por suas particularidades decorrentes de seu nível de desenvolvimento físico e cognitivo não apresentam claramente algumas das necessidades psicossociais, sendo estas suprimidas. Percebemos também que, embora sejam apresentadas separadamente, as necessidades psicossociais do recém-nascido apresentam-se intrinsecamente relacionadas, fato que o leitor poderá notar, pois muitas vezes se torna quase impossível separá-las, sendo necessário citar uma necessidade associada a outra.

6.1.2.1 Necessidade de segurança

Segundo Benedet e Bub (2001), o desenvolvimento de segurança no ser humano possui o objetivo de fazer com que o mesmo se sinta seguro emocionalmente, ou seja,

proporcionar elementos necessários para garantir sua estabilidade emocional através da confiança nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si.

A Necessidade de Segurança, segundo Atkinson e Murray (1989), possui dois níveis: o físico (proteção contra injúrias físicas), e, em um nível mais complexo, encontra-se a segurança emocional (representada pelo sentimento de tranqüilidade, livre dos sentimentos de medo, ansiedade e apreensão). A segurança física é atendida no âmbito das necessidades psicobiológicas, como manutenção em incubadora, proteção da pele, redução do nível de ruídos, dentre outros citados anteriormente.

Com relação à segurança emocional, o recém-nascido é um ser muito dependente de outros seres humanos, como os pais e, principalmente sua mãe, pessoa com quem manteve seu principal vínculo durante toda a sua vida intra-uterina. Essas pessoas são essenciais no estabelecimento da segurança, pois são pessoas significativas para o neonato. Du Gás (1988) comenta que a necessidade de segurança se desenvolve desde o nascimento através da qualidade do toque que os pais lhe proporcionam, ressaltando que a relação do som da voz e do toque de pessoa significativa é o que determina a sua segurança emocional.

Segundo Reichert e Costa (2002, p.13) “[...], os prematuros são capazes de ver, ouvir, cheirar e responder ao toque. Ao serem estimulados, respondem ao manuseio e mostram-se tranqüilos quando alguém conversa com eles”.

O toque e a conversa com o recém-nascido favorecem ao estabelecimento do vínculo afetivo entre o bebê e a família. Lima H. (2004) confirma este fato ao dizer que, tocando e conversando com o bebê, os pais acreditam que estão transferindo amor e proteção. Neste momento, o sentimento de impotência é substituído pelo sentimento de colaboração com a recuperação do filho. Ainda, segundo este autor, os profissionais de saúde confirmam os efeitos benéficos do toque e da comunicação entre família e recém-nascido, pois os bebês que recebem constantemente a visita dos pais ganham mais peso, respiram sozinhos com maior rapidez, tendo uma melhor resposta ao tratamento e, ao perceber a presença dos pais, os bebês aceleram os batimentos cardíacos ao ouvir a voz da mãe e retribuem a atenção, demonstrando afeto e gratidão, abrindo os olhos e sorrindo.

Portanto, cabe à equipe da UTIN proporcionar um ambiente acolhedor e seguro para que os pais possam estabelecer este contato constante como o recém-nascido e fortalecer o vínculo afetivo familiar, favorecendo um restabelecimento mais rápido do bebê.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: toque no recém-nascido, conversa com o recém-nascido, redução do nível de ruídos (tais como alarmes e manuseio cuidadoso da incubadora) e proteção da pele.

6.1.2.2 Necessidade de amor e aceitação

De acordo com Benedet e Bub (2001), a necessidade de amor e aceitação consiste na necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral, visando ser aceito e integrado aos grupos, bem como ter amigos e família. Para Horta (1979, p. 41), a necessidade de amor “é o processo dinâmico de troca de energia emocional positiva entre os seres vivos”.

É fato notório que toda criança necessita de amor para se desenvolver de forma harmônica. Segundo Bowlby (1989), esse amor é facilmente encontrado no seio da família e muito dificilmente será encontrado fora dela. Não há outro tipo de relacionamento no qual um ser humano se coloque de forma irrestrita e contínua à disposição do outro.

Wong (1999) acredita que a necessidade emocional mais importante para a criança é a de sentir-se amada; dessa forma, podemos amenizar as manifestações de carência afetiva, a irritabilidade ao ser submetido ao procedimento doloroso, substituindo o choro pela serenidade, sempre que uma pessoa significativa para ela estiver próxima. O amor deve ser transmitido através de palavras e ações, além disso, quando seguras desse amor, as crianças são capazes de superar as crises normais associadas ao desenvolvimento, bem como as crises inesperadas, como doença e perdas. Esse mesmo autor enfatiza que a relação amorosa nos primeiros anos de vida poderá influenciar nas suas relações interpessoais futuras. Essa necessidade de amor e aceitação encontra-se presente em qualquer fase da vida, e os pais ou as pessoas significativas devem deixar claro que as crianças são importantes, aceitas e desejadas.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: manifestações de carências afetivas, choro, irritabilidade, serenidade.

6.1.2.3 Necessidade de liberdade

Segundo Potter e Perry (1999), é a necessidade que cada pessoa possui de realizar escolhas e agir conforme sua própria determinação dentro de uma sociedade organizada.

Essa necessidade na realidade nos reporta a um dos princípios da bioética: o princípio da autonomia, entendido como sendo um direito nato, através do qual o cliente pode agir de acordo com sua vontade, fazer escolhas do que é melhor para si como um sujeito sócio-individual, histórico e não esperar, não ficar à mercê da benevolência e da vontade dos outros. Ser autônomo significa ter liberdade de pensamento, poder optar e decidir (SOARES; LUNARDI, 2002).

Acrescentando ao conceito anterior, Gaiva (2006) aponta outros elementos em sua elaboração do conceito de autonomia, relatando como sendo o grau de poder da pessoa de tomar decisões que afetam a sua vida, sua integridade e suas relações sociais. As pessoas que apresentam autonomia diminuída (dependentes/vulneráveis) devem ser protegidas contra danos ou abusos.

Segre (1995) afirma que a autonomia do sujeito é um dos pontos básicos que alicerça toda e qualquer relação entre os seres humanos e acrescenta dizendo que a criança sofre de uma violação consciente e aceita socialmente no que diz respeito a sua autonomia. Gaiva (2006) nos remete a uma reflexão importante, quando afirma que esse é um comportamento esperado numa sociedade, em que a mãe proteja o seu filho criança/recém-nascido e decida por ele enquanto ele precisar, e lança um questionamento sobre quem determina a escolha do que é o melhor ou mais apropriado ao recém-nascido hospitalizado, os profissionais ou os pais. Na perspectiva da integralidade do ser humano em sua teia de relações, entendemos que a melhor conduta para a criança deverá ser acordada entre os profissionais e os pais.

Diante do fato de que os recém-nascidos não são capazes de exercitar sua autonomia, são os pais as pessoas legalmente autorizadas a dar consentimento para que um tratamento seja realizado. Muitas vezes o uso da tecnologia, sempre presente em cuidados intensivos, impede que os familiares manifestem sua autonomia, isso acontece quando não lhes é dada a oportunidade ou por falta de informação ou esclarecimento. Portanto, para que esse direito não seja infringido, isto é, seja respeitada a autonomia da família, deve-se buscar ao máximo o envolvimento dos pais, oferecendo-lhes todas as informações disponíveis visando prepará-los para a tomada de decisão. A equipe de saúde deve estar preparada, ser sensível ao diálogo, buscando um trabalho conjunto entre profissionais e familiares (GAIVA, 2006).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: respeito à autonomia dos pais, informação, esclarecimento.

6.1.2.4 Comunicação

Benedet e Bub (2001, p. 146) relatam que a “comunicação é a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal e não verbal, com o objetivo de interagir com os outros”. Para Potter e Perry (1999), a comunicação é considerada o elemento básico de interação humana, permitindo as pessoas estabelecer, manter e aumentar sua rede de contato com demais indivíduos.

Um fato importante na formação do vínculo mãe-filho é a ocorrência dos movimentos fetais. Na fantasia materna, o feto está começando a se comunicar através da variedade de seus movimentos (MALDONADO, 1997).

Dentre as formas de comunicação, como o bebê não possui a comunicação verbal estabelecida, é através da expressão facial, do choro, do franzir da testa, do sorriso que mantém sua comunicação com as demais pessoas, ou seja, utiliza a linguagem não-verbal como processo de interação. Conforme Wong (1999), o recém-nascido possui como forma de expressão significativa o choro para chamar a atenção das pessoas, isso devido a sua imaturidade física e psíquica.

Santana (2003) relata que o toque materno assume uma forma de comunicação terapêutica no processo de recuperação do recém-nascido quando afirma que a comunicação mãe-filho acontece através do toque, em que o mesmo ajuda no restabelecimento da criança como algo com poder curativo. Mesmo que a mãe não consiga colocar seu bebê no colo, como muitas vezes acontece em unidades de terapia intensiva neonatal devido à instabilidade clínica do mesmo, o simples fato de estar presente, conversar, acariciar e tocar o bebê significa muito para a recuperação do recém-nascido.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: expressão facial, choro, franzir da testa, sorriso.

6.1.2.5 Necessidade de criatividade

A necessidade de criatividade “é a necessidade de ter idéias e produzir novas coisas com o objetivo de realizar-se (vir a ser)” (BENEDET; BUB, 2001, p. 191). Acreditamos que devido à imaturidade psíquica do recém-nascido, não foi encontrada na literatura pesquisada essa abordagem das necessidades psicossociais.

Alguns serviços de saúde já possuem normatizadas algumas ações maternas e paternas que visam satisfazer essa necessidade dos pais, como por exemplo, o uso de brinquedos de

plástico laváveis dentro da incubadora e uso de redes para os neonatos. Mas, como essas ações fazem parte de uma normatização do serviço, não poderíamos incluí-las em nosso estudo.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: nenhum indicador relevante foi identificado no RNPT.

6.1.2.6 Necessidade de aprendizagem (educação em saúde)

Com relação à necessidade de aprendizagem, Benedet e Bub (2001) conceituam como sendo a necessidade de aquisição de conhecimentos e/ou habilidades para responder a uma nova situação ou já conhecida, visando adquirir comportamentos saudáveis e manter a saúde. Segundo Smeltzer e Bare (2002), a capacidade de apreender e adquirir novas informações e habilidades pode ser influenciada por diversos fatores, tais como, a motivação, o desempenho, a velocidade, o distúrbio da saúde, os déficits de memória e o estado físico.

O recém-nascido, logo após o nascimento, mesmo que inconscientemente, vivencia um processo de intensa aprendizagem, passando pelo período de adaptação fisiológica da respiração e uma mudança brusca no ambiente físico.

Wong (1999) relata que apenas após os dois anos de idade é que podemos observar na criança a capacidade de pensar e raciocinar, utilizando a imitação dos gestos realizados pelos adultos. Portanto, se os pais possuírem hábitos saudáveis, as crianças provavelmente irão incorporá-los mais facilmente. Neste momento, considerando o binômio mãe-filho, entendemos que esta necessidade é latente nos pais, necessitando do apoio de todos os profissionais neste momento de suas vidas.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: acreditamos que essas necessidades já tenham sido contempladas no item necessidade de amor e aceitação, no qual encontramos o registro da autonomia dos pais, bem como o direito a informação e esclarecimento sobre o ambiente, normas, rotinas e sobre a própria patologia.

6.1.2.7 Necessidade gregária

“É a necessidade de viver em grupo com o objetivo de integrar com os outros e realizar trocas sociais” (BENEDET; BUB, 2001, p. 149). Esta necessidade está

intrinsecamente relacionada com a necessidade de estabelecimento de vínculos afetivos. O primeiro grupo que uma criança passa a integrar, mesmo antes do seu nascimento e que perpetuará posteriormente, é a família, onde realiza trocas sociais e afetivas, que irão influenciar todas as suas relações interpessoais futuras.

Bowlby (1989) afirma que a criança não é um organismo vivo independente, portanto necessita de uma instituição social especial que o ajude durante o período de imaturidade. Esse auxílio será realizado de duas formas: primeiramente, ajudando-a a satisfazer suas necessidades orgânicas imediatas, como alimentação, calor, abrigo e proteção e, em segundo lugar, proporcionando um ambiente adequado onde possa desenvolver suas capacidades, sejam físicas, mentais ou sociais, indispensáveis para lidar de forma eficaz com o seu meio físico ou social. Portanto, precisa-se de um ambiente com uma atmosfera de afeição e segurança. Lorh (2001) explica que o primeiro núcleo social da criança são os pais. Estes, por sua vez, possuem um papel importantíssimo no desenvolvimento social da criança uma vez que as relações iniciais entre o recém-nascido e seus pais são consideradas protótipos de todas as relações sociais futuras (BRASIL, 2002).

A satisfação da necessidade gregária é primordial para que a criança tenha segurança, conforto, calor e adquira habilidades para experiências novas, contribuindo para o seu desenvolvimento e crescimento (MONTAGU, 1988).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: nenhum indicador relevante foi identificado no RNPT.

6.1.2.8 Necessidade de recreação e lazer

“É a necessidade de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir idéias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se” (BENEDET; BUB, 2001, p. 152).

O recém-nascido internado em uma unidade de terapia intensiva, seja devido a sua prematuridade ou processo patológico, encontra-se com essa necessidade latente, pois muitas vezes se encontra sedado e possui dificuldade em manter-se em estado de alerta.

A partir do princípio que a diversão, o entretenimento e a distração são fontes de prazer, apesar dos recém-nascidos apresentarem uma imaturidade psíquica que torne consciente essas necessidades, Wong (1999) apresenta as etapas de desenvolvimento psicosssexual segundo Freud: o recém-nascido encontra-se no estágio oral (nascimento até um ano de idade) quando relata que a principal fonte de procura de prazer está centrada nas

atividades orais, como sucção, vocalização, mordedura e mastigação. Podemos perceber que o aleitamento materno em neonatos que já coordenam sucção e deglutição, por volta da 32-34 semanas, é algo importante não apenas para a questão nutricional, mas também para o desenvolvimento emocional da criança.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: nenhum indicador relevante foi identificado no RN.

6.1.2.9 Necessidade de atenção

Benedet e Bub (2001, p. 161) apresentam essa necessidade conjuntamente com a necessidade de amor e estabelecem o mesmo conceito, ou seja, como sendo “a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família”. Para Silva (2004, p. 50), “é a necessidade que sente o ser humano de ser querido, saber que é valorizado e que as pessoas significativas se importam com ele e com o que ele faz”.

O recém-nascido constitui um ser humano frágil, necessitando de amor, carinho, cuidado, acolhimento, delicadeza, compreensão, mas também necessita de atenção. Segundo Matos e Madeira (2000), a atenção / dedicação encontra-se intimamente relacionada ao amor materno, sendo através do toque, da voz, do carinho, que a relação mãe-filho vai se construindo e se cristalizando, tornando os laços afetivos mais fortes entre eles.

Através da atenção contínua, da rotina cotidiana, as mães são capazes de identificar e agir frente às necessidades do filho (WONG, 1999).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: amor, carinho, acolhimento, delicadeza.

6.1.3 NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

A necessidade psíquica infantil constitui um tema ainda pouco abordado na literatura. Nos poucos livros encontrados, trata-se mais da espiritualidade materna e voltado para a família. Silva (2004) relata que a necessidade psíquica é inerente ao ser humano, mas, quando direcionada à criança, pouco se conhece. Reconhecendo a importância dessa

necessidade na vida da criança, pais e familiares, abordaremos, embora sucintamente, este assunto.

6.1.3.1 Necessidade religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida

Benedet e Bub (2001, p. 192) conceituam como sendo “uma necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior com o objetivo de se sentir espiritual”.

Segundo Wong (1999), é confortante para a família, que possui uma criança internada, ter essa necessidade reconhecida e respeitada, bem como é importante determinar os desejos da família em relação ao batismo. A religião oferece à família a compreensão e o suporte espiritual, constituindo um valioso instrumento para os cuidados em saúde. Para as crianças, a espiritualidade supre a necessidade que a criança possui de ter significado, propósito e esperança em suas vidas. Da mesma forma, a necessidade de perdão e confissão está presente até mesmo nas crianças mais jovens.

De acordo com a classificação de Fowler, identificaram-se sete estágios de desenvolvimento da fé, entretanto apenas quatro destes se encontram associados intimamente com o desenvolvimento cognitivo e psicossocial na infância. Os recém-nascidos encontram-se no estágio 0 - indiferenciado, em que a criança não possui o conceito de certo e errado, nenhuma crença e nenhuma convicção para orientar seus comportamentos. Contudo, seus primórdios da fé estão estabelecidos com o desenvolvimento da confiança básica por meio de suas relações com o primeiro fornecedor de cuidados (WONG, 1999).

Pehler (1997 apud SILVA 2004) relata que a espiritualidade é um processo interativo que se desenvolve paulatinamente conforme o crescimento e desenvolvimento físico e psicológico da criança. Segundo esta mesma autora, na literatura não é possível identificar circunstâncias ou situações em que possamos perceber claramente esta necessidade nas crianças, mas podemos encontrar nos trabalhos de Peaget e Erickson referência ao desenvolvimento espiritual da criança que se dá por volta dos sete anos de idade.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: religião e batismo.

6.2 Segunda fase: Estruturação do instrumento de coleta de dados em neonatos

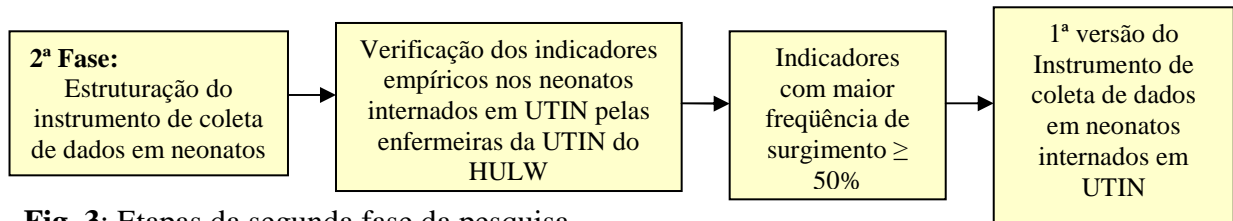


Fig. 3: Etapas da segunda fase da pesquisa.

Após a aprovação do Comitê de Ética do HULW (ANEXO A), iniciou-se, no mês de maio de 2007, a segunda fase deste estudo, tendo como objetivo verificar os indicadores empíricos com maior frequência nos neonatos internados em UTIN, visando à elaboração da primeira versão do instrumento para coleta de dados direcionados para essa clientela.

A pesquisadora, de posse dos indicadores empíricos identificados na literatura científica, solicitou a participação voluntária das enfermeiras da UTIN através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), e, neste mesmo momento, essas enfermeiras receberam uma carta de esclarecimento (APÊNDICE B), bem como o instrumento de verificação dos indicadores empíricos (APÊNDICE C). A população do estudo, nesta fase da pesquisa, foi constituída por sete enfermeiras da UTIN. Vale salientar que o número de enfermeiras que concordaram em participar deste estudo corresponde a 100% das enfermeiras que trabalham na referida unidade, excluindo a pesquisadora. Portanto, na etapa de verificação dos indicadores empíricos, com o objetivo de estabelecer a frequência dos mesmos na UTIN do HULW, o instrumento foi respondido por toda a população da referida unidade.

Para a operacionalização dessa etapa, foram entregues sete instrumentos, um para cada enfermeira que compõe a equipe da UTIN, incluindo um item sobre dados demográficos, visando caracterizar nossa população. Vejamos na tabela a seguir:

Tabela 1 – Distribuição das enfermeiras segundo características demográficas. João Pessoa, 2007.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	N	F (%)
IDADE		
20-30 anos	4	57,1
31-40 anos	2	28,6
41-50 anos	1	14,3
SEXO		
Feminino	7	100
ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COMO ENFERMEIRA		
1- 5 anos	4	57,1
6-10 anos	1	14,3
11-15 anos	2	28,6
ANOS DE EXPERIÊNCIA EM NEONATOLOGIA		
1-5 anos	6	85,7
6 -10 anos	1	14,3
NÍVEL DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM		
Graduação	2	28,6
Especialização:		
Saúde Pública	1	14,3
Saúde da Família	1	14,3
Educação Profissional na Área de Saúde – Enfermagem	1	14,3
Administração e Saúde da Família	1	14,3
Residência de Enfermagem em Pediatria	1	14,3
POSIÇÃO NA ENFERMAGEM		
Enfermeira assistencial	4	57,1
Enfermeira assistencial e docente	2	28,6
Enfermeira assistencial e gerente	1	14,3

Fonte: pesquisa, 2007.

Conforme a tabela acima, podemos observar que a maioria das enfermeiras desta unidade, representando 57,1%, possui idade entre 20-30 anos; 28,6% possuem idade entre 31-40 anos; 14,3% tinham idade entre 41-50 anos. Quanto ao sexo, 100% são do sexo feminino. No que se refere aos anos de experiência profissional como enfermeira, 57,1% tinham experiência de 1-5 anos; 28,6% afirmaram ter entre 16-20 anos; 14,3% das enfermeiras relataram que possuíam entre 6-10 anos de atividades profissionais em Enfermagem. Também foi solicitado que respondessem quanto aos anos de experiência profissional em neonatologia, e obtivemos 85,7% da população com experiência de 1-5 anos e 14,3% entre 6-10 anos de

atividades nesta especialidade. Com relação ao nível de educação em Enfermagem, 71,4% das enfermeiras são especialistas, sendo que deste total apenas 14,3% possuem especialidade em pediatria, sendo as demais em Saúde Pública (14,3%), Saúde da família (14,3%), Educação Profissional na área de Saúde e Enfermagem (14,3%) e Administração e Saúde da Família (14,3%); 28,6% possuem a graduação; nenhuma enfermeira relatou mestrado ou doutorado. Através desta tabela, também podemos verificar que todas as enfermeiras exercem atividades assistenciais, porém duas destas, além das atribuições assistenciais, também exercem a docência, e uma, além das atividades assistenciais, exerce atividades gerenciais.

Após a avaliação das enfermeiras da UTIN sobre os indicadores empíricos identificados na literatura a partir de cada necessidade do recém-nascido, foi possível realizar a frequência para cada item do instrumento (APENDICE C). Essa fase teve como objetivo verificar os indicadores considerados significativos, ou seja, aqueles tiveram um percentual de aceitação $\geq 50\%$. Esses foram incluídos na primeira versão do instrumento de coleta de dados, bem como houve o acréscimo de alguns indicadores provenientes das sugestões registradas pelas enfermeiras.

Tabela 2 – Distribuição dos indicadores que apresentaram frequência $\geq 50\%$, de acordo com as necessidades humanas básicas. João Pessoa, 2007.

NECESSIDADES	INDICADORES	Frequência (%)
PSICOBIOLOGICAS		
Oxigenação	Taquipnéia	85,7
	Apnéia	85,7
	Pausa respiratória	71,4
	Bradipnéia	71,4
	Batimento de asas de nariz	100,0
	Murmúrios vesiculares normais	100,0
	Murmúrios vesiculares diminuídos	85,7
	Roncos	85,7
	Sibilos	85,7
	Estertores	100,0
	Gemido expiratório	100,0
	Retração subcostal	100,0
	Retração intercostal	100,0
	Respiração irregular	71,4
	Vias aéreas superiores	85,7
	Vias aéreas inferiores	85,7
	Sangramento	100,0
	Aspiração	100,0
	Ausulta respiratória	100,0

	Secreção	100,0
	Cianose	100,0
	Taquidispnéia	71,4
	Respiração espontânea	100,0
	Respiração artificial	100,0
	Eupnéico	100,0
	Suplementação de oxigênio	100,0
	Hallo	100,0
	CPAP	100,0
	Cateter nasal	71,4
	Dispnéia	100,0
Hidratação	Depressão de fontanela bregmática	100,0
	Perfusão sanguínea	85,7
	Elasticidade da pele	85,7
	Perdas insensíveis (fototerapia, hipertermia e taquipnéia)	85,7
	Saliva	100,0
	Diurese	100,0
	Rede venosa	100,0
	Acesso venoso	100,0
	Bradycardia	100,0
	Taquicardia	100,0
	Sinais flogísticos	100,0
	Ausculca cardíaca	100,0
	Ritmo cardíaco	100,0
	Drenagem de sonda orogástrica	100,0
Nutrição	Peso	100,0
	Leite materno ordenhado	85,7
	Leite materno pasteurizado	85,7
	Leite artificial	71,4
	Via oral	100,0
	Via enteral	100,0
	Via parenteral	100,0
	Amamentação	100,0
	Dieta	85,7
	Regurgitação	100,0
	Resíduo gástrico	100,0
	Broncoaspiração	57,1
	Gastrostomia	100,0
	Abdome	85,7
	Sucção	85,7
	Deglutição	85,7
Eliminação	Mecônio	100,0
	Fezes	100,0
	Ânus	71,4

	Diurese	100,0
	Sangue	100,0
Sono e repouso	Sono irregular	71,4
	Sono regular	71,4
	Choro	85,7
	Agitação	100,0
	Movimentação descoordenada dos movimentos	57,1
	Vigília	85,7
Exercício e atividade física	Reflexo de moro	100,0
	Reflexo de preensão palmar e plantar	100,0
	Reflexo de sucção	100,0
	Hipoativo	100,0
	Ativo	100,0
	Reativo ao manuseio	100,0
	Reativo ao estímulo doloroso	100,0
	Sedado	100,0
Motilidade	Expressão facial	85,7
	Movimentação e flexão dos membros	100,0
	Hipotonia	100,0
	Tremores	100,0
	Movimentos bruscos	71,4
Abrigo	Incubadora aquecida	100,0
	Berço aquecido	100,0
Cuidado corporal	Coto umbilical	100,0
	Cicatriz umbilical	100,0
	Banho	100,0
Integridade cutâneo-mucosa e integridade física	Pele íntegra	100,0
	Ruptura da integridade da pele	100,0
	Irritabilidade da pele	100,0
	Bolhas	85,7
	Pele lisa	100,0
	Pele brilhante	100,0
	Pele grosseira	85,7
	Pele com descamação	100,0
	Palidez	100,0
	Icterícia	100,0
	Pletora	100,0
	Equimose	100,0
	Verniz caseoso	100,0

	Escoriação	71,4
	Milium sebáceo	85,7
	Mancha mongólica	71,4
	Eritema tóxico	100,0
	Hemangioma	71,4
	Lanugem	71,4
	Edema	100,0
	Flebite	100,0
	Hiperemia	100,0
Regulação térmica	Hipotermia	100,0
	Hipertermia	100,0
	Normotermia	100,0
Regulação endócrina	Hipertrofia de grandes lábios	71,4
	Mamas ingurgitadas	85,7
	Pseudomenstruação	85,7
Percepção	Reflexo de piscar os olhos ao estímulo luminoso	100,0
	Reage ao som de alta frequência (tais como: alarmes de bombas de infusão e ventiladores mecânicos)	100,0
	Atividade motora	100,0
	Choro	100,0
	Reage ao som de baixa frequência (tais como: canções e voz materna)	100,0
Terapêutica	Vínculo mãe-filho	100,0
	Visita dos pais	100,0
	Toque dos pais	100,0
	Ligação afetiva	100,0
	Informações sobre o estado de saúde do RN	100,0
PSICOSSOCIAIS		
Segurança	Redução do nível de ruído (tais como: alarmes, manuseio cuidadoso com a incubadora).	100,0
	Proteção da pele	85,7
	Som da voz materna	100,0
	Toque materno	100,0
Amor e aceitação	Manifestações de carências afetivas	71,4
	Choro	85,7
	Irritabilidade	100,0
	Serenidade	100,0
	Respeito à autonomia dos pais	57,1
	Informação e esclarecimento dos pais sobre: ambiente, rotina, normas, patologia do RN	100,0

Comunicação	Expressão facial	100,0
	Choro	100,0
	Franzir da testa	85,7
	Sorriso	85,7
Atenção	Amor	100,0
	Carinho	100,0
	Acolhimento	100,0
	Delicadeza	100,0
PSICOESPIRITUAIS (relacionado aos pais)	Religião	100,0
	Batismo	100,0

Fonte: pesquisa, 20007.

O instrumento para determinar os indicadores das Necessidades Humanas Básicas dos recém-nascidos internados na UTIN do HULW possuía 137 itens, sendo que 117 destes relacionados às necessidades psicobiológicas, dezoito voltados para as necessidades psicossociais e dois relacionados às necessidades psicoespirituais dos pais dos recém-nascidos, uma vez que essa necessidade ainda não se encontra desenvolvida nessa etapa de vida do neonato. Como sugestões das enfermeiras houve o acréscimo de dezessete itens relacionados às necessidades psicobiológicas (oxigenação: retração esternal e respiração periódica; eliminação: gastrostomia, fístula, colostomia, ileostomia, estimulação retal e resíduo gástrico; motilidade: espasticidade e hipertonia; abrigo: método canguru; cuidado corporal: mobilização no leito; integridade cutâneo-mucosa e integridade física: petéquias; regulação térmica: técnicas para aquecimento (luvas, botas e gorro); percepção: reflexo de busca. Com relação às necessidades psicossociais tivemos como sugestões o acréscimo de dois itens relacionados à necessidade de segurança: posição fetal e toque durante os procedimentos dolorosos. Nenhuma sugestão foi realizada com relação às necessidades psicoespirituais dos pais. Vejamos o Quadro 2 a seguir:

NECESSIDADES	INDICADORES
PSICOBIOLOGICAS	
Oxigenação	Retração esternal
	Respiração periódica
Eliminação	Gastrostomia
	Fístula
	Colostomia
	Ileostomia
	Estimulação retal
	Resíduo gástrico
Motilidade	Hipertonia
	Espasticidade
Abrigo	Método canguru
Cuidado corporal	Mobilização no leito
Regulação térmica	Técnicas para aquecimento (luvas, botas e gorro)
Integridade cutâneo-mucosa e integridade física	Petéquias
Percepção	Reflexo de busca
PSICOSSOCIAIS	
Segurança	Posição fetal
	Toque durante os procedimentos dolorosos

Quadro 2: Indicadores sugeridos pela população do estudo de acordo com cada necessidade do recém-nascido.

Com relação às sugestões registradas no instrumento de coleta de dados, pertinente a esta fase da pesquisa, algumas foram aceitas e, portanto, incluídas na primeira versão do instrumento de coleta de dados; algumas foram aceitas, mas sendo remanejadas para outras necessidades, onde ficariam mais adequadas, e outras não foram aceitas, sendo justificadas a seguir.

Em relação às necessidades de oxigenação, as sugestões de retração esternal e respiração periódica, foram aceitas e adicionadas ao instrumento nessa necessidade. Porém, os indicadores gastrostomia e resíduo gástrico que foram sugeridos para serem acrescentados nas necessidades de eliminação foram adicionados à necessidade de nutrição, uma vez que estão

intrinsecamente relacionados a questões alimentares. O indicador fístula não foi adicionado uma vez que não é detectado no exame físico e, na maioria das vezes, necessita de exames radiológicos para ser identificado, e este tipo de procedimento não faz parte das ações da enfermagem. As demais sugestões para as necessidades de eliminação (colostomia, ileostomia, e estimulação retal) foram aceitas e adicionadas.

Os indicadores sugeridos para as necessidades de motilidade (hipertonia e espasticidade) foram aceitas e adicionadas. Com relação a sugestão realizada para a necessidade de abrigo (método canguru), o mesmo não foi incluído por entender que o método canguru deve ser aplicado a crianças com estabilidade clínica, nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo), peso mínimo de 1250 g e ganho de peso diário maior que 15g (BRASIL, 2002), o que não corresponde, na prática, ao perfil de admissão do recém-nascido internado na UTIN do HULW.

Para as necessidades de cuidado corporal, foi sugerido adicionar o indicador mobilidade no leito, mas como os cuidados de enfermagem são realizados no mínimo a cada 3 horas, sendo verificados os sinais vitais (SSVV) e troca de fraldas, e além desse manuseio, existem os dos demais profissionais: enfermeiras, médicos, fisioterapeutas, e também o contato dos pais, não foi incluído este item por acreditar que esse RN é manipulado várias vezes, além de sua movimentação ativa. A maior preocupação com relação à mobilidade no leito será em pacientes sedados ou com distúrbios neurológicos, cuja capacidade de se movimentar está prejudicada. Além disso, acreditamos que mobilidade no leito seja uma ação de enfermagem e não um indicador propriamente dito. O mesmo aconteceu com a necessidade de regulação térmica sendo sugerido adicionar técnicas para aquecimento (luvas, botas e gorro). Porém, como técnica de enfermagem deverá fazer parte das ações de enfermagem e não ser considerada um indicador, o indicador será a hipotermia, e a ação será desenvolver as técnicas de enfermagem para reverter esse problema, ou seja, na presença de hipotermia (indicador), as técnicas de aquecimento (ação) serão implementadas corretamente.

Na necessidade de Integridade cutâneo-mucosa e integridade física foi sugerido inserir o indicador petéquias; o mesmo foi aceito e adicionado.



Com relação à necessidade de percepção, foi sugerido adicionar o reflexo de busca, o mesmo foi aceito e adicionado ao instrumento para coleta de dados.

Após a análise dos indicadores pelas enfermeiras, quatro itens relacionados às necessidades psicobiológicas foram excluídas da primeira versão do instrumento para coleta de dados, pois todos, abaixo citados, atingiram uma frequência de 42,8 (menor que 50%). Na necessidade de hidratação foi excluída a hipotensão; na necessidade de sono e repouso, a

raiva; na necessidade de motilidade, foi retirado o item flacidez muscular e, na integridade cutâneo-mucosa e integridade física, foi a sudorese palmar.

Diante desses fatos, apresentamos abaixo a primeira versão do instrumento para coleta de dados em recém-nascidos internados na UTIN do HULW, instrumento esse que será avaliado pelas enfermeiras da referida unidade na fase a seguir.

Durante a construção da primeira versão do instrumento, sentimos a necessidade de inserir um símbolo que pudesse traduzir o sentimento de valorização do binômio família-filho, revelando nossa intenção de promover e facilitar o vínculo e o apego entre pais e filhos, e de tentar superar o olhar essencialmente biológico e tecnológico. Foi nessa busca que encontramos no site da PDAMED, empresa que desenvolve *softwares* médicos, a imagem intitulada “mãe e bebê”. Após solicitação formal para uso e autorização da mesma (ANEXO B), a imagem intitulada “mãe e bebê” foi adicionada ao instrumento. Após todos esses procedimentos, veremos abaixo a primeira versão do instrumento para coleta de dados em recém-nascidos na UTIN do HULW.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY-UFPB</p>	<p>UTI – NEONATAL</p> <p>Histórico de Enfermagem</p> 
---	--

1- Dados de identificação materna

Nome:			
Data nascimento	Gesta:	Para:	Pré-natal:
Tipo Sanguíneo:		Religião:	
Local: Maternidade ()	UTI ()	Motivo:	Outro ()
Endereço:			
Telefone:			
Pessoa significativa:		Telefone	
Obs.:			

2- Identificação do recém-nascido

Nome:		Data de admissão:	Hora:
Procedência:		N° DNV:	
Condições de transporte:			
DN:	Hora:	Sexo:	Tipo de parto:
Apgar 1º minuto:	Apgar 5º minuto:	Idade Gestacional:	Tipagem Sanguínea:
Obs.:			

3- Dados Antropométricos

Peso:	Estatura:	PC:	PT:	Pa:
-------	-----------	-----	-----	-----

4- Motivo do Internamento

5- Necessidades Humanas Básicas / Exame Físico					
T incubadora °C	T axilar °C	P bpm	FC bpm	FR irpm	PA mmHg

Necessidade de Abrigo					
<ul style="list-style-type: none"> Incubadora aquecida () berço aquecido () 					
Obs.:					
Necessidade de regulação térmica					
<ul style="list-style-type: none"> Hipotermia () hipertermia () normotermia () 					
Obs.:					
Necessidade de Oxigenação					
<ul style="list-style-type: none"> Ausculta respiratória MV+ s/ RA AHT - normais () MV+ c/RA HTD () H.TE () roncos () Sibilos () estertores () MV↓ () HT _____ MV ausente () _____ Tipo de respiração espontânea: artificial () eupnéico () dispnéico () apnéico () pausa respiratória () taquipnéico () taquidispnéico () bradipnéico () BAN () Tiragem subcostal () Tiragem intercostal () Tiragem esternal () Respiração irregular () Respiração periódica () Gemido expiratório () Cianose () Sangramento () onde? _____. Suplementação de O₂ não () sim () Qual modalidade? cateter nasal () _____ l/min CPAP nasal () FiO₂ _____ Halo () FiO₂ _____ outros () _____ Aspiração de Secreções: não () sim () Onde? Vias aéreas superiores () características _____ Vias aéreas inferiores () características: _____ 					
Obs.:					
Necessidade de Hidratação					
<ul style="list-style-type: none"> Rede venosa preservada () prejudicada () perfusão sanguínea: venosa preservada () prejudicada () Aceso venoso: não () sim () periférico () central () Local _____ Presença de sinais flogísticos () Quais? _____ Ausculta cardíaca: BCNF () BC hiperfonéticas () BC hipofonéticas () normocardico () taquicárdico () bradicárdico () Ritmo cardíaco regular () irregular () regular () Perdas insensíveis: fototerapia () hipertermia () taquipnéia () Fontanelas: bregmática normotensa () características: deprimida () abaulada () Lambdóide () ausente () presente. Características _____ Saliva () características _____ Drenagem de SOG () características e quantidade _____ Elasticidade da pele: _____ 					
Obs.:					
Necessidade de Nutrição					
<ul style="list-style-type: none"> Dieta: não () sim () Como? via oral () via enteral () via parenteral () SOG () gastrostomia () Resíduo Gástrico: não () sim () Características e quantidade : _____ Regurgitação: não () sim () Características: _____ Broncoaspiração: não () sim () Características: _____ Tipo de leite: materno ordenhado () materno pasteurizado () leite artificial () Reflexo de sucção: não () sim () Reflexo de deglutição: não () sim () Amamentação: genitora orientada: não () sim () presença de leite suficiente: não () sim () Características do abdome: flácido () globoso () semi-globoso () tenso () dor () presença de ostomias () Qual? _____ Alças intestinais visíveis: não () sim () RH: não () sim () . 					
Obs.:					
Necessidade de integridade cutâneo-mucosa, integridade física e cuidado corporal					

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integridade da pele: íntegra () ruptura () Local e características _____ ▪ Características da pele: lisa () brilhante () grosseira () descamação () palidez () icterícia () Até zona: _____ palidez () pletora () equimose () Onde? _____ verniz caseoso () escoriação () Onde? _____ mília sebácea () lanugem () mancha mongólica () eritema tóxico () hemangioma () Onde? _____ edema () Onde? _____ flebite () Onde? _____ Hiperemia. Onde? _____ petéquias () Onde? _____ ▪ Coto umbilical: () gelatinoso () desidratado () mumificado ▪ Cicatriz umbilical () ▪ Higiene corporal: satisfatória () precária ()
Obs.:
Necessidade de exercício, atividade física, motilidade, sono e repouso
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexos: moro () preensão palmar e plantar () ▪ Atividade: ativo () hipoativo () reativo ao manuseio () reativo ao estímulo doloroso () sedado () ▪ Motilidade: Movimentação e flexão dos membros () movimentos bruscos () hipotonia () tremores () espasticidade () hipertonia () ▪ Expressão facial: tranquilo () inquietação () dor () ▪ Sono e repouso: sono irregular () sono regular () choro () agitação () movimento descoordenado dos membros () vigília ()
Obs.:
Necessidade de Percepção
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexo de piscar os olhos ao estímulo luminoso () ▪ Reage ao som de alta frequência (Ex.: bombas de infusão e ventiladores mecânicos) () ▪ Reage ao som de baixa frequência (Ex.: canções e voz materna) () ▪ Atividade motora: preservada ao manuseio () diminuída () ▪ Choro () ▪ Reflexo de busca ()
Obs.:
Regulação endócrina
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertrofia de grandes lábios () mamas ingurgitadas () pseudomestruação ()
Obs.:
Necessidade de eliminação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminação intestinal: mecônio () fezes de transição () fezes lácteas () sangue () ▪ Diurese: não () sim () características: _____ ▪ Ânus pérvio: sim () não () estimulação retal () ▪ Ostomias: ileostomia () colostomia ()
Obs.:
Necessidade Terapêutica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vínculo mãe-filho: estabelecido () frágil () ▪ Ligação afetiva: incentivada através do toque dos pais () visita dos pais () ▪ Informação: patologia ()
Obs.:
Necessidade de Segurança
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redução do nível de ruído: manuseio cuidadoso da incubadora () atendimento pronto dos alarmes () ▪ Incentivo: som da voz materna () toque materno () ▪ Proteção da pele: mínimo uso de fitas/esparadrapos () ▪ Posicionamento: posição fetal () ▪ Procedimentos dolorosos: toque () sucção não-nutritiva ()
Obs.:
Necessidade de amor e aceitação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serenidade () irritabilidade () choro () ▪ Manifestações de carências afetivas () Quais? _____ ▪ Respeito a autonomia dos pais: informação e esclarecimento sobre: ambiente () rotina () normas ()
Obs.:

Necessidade de comunicação
▪ Expressão facial () Choro () franzir da testa () Sorriso ()
Obs.:
Necessidade de atenção
▪ Estimular nos pais os sentimentos de amor, carinho, acolhimento e delicadeza ()
Obs.:
Necessidades Psicoespirituais dos pais
▪ Religião: católica () evangélica () Testemunha de Jeová () Outra () especificar _____
▪ Batismo: pais expressão o desejo do batismo sim () não ()
Obs.:

ANOTAÇÕES SUPLEMENTARES DA ENFERMEIRA

João Pessoa, ____ de ____ de _____

Enfermeira / COREN

6.3 Terceira fase: Validação do conteúdo

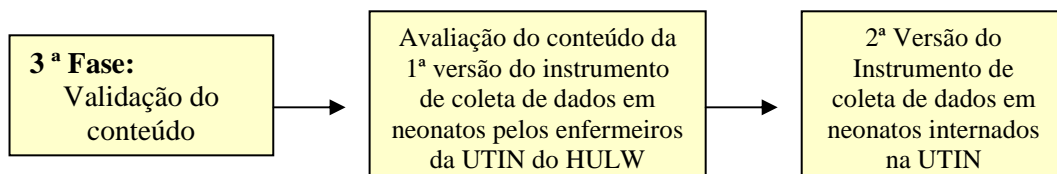


Fig. 4: Etapas da terceira fase da pesquisa.

Após a elaboração da primeira versão do instrumento de coleta de dados em neonatos internados em UTIN, iniciamos a terceira fase - validação do conteúdo - que corresponde ao momento em que as enfermeiras da UTIN do HULW, população deste momento da pesquisa, foram convidadas (APÊNDICE D) a avaliarem o instrumento, propondo sugestões quanto ao conteúdo e forma de apresentação (APÊNDICE F). Para tanto, foi explicado como o mesmo deveria ser preenchido através de uma carta de esclarecimento (APÊNDICE E).

O objetivo desta fase da pesquisa é a validação do conteúdo do instrumento de coleta de dados. Nesse momento, todas as enfermeiras dessa unidade aceitaram participar dessa fase da pesquisa.

O instrumento para a validação do conteúdo foi composto de 23 itens, sendo todos aprovados com um percentual maior que 50%. Contudo, constatamos que as enfermeiras realizaram sugestões em nove itens, sendo estes: identificação materna, identificação do recém-nascido, necessidades humanas básicas/Exame físico, necessidade de oxigenação, necessidade de hidratação, necessidade de nutrição, necessidade de integridade cutâneo mucosa, integridade física e cuidado corporal, necessidade de percepção, necessidade de regulação endócrina e necessidade de eliminação.

Dos 23 itens analisados pelos enfermeiros quatorze foram aprovados por 100% da população, sendo estes: forma de apresentação; dados antropométricos; motivo de internamento; necessidade de abrigo; necessidade de regulação térmica; necessidade de hidratação; necessidade de exercício, atividade física, motilidade, sono e repouso; necessidade de terapêutica; necessidade de segurança; necessidade de amor e aceitação; necessidade de comunicação; necessidade de atenção, necessidades psicoespirituais dos pais; e anotações suplementares da enfermeira.

A partir deste momento, comentaremos as sugestões das enfermeiras, que foram restritas a nove itens do instrumento de validação.

Com relação a identificação materna, 42,9% da população, correspondendo a três enfermeiras, realizaram sugestões neste item, sendo elas: adicionar o nome do pai (28,6%); acrescentar profissão e escolaridade do pai e da mãe (14,3); acrescentar dados referentes a doenças durante a gestação atual da mãe, bem como de anteriores (28,6%); acrescentar o item aborto (42,9%); acrescentar número de nascidos vivos (14,3%), número de natimortos e abortos (14,3%), bem como dados referentes ao uso de álcool, drogas e medicações durante a gravidez (28,6%); acrescentar o número de consultas do pré-natal e história de mal-formações em gestações anteriores (42,9%). Todas as sugestões foram acatadas e incluídas na segunda versão do instrumento, inclusive o título deste item foi modificado para refletir as alterações, resultando em identificação materna e paterna.

Duas enfermeiras (28,6%) também realizaram sugestões correspondendo ao item identificação do recém-nascido. Foram elas: retirar o número da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), correspondendo a 14,3%; retirar a data de nascimento e substituir pela idade (14,3%) e trocar o termo “condições” referente a condições de transporte por “tipo” de transporte (14,3%). Mas, compreendemos que, apesar de não ser a enfermeira da UTIN quem

preenche a DNV, este dado é importante e propicia agilidade durante uma necessidade, como, facilitando o preenchimento da declaração de óbito (DO), uma vez que a enfermeira da UTIN não necessitará desprender tempo, telefonando para outro setor ou hospital para tentar conseguir essa informação. No que diz respeito a retirar a data de nascimento e substituí-lo pela idade, acreditamos que a data de nascimento é um dado fundamental para avaliação do recém-nascido, inclusive é utilizado como um direcionador para condutas, como avaliação do fundo de olho (prevenção de retinopatias), fracionamento de medicamentos, avaliação da icterícia, além de ser uma informação que constará em todos os documentos da criança. Com relação à terceira sugestão, a de trocar o termo “condições” por “tipo” de transporte, também não foi aceita uma vez que acreditamos que, ao descrever as condições de transporte do recém-nascido, o tipo de transporte encontra-se incluído, sendo o termo “condições” mais amplo, referindo-se não apenas ao tipo de transporte, se em incubadora aquecida, ou nos braços de um profissional, uma vez que relata como a criança chegou à unidade, desde suas condições clínicas, aos dispositivos venosos utilizados, forma correta de aquecimento e o tipo de transporte.

No item necessidades humanas básicas/exame físico, foi sugerido por 14,3% da população, acrescentar o termo saturação de oxigênio, o que foi aceito e já adicionado à segunda versão do instrumento de coleta de dados.

Com relação à necessidade de oxigenação, 42,9% das enfermeiras realizaram sugestões, entre elas, o acréscimo de um espaço para a colocação da modalidade da ventilação artificial (14,3%) e a retirada do item cateter nasal (42,9%); ambas foram aceitas e modificadas na nova versão do instrumento. Além dessas, outras sugestões foram realizadas, tais como, o acréscimo do termo “creptos” (14,3%), porém o mesmo já se encontrava contemplado no instrumento quando nos referimos a estertores, pois, segundo Manuila, A., Manuila, L. e Nicoulin (1997) estertores são ruídos anormais percebidos na ausculta pulmonar devido à passagem do ar pelas vias brônquicas estreitadas, ou contendo secreção mais ou menos espessa, ou ao nível de uma caverna pulmonar, e os estertores podem ser úmidos (bolhosos) ou creptantes. Ao mais, uma enfermeira (14,3%) solicitou adotar apenas um dos termos a seguir: dispnéia, taquipnéia ou taquidispnéia, argumentando que esses termos são interligados e não existem isoladamente, porém não será possível, pois nenhum deles é sinônimo, cada termo representa algo diferente. Vejamos a definição destes termos: dispnéia consiste na dificuldade no ato de respirar acompanhada de uma sensação de opressão e de incômodo; taquipnéia é a aceleração da frequência respiratória e a taquidispnéia é a junção dos dois termos citados anteriormente, havendo uma dificuldade respiratória concomitante

com a aceleração da frequência respiratória (MANUILA, A.; MANUILA, L.; NICOULIN, 1997).

A alteração proposta por uma enfermeira (14,3%) para a necessidade nutricional relacionada à substituição do termo “visíveis”, no item alças intestinais visíveis, pelo termo “delimitada”, foi considerada pertinente e adequada, sendo aceita e incorporada ao novo instrumento, uma vez que as alças intestinais não são normalmente visíveis, exceto na vigência de patologias relacionadas ao mal fechamento da parede abdominal, como a gastrosquise.

No item denominado necessidade de integridade cutâneo mucosa, integridade física e cuidado corporal, uma enfermeira (14,3%) sugeriu acrescentar, no subitem referente ao coto umbilical, presença de sinais flogísticos, hiperemia e de odor fétido, as quais foram acatadas e adicionadas à nova versão do instrumento.

Com relação à necessidade de percepção, 14,3% da população, propuseram retirar o subitem “choro”, uma vez que o mesmo já está presente em outra necessidade; essa sugestão foi aceita, e, portanto, este item foi retirado desta necessidade para não haver duplicidade de registro dessa informação.

Na necessidade de regulação endócrina, uma enfermeira sugeriu retirar esse item, alegando que as alterações desse sistema são pouco frequentes e que a enfermagem possui um campo de atuação pequeno com relação a essas alterações, porém optamos por manter esse item, acreditando que a vigência dessas alterações pode suscitar nos genitores sentimentos de angústia, além do fato de que durante a realização do exame clínico completo, não podemos menosprezar nenhum sinal e sintoma que o neonato possa apresentar.

Foi na necessidade de eliminação que foi sugerida a última modificação. No item diurese, foi solicitado, por 14,3% das enfermeiras, acrescentar se a mesma é realizada espontaneamente ou através de cateterismo vesical. Essa sugestão foi acatada e acrescentada na segunda versão do instrumento de coleta de dados para os recém-nascidos internados na UTIN do HULW.

Após todos esses ajustes, teremos a seguir a segunda versão do instrumento acima citado.



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY-UFPB

UTI – NEONATAL
Histórico de Enfermagem



1- Dados de identificação materna e paterna

DADOS MATERNOS	
Nome da mãe:	
Data nascimento	Escolaridade: Profissão::
Dados obstétricos:	
Pré- natal: não () sim () Quantas consultas? _____ Onde? _____	
Gesta: _____ Para: _____ Natimorto: não () sim () Quantos? _____ Quando? _____	
Aborto: não () sim () Quantos? _____ Quando? _____	
Filho com mal-formação: não () sim () Qual? _____	
Uso de drogas: não () sim () Qual? _____	
Uso de álcool: não () sim ()	
Uso de medicações durante a gestação: não () sim () Qual? _____	
Doenças nesta última gestação: _____	
Doenças de gestações anteriores: _____	
Tipo Sanguíneo:	Religião:
Local: Maternidade () UTI () Motivo:	Outro ()
Endereço:	
Telefone:	
Pessoa significativa:	Telefone
Obs.:	
DADOS PATERNOS	
Nome do pai:	
Escolaridade:	Profissão:
Obs.:	

2- Identificação do recém-nascido

Nome:	Data de admissão:	Hora:	
Procedência:	N° DNV:		
Condições de transporte:			
DN:	Hora:	Sexo:	Tipo de parto:
Apgar 1° minuto:	Apgar 5° minuto:	Idade Gestacional:	Tipagem Sanguínea:
Obs.:			

3- Dados Antropométricos

Peso:	Estatura:	PC:	PT:	Pa:
-------	-----------	-----	-----	-----

4- Motivo do Internamento

5- Necessidades Humanas Básicas / Exame Físico

T inc	°C	T	°C	P	bpm	FC	bpm	FR	irpm	Sat O2	PA	mmHg
-------	----	---	----	---	-----	----	-----	----	------	--------	----	------

Necessidade de Abrigo

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incubadora aquecida () berço aquecido ()
Obs.:

Necessidade de regulação térmica

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotermia () hipertermia () normotermia ()
Obs.:
Necessidade de Oxigenação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausculta respiratória MV+ s/ RA AHT - normais () MV+ c/RA HTD () H.TE () roncos () Sibilos () estertores () MV↓ () HT_____ MV ausente () _____
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de respiração espontânea () artificial () Modalidade: _____ eupnéico () dispnéico () apnéico () pausa respiratória () taquipnéico () taquidispnéico () bradipnéico () BAN () Tiragem subcostal () Tiragem intercostal () Tiragem esternal () Respiração irregular () Respiração periódica () Gemido expiratório () Cianose () Sangramento () onde? _____.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementação de O₂ não () sim () Qual modalidade? CPAP nasal () FiO₂ _____ Halo () FiO₂ _____ outros () _____
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspiração de Secreções: não () sim () Onde? Vias aéreas superiores () características _____ Vias aéreas inferiores () características: _____
Obs.:
Necessidade de Hidratação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rede venosa preservada () prejudicada () perfusão sangüínea: venosa preservada () prejudicada () Aceso venoso: não () sim () periférico () central () Local _____ Presença de sinais flogísticos () Quais? _____ ▪ Ausculta cardíaca BCNF () BC hiperfonéticas () BC hipofonéticas () normocárdico () taquicárdico () bradicárdico () ▪ Ritmo cardíaco regular () irregular () regular () ▪ Perdas insensíveis: fototerapia () hipertermia () taquipnéia () ▪ Fontanelas: bregmática normotensa () características: deprimida () abaulada () Lambdóide () presente. () ausente Obs.: _____ ▪ Saliva () características _____ drenagem de SOG () características _____ ▪ Elasticidade da pele: _____
Obs.:
Necessidade de Nutrição
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta: não () sim () Como? Via oral () via enteral () via parenteral () SOG () gastrostomia () ▪ Resíduo Gástrico: não () sim () Características: _____ ▪ Regurgitação: não () sim () Características: _____ ▪ Broncoaspiração: não () sim () Características: _____ ▪ Tipo de leite: materno ordenhado () materno pasteurizado () leite artificial () ▪ Reflexo de sucção: não () sim () Reflexo de deglutição: não () sim () ▪ Amamentação: genitora orientada: não () sim () presença de leite suficiente: não () sim () ▪ Características do abdome: flácido () globoso () semi-globoso () tenso () dor () presença de ostomias () Qual? _____ Alças intestinais delimitadas: não () sim () RH: não () sim () .
Obs.:
Necessidade de integridade cutâneo-mucosa, integridade física e cuidado corporal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integridade da pele: íntegra () ruptura () Local e características _____ ▪ Características da pele: lisa () brilhante () grosseira () descamação () palidez () icterícia () Até zona: _____ palidez () pletora () equimose () Onde? _____ verniz caseoso () escoriação () Onde? _____ milium sebáceo () lanugem () mancha mongólica () eritema tóxico () hemangioma () Onde? _____ edema () Onde? _____ flebite () Onde? _____ Hiperemia. Onde? _____ petéquias () Onde? _____ ▪ Coto umbilical: gelatinoso () desidratação () mumificado () sinais flogísticos () Quais? _____ Cicatriz umbilical () ▪ Higiene corporal: satisfatória () precária ()
Obs.:
Necessidade de exercício, atividade física, motilidade, sono e repouso

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexos: moro () preensão palmar e plantar () ▪ Atividade: ativo () hipoativo () reativo ao manuseio () reativo ao estímulo doloroso () sedado () ▪ Motilidade: Movimentação e flexão dos membros () movimentos bruscos () hipotonia () tremores () espasticidade () hipertonia () ▪ Expressão facial: tranqüilo () inquietação () dor () ▪ Sono e repouso: sono irregular () sono regular () choro () agitação () movimento descoordenado dos membros () vigília ()
Obs.:
Necessidade de Percepção
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexo de piscar os olhos ao estímulo luminoso () ▪ Reage ao som de alta frequência (Ex.: bombas de infusão e ventiladores mecânicos) () ▪ Reage ao som de baixa frequência (Ex.: canções e voz materna) () ▪ Atividade motora: preservada ao manuseio () diminuída () ▪ Reflexo de busca ()
Obs.:
Necessidade de regulação endócrina
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertrofia de grandes lábios () mamas ingurgitadas () pseudomestruação ()
Obs.:
Necessidade de eliminação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminação intestinal: mecônio () fezes de transição () fezes lácteas () sangue () ▪ Diurese: não () sim () características: _____ ▪ Ânus pérvio: sim () não () estimulação retal () ▪ Ostomias: ileostomia () colostomia ()
Obs.:
Necessidade Terapêutica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vínculo mãe-filho: estabelecido () frágil () ▪ Ligação afetiva: incentivada através do toque dos pais () visita dos pais () ▪ Informação: patologia ()
Obs.:
Necessidade de Segurança
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redução do nível de ruído: manuseio cuidadoso da incubadora () atendimento pronto dos alarmes () ▪ Incentivo: som da voz materna () toque materno () ▪ Proteção da pele: mínimo uso de fitas/esparadrapos () ▪ Posicionamento: posição fetal () ▪ Procedimentos dolorosos: toque () sucção não-nutritiva ()
Obs.:
Necessidade de amor e aceitação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serenidade () irritabilidade () choro () ▪ Manifestações de carências afetivas () Quais? _____ ▪ Respeito a autonomia dos pais: informação e esclarecimento sobre: ambiente () rotina () normas ()
Obs.:
Necessidade de comunicação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expressão facial () Choro () franzir da testa () Sorriso ()
Obs.:
Necessidade de atenção
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular nos pais os sentimentos de amor, carinho, acolhimento e delicadeza ()
Obs.:
Necessidades Psicoespirituais dos pais
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Religião: católica () evangélica () Testemunha de Jeová () Outra () especificar _____ ▪ Batismo: pais expressão o desejo do batismo sim () não ()
Obs.:

João Pessoa, ____ de ____ de _____

Enfermeira / COREN

6.4 Quarta fase: Operacionalização do instrumento

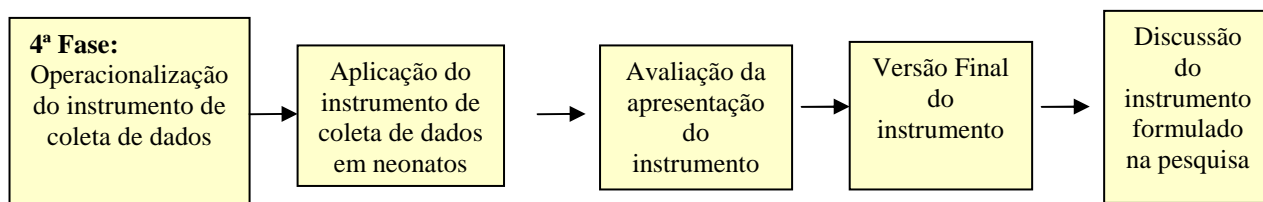


Fig. 5: Etapas da quarta fase da pesquisa.

Nessa etapa, denominada - operacionalização do instrumento - foi entregue às enfermeiras assistenciais a versão do instrumento anteriormente elaborada para verificar a viabilidade de operacionalização do mesmo por meio da aplicação em recém-nascidos internados na UTIN, bem como para proceder uma avaliação (APÊNDICE I) da forma de apresentação do instrumento e formular sugestões, anotar dificuldades quanto a sua utilização, visando ao melhoramento do mesmo e construção de um instrumento viável.

Nesse momento do estudo, a população foi constituída pelas enfermeiras da UTIN e recém-nascidos internados no setor citado anteriormente. Os dados foram coletados após autorização das enfermeiras (APÊNDICE G) e dos pais (APÊNDICE H).

Uma vez elaborada a versão final do instrumento, foi construído um guia instrucional com base na consulta de literatura científica pertinente ao recém-nascido como forma de direcionar as observações na coleta de dados, facilitando a compreensão e identificação de sinais e sintomas, proporcionando dados para intervenções adequadas e melhoria na qualidade da assistência de enfermagem.

Vale ressaltar que foi respeitada a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000) que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, portanto os pais dos recém-nascidos, bem como os profissionais que foram convidados a participar desse estudo, foram esclarecidos sobre a pesquisa conforme explicitado no Apêndice G e H.

Essa etapa da pesquisa teve início no dia 15/08 e término do dia 10/09 do corrente ano. Nesse período, foi possível aplicar a 2ª versão do instrumento em apenas seis neonatos devido às características específicas de uma UTIN do HULW, como longa permanência dos pacientes e uma pequena quantidade de leitos disponíveis (cinco leitos), além do fato de que alguns recém-nascidos internados na unidade em estudo serem procedentes de outros municípios e também de outros serviços e, nesses casos, nem sempre possuímos um responsável presente para autorizar a inclusão do RN neste estudo.

Durante o período da coleta de dados, houve oito admissões na UTIN do HULW, porém destas uma foi referente a um paciente procedente de outro município, e outra foi procedente de outro serviço de João Pessoa; em ambos os casos não tivemos acesso aos pais ou responsáveis pelos recém-nascidos, sendo esses excluídos de nossa amostra.

Diante dessas informações, obtivemos um total de seis instrumentos de coleta de dados preenchidos e avaliados; não obtivemos nenhuma recusa por parte das sete enfermeiras da unidade, porém uma delas não teve a oportunidade de aplicar o histórico de enfermagem; as demais seis enfermeiras, cada uma aplicou um instrumento e seguiu com sua avaliação.

Para a avaliação da operacionalidade do instrumento de coleta de dados, foi solicitado às enfermeiras, após seu aceite em participar da pesquisa, que inicialmente solicitasse aos pais ou responsáveis pelos recém-nascidos internados na UTIN a autorização da inclusão do RN na pesquisa, em caso de aceite proceder com o preenchimento do histórico de enfermagem, construído anteriormente com a participação de todas as enfermeiras desta unidade, observando o tempo de coleta dos dados, forma de apresentação do instrumento, dúvidas e dificuldades encontradas no preenchimento, bem como sugestões, conforme explicitado no apêndice I.

Com relação ao tempo de preenchimento, as enfermeiras relataram um tempo médio de vinte minutos, porém alguns dados de identificação materna e paterna ficaram em aberto para serem preenchidos posteriormente com a presença de um dos pais, uma vez que, quando o recém-nascido chega à unidade, geralmente chega sozinho, desacompanhado dos genitores ou familiares, devido a vários motivos, tais como, parto cirúrgico, recém-nascido transferido de outro serviço de saúde ou de outro município.

Com relação à forma de apresentação do instrumento, nenhuma sugestão para modificação foi relatada, tendo um aceite de 100% das enfermeiras.

No terceiro item da avaliação, referente às dúvidas e dificuldades encontradas no preenchimento, só foi relatada por uma enfermeira (16,7%) a dificuldade nas anotações de alguns dados maternos e paternos, mas, como já explicado, alguns desses dados serão preenchidos posteriormente com a presença dos pais, portanto resolvemos não retirá-los por considerar esses dados importantes para subsidiar pesquisas posteriores.

No quarto item da avaliação, não tivemos nenhuma observação, representando um aceite por 100% da população.

Após esse momento, realizamos uma análise da segunda versão do instrumento para coleta de dados, e realizamos algumas alterações que visam torná-lo ainda mais compreensível, completo e sem repetições desnecessárias.

No primeiro item do instrumento, denominado de dados maternos e paternos, havia um subitem denominado “uso de drogas” e um outro denominado “uso de álcool”. Para facilitar a compreensão desse item, resolvemos reescrevê-lo de forma mais clara, sendo então, os subitens citados anteriormente alterados respectivamente para “uso de drogas durante a gestação”, e “uso de álcool durante a gestação”. Neste mesmo tópico, no subitem “local”, que se refere à localização da genitora, foi modificado para “Local onde está a genitora” e acrescentamos a informação se os pais vivem ou não juntos.

Na necessidade de nutrição acrescentamos o registro da quantidade do resíduo gástrico (RG), pois só havia a solicitação de registro das características do mesmo. Enquanto que, no subitem necessidade de integridade cutâneo-mucosa, integridade física e cuidado corporal, há um subitem relacionado à localização da icterícia, retiramos uma palavra, onde lia-se “Até zona”, foi modificado para “Zona”.

Em relação à necessidade de exercício e atividade física, acrescentamos alguns reflexos presentes no neonato, uma vez que constituem informações importantes no processo de avaliação neurológica do RN, os mesmos estarão presentes na versão final do instrumento de coleta de dados a que se propõe esse estudo.

Os reflexos acrescentados foram: Babinski, que consiste em tocar na parte externa da região plantar do pé, no sentido superior, a partir do calcanhar e através do arco do pé, fazendo com que os dedos sofram hiperextensão, e o polegar, dorsiflexão. Tal reflexo desaparece após um ano de idade; o reflexo tônico assimétrico do pescoço, o qual podemos verificar quando a cabeça da criança é virada para um lado, então o braço e a perna daquele lado sofrem extensão, e o braço e a perna opostos flexionam-se. Esse reflexo desaparece em

torno de 3-4 meses, sendo substituído pelo posicionamento simétrico de ambos os lados do corpo; o reflexo da marcha que podemos observar quando a criança é segurada de modo que a sola dos pés toque em uma superfície rígida; então ocorre a flexão e a extensão recíprocas da perna, assemelhando-se a uma deambulação, desaparecendo após 3-4 semanas de idade, sendo substituído pelo movimento deliberado (WONG, 1999).

Nas necessidades de eliminação, havia outros dados importantes na avaliação geniturinária dos neonatos, que não haviam sido contemplados inicialmente, tais como, a localização do meato urinário (epispádia, hipospádia) e defeitos geniturinários (fimose, hidrocele, hérnia inguinal), os quais devem ser pesquisados durante a realização do exame físico. Portanto, essas informações foram acrescentadas na versão final do instrumento de coleta de dados.

O meato urinário, nos neonatos do sexo masculino, deve estar localizado na extremidade do pênis, porém, se o mesmo estiver localizado na superfície dorsal do pênis, dá-se o nome de epispádia. Quando o meato urinário está localizado atrás da glândula peniana ou em qualquer ponto ao longo da superfície ventral do corpo do pênis, denomina-se hipospádia. Além desses defeitos relacionados ao meato urinário, existem outros defeitos genitorinário que podemos encontrar nos RN do sexo masculino, tais como fimose (estreitamento ou estenose da abertura prepucial), hidrocele (presença de líquido no escroto) e a hérnia inguinal (protusão do conteúdo abdominal através do canal inguinal do escroto), esses são os principais defeitos externos no trato genitorinário no RN do sexo masculino (WONG, 1999).



Com relação a genitália feminina, ao nascimento normalmente, os pequenos lábios, os grandes lábios e o clitóris encontram-se edemaciados, especialmente após o nascimento com apresentação de nádegas. Geralmente, o meato urinário, em um neonato do sexo feminino, encontra-se localizado atrás do clitóris. Durante a primeira semana de vida, pode haver uma secreção vaginal com características de uma pseudomenstruação resultante de uma redução repentina dos hormônios maternos e, em geral, desaparece em torno de dois a quatro semanas (WONG, 1999).

Outra modificação ocorreu no item necessidade de amor e aceitação, do qual foi retirado o subitem choro para evitar duplicidade de registro de uma mesma informação, uma vez que o mesmo também está localizado na necessidade de comunicação, onde melhor se encaixa.

Também percebemos, após uma releitura das necessidades psicoespirituais dos pais, que faltava um subitem que abordasse a necessidade de conforto espiritual dos pais, pois a fé

não está condicionada a uma religião. Portanto, o conforto espiritual foi adicionamos na versão final do instrumento.

Após a avaliação de todos os itens do instrumento de coleta de dados, com relação à forma da apresentação e conteúdo, testagem da operacionalidade e viabilidade, apresentamos a seguir a versão final do instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na UTIN do HULW.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY-UFPB</p>	<p align="center">UTI – NEONATAL</p> <p align="center">Histórico de Enfermagem</p> 
---	--

1- Dados de identificação materna e paterno

DADOS MATERNOS			
Nome da mãe:			
Data nascimento	Escolaridade:	Profissão::	
Dados obstétricos:			
Pré- natal: não () sim () Quantas consultas? _____ Onde? _____			
Gesta: _____ Para: _____ Natimorto: não () sim () Quantos? _____			
Aborto: não () sim () Quantos? _____ Quando? _____			
Filho com mal-formação: não () sim () Qual? _____			
Uso de drogas durante a gestação: não () sim () Qual? _____			
Uso de álcool durante a gestação: não () sim ()			
Uso de medicações durante a gestação: não () sim () Qual? _____			
Doenças nesta última gestação: _____			
Doenças de gestações anteriores: _____			
Tipo Sanguíneo:		Religião:	
Local onde está a genitora: Maternidade ()		UTI ()	Motivo: _____
Pai e mãe vivem juntos: sim () não ()		Outro ()	
Endereço:			
Telefone:			
Pessoa significativa:		Telefone	
Obs.:			
DADOS PATERNOS			
Nome do pai:			
Escolaridade:		Profissão:	
Obs.:			

2- Identificação do recém-nascido

Nome:	Data de admissão:	Hora:	
Procedência:	N° DNV:		
Condições de transporte:			
DN:	Hora:	Sexo:	Tipo de parto:
Apgar 1° minuto:	Apgar 5° minuto:	Idade Gestacional:	Tipagem Sanguínea:
Obs.:			

3- Dados Antropométricos

Peso:	Estatura:	PC:	PT:	Pa:
-------	-----------	-----	-----	-----

4- Motivo do Internamento

5- Necessidades Humanas Básicas / Exame Físico						
T incubadora °C	T axilar °C	P bpm	FC Bpm	FR irpm	Sat O ₂	PA mmHg

Necessidade de Abrigo						
<ul style="list-style-type: none"> Incubadora aquecida () berço aquecido () 						
Obs.:						
Necessidade de regulação térmica						
<ul style="list-style-type: none"> Hipotermia () hipertermia () normotermia () 						
Obs.:						
Necessidade de Oxigenação						
<ul style="list-style-type: none"> Ausculta respiratória MV+ s/ RA AHT - normais () MV+ c/RA HTD () HTE () roncos () Sibilos () estertores () MV↓ () HT _____ MV ausente () onde? _____ Tipo de respiração espontânea () artificial () Modalidade: _____ eupnéico () dispnéico () apnéico () pausa respiratória () taquipnéico () taquidispnéico () bradipnéico () BAN () Tiragem subcostal () Tiragem intercostal () Tiragem esternal () Respiração irregular () Respiração periódica () Gemido expiratório () Cianose () Sangramento () onde? _____ Suplementação de O₂ não () sim () Qual modalidade? CPAP nasal () FiO₂ _____ Halo () FiO₂ _____ outros () _____ Aspiração de Secreções: não () sim () Onde? _____ Vias aéreas superiores () características _____ Vias aéreas inferiores () características: _____ 						
Obs.:						
Necessidade de Hidratação						
<ul style="list-style-type: none"> Rede venosa preservada () prejudicada () perfusão sanguínea: venosa preservada () prejudicada () Aceso venoso: não () sim () periférico () central () Local _____ Presença de sinais flogísticos () Quais? _____ Ausculta cardíaca BCNF () BC hiperfonéticas () BC hipofonéticas () normocárdico () taquicárdico () bradicárdico () Ritmo cardíaco: regular () irregular () Perdas insensíveis: fototerapia () hipertermia () taquipnéia () Fontanelas: bregmática normotensa () características: deprimida () abaulada () Lambdóide () presente. () ausente Obs.: _____ Saliva () características _____ Drenagem de SOG () características e quantidade _____ Elasticidade da pele: _____ 						
Obs.:						
Necessidade de Nutrição						
<ul style="list-style-type: none"> Dieta: não () sim () Como? via oral () via enteral () via parenteral () SOG () gastrostomia () Tipo de leite: materno ordenhado () materno pasteurizado () leite artificial () Resíduo Gástrico: não () sim () Características e quantidade _____ Regurgitação: não () sim () Características: _____ Broncoaspiração: não () sim () Características: _____ Reflexo de sucção: não () sim () Reflexo de deglutição: não () sim () Amamentação: genitora orientada: não () sim () presença de leite suficiente: não () sim () Características do abdome: flácido () globoso () semi-globoso () tenso () dor () presença de ostomias () Qual? _____ Alças intestinais delimitadas: não () sim () RH: não () sim () 						
Obs.:						
Necessidade de integridade cutâneo-mucosa, integridade física e cuidado corporal						

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integridade da pele: íntegra () ruptura () Local e características _____ ▪ Características da pele: lisa () brilhante () grosseira () descamação () palidez () icterícia () zona: _____ palidez () pletora () equimose () Onde? _____ verniz caseoso () escoriação () Onde? _____ mília sebácea () lanugem () mancha mongólica () eritema tóxico () hemangioma () Onde? _____ edema () Onde? _____ flebite () Onde? _____ Hiperemia. Onde? _____ petéquias () Onde? _____ ▪ Coto umbilical: gelatinoso () desidratação () mumificado () sinais flogísticos () Quais? _____ Cicatriz umbilical () ▪ Higiene corporal: satisfatória () precária ()
Obs.:
Necessidade de exercício, atividade física, motilidade, sono e repouso
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexos: Moro () preensão palmar e plantar () Babinski () marcha () tônico assimétrico do pescoço () ▪ Atividade: ativo () hipotivo () reativo ao manuseio () reativo ao estímulo doloroso () sedado () ▪ Motilidade: Movimentação e flexão dos membros () movimentos bruscos () hipotonia () tremores () espasticidade () hipertonia () ▪ Expressão facial: tranqüilo () inquietação () dor () ▪ Sono e repouso: sono irregular () sono regular () choro () agitação () movimento descoordenado dos membros () vigília ()
Obs.:
Necessidade de Percepção
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexo de piscar os olhos ao estímulo luminoso () ▪ Reage ao som de alta frequência (Ex.: bombas de infusão e ventiladores mecânicos) () ▪ Reage ao som de baixa frequência (Ex.: canções e voz materna) () ▪ Atividade motora: preservada ao manuseio () diminuída () ▪ Reflexo de busca ()
Obs.:
Necessidade de regulação endócrina
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertrofia de grandes lábios () mamas ingurgitadas () pseudomestruação ()
Obs.:
Necessidade de eliminação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminação intestinal: mecônio () fezes de transição () fezes lácteas () sangue () ▪ Diurese: não () sim () características: _____ ▪ Ânus pérvio: sim () não () estimulação retal () ▪ Ostomias: ileostomia () colostomia () ▪ Sexo masculino: Epispádia () hipospádia () fimose () hidrocele () hérnia inguinal () ▪ Sexo feminino: pequenos e grandes lábios edemaciados ()
Obs.:
Necessidade Terapêutica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vínculo mãe-filho: estabelecido () frágil () ▪ Ligação afetiva: incentivada através do toque dos pais () visita dos pais () ▪ Informação: patologia ()
Obs.:
Necessidade de Segurança
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redução do nível de ruído: manuseio cuidadoso da incubadora () atendimento pronto dos alarmes () ▪ Incentivo: som da voz materna () toque materno () ▪ Posicionamento: posição fetal () ▪ Procedimentos dolorosos: toque () sucção não-nutritiva ()
Obs.:
Necessidade de amor e aceitação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serenidade () irritabilidade () ▪ Manifestações de carências afetivas () Quais? _____ ▪ Respeito a autonomia dos pais: informação e esclarecimento sobre: ambiente () rotina () normas ()
Obs.:

Necessidade de comunicação
▪ Expressão facial () Choro () franzir da testa () Sorriso ()
Obs.:
Necessidade de atenção
▪ Os pais demonstram sentimentos de amor, carinho, acolhimento e delicadeza ()
Obs.:
Necessidades Psicoespirituais dos pais
▪ Religião: católica () evangélica () Testemunha de Jeová () Outra () especificar _____
▪ Batismo: pais expressam o desejo do batismo sim () não ()
▪ Necessidade de conforto espiritual: sim () não ()
Obs.:

ANOTAÇÕES SUPLEMENTARES DA ENFERMEIRA

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Enfermeira / COREN

Após a formulação final do instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na UTIN do HULW, discutiremos a seguir os dados encontrados nesta pesquisa, visando ressaltar a importância do registro desses dados, facilitar o preenchimento do instrumento, bem como uniformizar a compreensão dos indicadores que compõem o Histórico de Enfermagem.

6.4.1 Discussão do instrumento de coleta de dados formulado na pesquisa

A aplicação do histórico de enfermagem (HE), como instrumento de coleta de dados, constitui a primeira etapa para a implementação da SAE, permitindo à enfermeira obter informações específicas sobre o paciente, visando facilitar o seu processo de trabalho, uma vez que constitui um meio de detecção das necessidades latentes, e permite realizar um planejamento da assistência direcionado para minimizar ou solucionar os problemas identificados.

Por meio do HE, a enfermeira também conhece mais profundamente o neonato em seus aspectos físicos, fisiológicos e comportamentais, permitindo compreendê-lo de uma forma mais ampla, inserido em um contexto familiar. Esse Instrumento foi construído segundo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e foi composto por: 1) Dados de identificação materna e paterna; 2) Identificação do recém-nascido; 3) Dados antropométricos; 4) Motivo do internamento; 5) Necessidades Humanas Básicas / Exame Físico (contemplando as necessidades psicobiológicas, psicossociais do RN e as necessidades psicoespirituais dos pais). Podemos identificar as necessidades de abrigo, de regulação térmica, de oxigenação, de hidratação, de nutrição, de integridade cutânea-mucosa, integridade física e cuidado corporal; necessidades de exercício, atividade física, motilidade, sono e repouso; necessidade de percepção, de regulação endócrina, de eliminação; necessidade de terapêutica, de segurança, de amor e aceitação, de comunicação, de atenção e necessidade psicoespirituais dos pais, uma vez que o RN não possui essa necessidade latente devido a sua faixa etária. Logo abaixo de cada item, existe um espaço para possíveis observações da enfermeira, algo que necessite ser registrado e que não tenha sido contemplado nos itens existentes no instrumento.

Por meio da entrevista e do exame físico, técnicas utilizadas no preenchimento do histórico de enfermagem, a enfermeira possui a oportunidade de realizar seu julgamento clínico, empregando as técnicas básicas de inspeção, palpação, percussão, ausculta e mensuração. A seqüência da realização do exame deverá ser definida pela enfermeira, apenas recomendamos que os procedimentos dolorosos sejam os últimos a serem realizados.

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO MATERNA E PATERNA

Constitui a primeira parte do histórico de enfermagem, devendo ser registrado de forma legível o nome completo da mãe, sua data de nascimento, escolaridade e profissão. Os dados obstétricos dizem respeito à realização ou não de pré-natal; caso tenha realizado pré-natal, quantas consultas foram feitas durante a gestação e onde foram realizadas. Registrar também a quantidade de gestações até o momento: quantos partos, se houve ou não algum natimorto, se já tem algum filho com mal-formação, em caso positivo, informar qual a mal-formação. Registrar se fez uso de drogas, de álcool e medicamentos durante a gestação; em caso de resposta afirmativa, especificar qual a droga, álcool ou medicamento. Indagar a genitora sobre doenças na última gestação e em gestações anteriores. Informar tipo sanguíneo materno, onde a genitora se encontra no momento, se na maternidade ou na UTI do serviço (HULW), ou ainda se essa genitora se encontra em outro lugar; neste último caso, especificar

o mesmo. Anotar o endereço completo com um número de telefone para contato e solicitar o nome e o número telefônico de uma pessoa significativa para ela. Com relação aos dados paternos, os mesmos se restringem ao nome completo, escolaridade e profissão.

2 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Nesse momento, deve ser informado o nome do recém-nascido, caso o mesmo já tenha sido registrado; caso contrário, repetir o nome da genitora. Registrar a data e hora da admissão, sua procedência, o número da Declaração de Nascidos Vivos; este último, se estiver disponível. Relatar detalhadamente as condições de transporte (se em incubadora aquecida, berço comum, nos braços de um profissional, se chegou com oxigenoterapia ou não, com ou sem acesso venoso, quais profissionais acompanharam a criança, havia presença ou não de hipotermia e demais informações que julgar importantes). Além desses dados, registrar a data e hora do nascimento, sexo do neonato, tipo de parto (cirúrgico ou eutócito), apgar no 1º e 5º minutos, idade gestacional e tipo sanguíneo.

3 DADOS ANTROPOMÉTRICOS

A enfermeira, ao admitir a criança, deverá verificar o peso (pesar a criança em balança de braços, de tamanho apropriado, previamente desinfetada com álcool a 70%, que mede pesos com precisão de 10g, e retirar toda roupa da criança (fralda, ataduras, tudo que possa influenciar no peso e realizar a aferição); estatura (deitar a criança em uma superfície plana, encostar a cabeça na parte fixa da régua antropométrica, esticar os membros inferiores, colocar as próprias mãos sobre os joelhos e encostar a parte móvel da régua na planta dos pés, realizar a leitura, e acomodar a criança); o perímetro cefálico (posicionar a criança em decúbito dorsal, colocar uma fita métrica ao redor do osso frontal, logo acima dos supercílios, passando pela parte mais saliente do occipital, ler a medida que se apresenta no encontro das duas partes da fita e registrar o procedimento); o perímetro torácico (posicionar a criança em decúbito dorsal, colocar a fita métrica em volta do tórax, passando sobre os mamilos e realizar a leitura) e o perímetro abdominal (posicionar a criança em decúbito dorsal, passar a fita métrica ao redor do abdome da criança sobre a cicatriz umbilical ou coto umbilical. A medida é dada pelo valor ao encontro das duas partes da fita) (WONG; 1999; COLLET; OLIVEIRA, 2002).

4 MOTIVO DE INTERNAMENTO

Registrar detalhadamente os motivos e os sinais e sintomas apresentados no momento do internamento. A enfermeira, uma vez conhecendo esses dados, direcionará seus cuidados às necessidades criticamente afetadas que deflagraram o internamento do RN na UTIN.

5 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS /EXAME FÍSICO

A criança será avaliada dentro das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, sendo estas últimas reservadas aos pais, devido às características da faixa etária do paciente. Devemos coletar os dados a partir de uma visão ampliada das necessidades humanas, entendendo o neonato como um ser inserido em um contexto social familiar; portanto, os pais deverão ser sempre inseridos no processo de coleta de dados.

Inicialmente recomendamos verificar os sinais vitais os quais permitem a avaliação de parâmetros respiratórios (a frequência respiratória deverá ser contada em um minuto devido à respiração irregular do neonato; saturação de oxigênio); cardiovasculares (o pulso, a frequência cardíaca, em sua avaliação quantitativa, deverão ser avaliados em um minuto completo; verificação da pressão arterial em neonatos hemodinamicamente instáveis que estejam fazendo uso de drogas vasoativas) e térmicos (registrar temperatura da incubadora ou berço aquecido, bem como a temperatura axilar do neonato).

5.1 Necessidade de abrigo

Neste momento, registrar se a criança se encontra em incubadora aquecida ou berço aquecido, as duas modalidades de acomodação disponíveis na UTIN do HULW.

5.2 Necessidade de regulação térmica

Para avaliação dessa necessidade, o profissional verificará a temperatura axilar cuja técnica consiste em erguer o braço da criança e colocar o termômetro, segurar o braço e ombro durante três a cinco minutos, para manter o termômetro em contato com a pele; após esse tempo, retirá-lo e registrar o valor presente na coluna de mercúrio (COLLET; OLIVEIRA, 2002). Após a verificação, avaliar se a criança está hipotérmica (temperatura axilar inferior a 36,5°C), normotérmica (36,5° a 37,5°) ou febril (temperatura corpórea acima de 37,5°C) (MELO; SILVEIRA, 1997).

5.3 Necessidade de oxigenação

A avaliação do sistema respiratório em neonatos internados em uma UTIN é de suma importância, uma vez que grande parte das admissões desses pacientes nesta unidade se dá por uma alteração na capacidade de manter uma ventilação pulmonar eficaz, necessitando de auxílio da ventilação mecânica em suas diversas modalidades.

A enfermeira deverá proceder a ausculta respiratória, identificando assimetrias entre os hemitórax, sons adventícios, tais como, roncos (que correspondem a um estertor seco), sibilos (estertores de tonalidade aguda, lembrando o sopro de um vento), estertores (respiração ruidosa que lembra o roncar), todo ruído anormal percebido na ausculta dos pulmões, devido à passagem de ar pelas vias brônquicas estreitadas) (MANUILA. A; MANUILA. L.; NICOULIN, 1997). Observar também se há diminuição dos sons respiratórios ou se os mesmos estão ausentes.

Registrar o tipo de respiração, ou seja, se é espontânea (sem uso de aparelhos ventilatórios) ou artificial. Avaliar se o mesmo encontra-se eupnéico (ausência de dificuldade respiratória e frequência respiratória dentro dos limites da normalidade, frequência respiratória normal para RN é de trinta a sessenta incursões respiratórias por minuto), porém, durante o primeiro período de reatividade (seis a oito horas de vida), a frequência pode alcançar oitenta incursões/minuto; dispnéico (neste caso, há a presença de dificuldade respiratória, evidente por batimentos de asas de nariz, tiragem intercostal, tiragem subcostal, tiragem esternal, dentre outros), apnéico (ausência de incursões respiratórias por mais de vinte segundos), pausa respiratória (ausência de incursões respiratórias por até vinte segundos), registrar se a respiração é irregular, se há presença de respiração periódica (períodos de respiração regular com duração de vinte segundos seguido por períodos de pausa respiratória inferiores a dez segundos, ocorrendo em pelo menos três vezes consecutivas), presença de gemido expiratório, se há cianose, presença de sangramento (em vias aéreas superiores ou vias aéreas inferiores), taquidispnéico (quando há aumento da frequência respiratória acompanhado de dificuldade respiratória) e taquipnéico (quando há aumento da frequência respiratória) (NETTINA, 1998; WONG, 1999).

É importante conhecer se o neonato faz uso de suplementação de oxigênio e, se positivo, qual a modalidade, CPAP nasal, Halo ou outro. Relatar a presença de secreção e realização de aspiração seja em vias aéreas superiores ou inferiores (MANUILA. A.; MANUILA, L.; NICOULIN, 1997).

5.4 Necessidade de Hidratação

Os sinais, no neonato, que indicam que essa necessidade está afetada incluem a elasticidade da pele, depressão da fontanela bregmática e saliva espessa ou ausente. Com relação à necessidade de hidratação, abordaremos neste item o aparelho cardiovascular, uma vez que a hidratação no neonato se dá por via parenteral; a via oral destina-se ao oferecimento de dieta, não é a via indicada para reposição hídrica no RN devido à capacidade gástrica reduzida. Por esse motivo, também abordaremos neste tópico a rede venosa e acesso venoso, além da ausculta cardíaca e avaliação da frequência cardíaca.

A enfermeira deve realizar a inspeção da rede venosa, observando se a mesma se encontra prejudicada ou preservada, se há ou não presença de acesso venoso, se o mesmo é periférico ou central e se há presença de sinais flogísticos no mesmo. Observar também a perfusão sanguínea, se está preservada ou prejudicada. Durante a ausculta cardíaca, observar a fonética das bulhas e a frequência cardíaca (FC); no neonato, é considerada normal a FC entre 130 a 160 bpm. Em relação ao peso, no recém-nascido a termo pode haver uma perda de até 10% do peso ao nascer, e no recém-nascido prematuro essa perda pode chegar a 15%, devido a uma maior perda insensível (perda de líquidos que ocorre através da pele e da respiração) de água nesses neonatos. Nos recém-nascidos pré-termo extremo, a desidratação ocorre com maior frequência do que nos neonatos a termo devido a grande perda insensível de água através de fototerapia, taquipnéia, hipertermia, além da possibilidade de perdas para o terceiro espaço nos casos de peritonite e septicemia, das perdas pela drenagem gástrica por sondas, uso de diuréticos e doenças cirúrgicas (ARAÚJO, 2004). Portanto, a observação frequente faz-se necessária. A fontanela é um parâmetro que deve ser avaliado nos neonatos, tanto a bregmática, quanto a lambdóide, devendo ser medidas e avaliadas quanto à tensão (normotensas, deprimidas ou abauladas). A saliva é outro parâmetro indicador do estado de hidratação do neonato, portanto mucosa oral seca deve ser vigiada. A elasticidade da pele também é um indicador importante para avaliar a necessidade de hidratação, devendo verificar-se se a elasticidade está normal ou diminuída; quando está diminuída dizemos que há a presença da prega cutânea.

5.5 Necessidade de Nutrição

A abordagem da nutrição é primordial no neonato gravemente enfermo, pois deverá alimentar-se o mais precocemente possível, visando evitar outros problemas de saúde. A dieta pode ser administrada por via enteral (instalando-se uma sonda orogástrica -SOG, até que o RN se adapte à vida extra-uterina); parenteral (em recém-nascidos agudamente enfermos); por

via oral (RN estáveis) ou até mesmo através do seio materno, tendo sempre cuidado com o decúbito que deve ser elevado durante e após a administração da dieta visando evitar regurgitação e, uma possível broncoaspiração da dieta (WONG, 1999). Àqueles que são alimentados através de SOG, a enfermeira deverá verificar o resíduo gástrico antes de administrar a dieta e registrar a quantidade e a característica do mesmo. Se houver regurgitação ou broncoaspiração, deverá ser relatado. O tipo de leite é outro fator importante no restabelecimento do neonato, portanto deverá ser incentivado o aleitamento materno, sendo avaliado no recém-nascido o reflexo de sucção e de deglutição, e características do abdome.

5.6 Necessidade de integridade cutâneo-mucosa, integridade física e cuidado corporal

Nesse item, serão avaliados a pele, o coto umbilical e a higiene corporal do recém-nascido. Portanto, registrar se a pele do neonato está íntegra ou não, se houver ruptura do tecido epitelial informar o local e características. A pele do neonato está relacionada com a idade gestacional: neonatos prematuros possuem a pele lisa, brilhante e muito frágil, ao contrário de neonatos pós-termo que apresentam a pele ressecada, áspera e descamativa. Outros achados que podemos encontrar são icterícia (pele e olhos amarelados devido a degradação da bilirrubina após 24 horas do nascimento. Se a icterícia é detectada no nascimento, essa icterícia é patológica), palidez, pletora (pele bem avermelhada), equimose, vernix caseoso (material branco, gorduroso e pegajoso que recobre o RN, principalmente a partir da 36ª semana gestacional, principalmente as dobras, ele é rico em substâncias nutritivas), mancha mongólica (área azul-esverdeada, localizada no dorso e nas regiões glútea e lombossacra, podendo ser disseminada. Traduz a imaturidade da pele na migração dos melanócitos, os quais estão relacionados aos fatores raciais), eritema tóxico (aparece geralmente nos primeiros dias de vida e constitui-se de lesões eritemopapulosas esparsas que regredem espontaneamente; trata-se de uma reação alérgica ao ambiente), lanugem (pêlos finos que cobrem o corpo; encontrados principalmente nos prematuros; caem em poucos dias), hemangioma, edema (nos prematuros o edema é duro e localizado nos membros inferiores e região genital; regredindo em alguns dias), flebite, hiperemia, petéquias. Todas as anormalidades encontradas deverão ser registradas, bem como sua localização. Com relação ao coto umbilical, podemos encontrá-lo gelatinoso, em desidratação ou mumificado, com ou sem presença de sinais flogísticos. Na ausência do coto umbilical, avaliaremos a cicatriz umbilical. Ao mesmo tempo, a higiene corporal deverá ser avaliada concomitante com a avaliação da pele (WONG, 1999).

5.7 Necessidade de exercício, atividade física, motilidade, sono e repouso.

A avaliação da atividade física do neonato e da motilidade deverá envolver uma abordagem dos reflexos neonatais, tais como, o de moro (normalmente quando fazemos um ruído forte ou movimentamos bruscos, a criança joga os braços e as pernas para frente, abre os dedos em leque. Desaparece por volta dos três ou quatro meses de idade), o de preensão palmar e plantar (o recém-nascido fecha os dedos das mãos e dos pés ao encostar um objeto) e o de sucção (faz-se estímulo, colocando o dedo na boca do RN; o mesmo deverá sugá-lo. Persiste por toda infância, mesmo sem estímulo, quando está dormindo) (WONG, 1999). Com relação à atividade, a mesma poderá sofrer influência de sedativos, porém podemos classificar o neonato em ativo (quando possuir movimentação espontânea freqüente) hipoativo (quando se movimenta esporadicamente), reativo ao manuseio, reativo ao estímulo doloroso. Com relação a motilidade dos membros, podemos avaliar se há movimentação e flexão dos membros, movimentos bruscos, hipotonia, tremores, espasticidade ou hipertonia.

A expressão facial revela se o neonato se encontra tranqüilo, inquieto ou com dor. Outro fator a ser avaliado é o sono e repouso do neonato, que poderá ter um sono regular, irregular, quando o choro, a agitação, o movimento descoordenado dos membros podem influenciar negativamente nessa necessidade básica para organização do sistema nervoso do neonato; além disso, devemos observar se o mesmo se encontra em vigília.

5.8 Necessidade de Percepção

A enfermeira nesse momento deverá observar se o neonato pisca os olhos ao estímulo luminoso, se reage ao som de alta freqüência (como bomba de infusão), se reage ao som de baixa freqüência (como a voz materna), ao mesmo tempo observar a atividade motora e o reflexo de busca; para tanto, a profissional de enfermagem deverá desenvolver ou aprimorar sua capacidade de percepção e de observação sistemática.

5.9 Necessidade de regulação endócrina

Deverá ser observada a presença de hipertrofia dos grandes lábios e pseudomestruação nos neonatos de sexo feminino e mamas ingurgitadas nos recém-nascidos de ambos os sexos.

5.10 Necessidade de eliminação

A avaliação das eliminações fisiológicas é realizada neste item, porém há algumas peculiaridades a que a enfermeira necessita estar atenta para poder realizar um julgamento

clínico detalhado, como a diferenciação da evacuação do recém-nascido de acordo com as horas de vida.

A primeira evacuação do neonato denomina-se de **mecônio**, e é composta por líquido amniótico, secreções intestinais, células descamativas e possivelmente sangue (sangue materno ingerido ou sangramento mínimo de vasos do trato alimentar), possui uma coloração escura, quase preta, pegajosa. A eliminação do mecônio deve ocorrer dentro das primeiras 24-48 horas. A seguir, apresentará as **fezes de transição**, geralmente após o terceiro dia após o início da alimentação, verde-acastanhada e amarelo-acastanhada e menos viscosa que o mecônio. Em torno do quarto dia, apresentará as **fezes lácteas**; se o RN mama, as fezes são amareladas e pastosas na consistência, se não mama as fezes são amarelo pálido a castanho claro e apresentam consistência mais firme (WONG, 1999). A presença de sangue deverá ser investigada. Caso o recém-nascido não apresente evacuação nas primeiras 24 horas de vida (eliminação do mecônio), deverá ser verificado se o ânus está pérvio ou não e pode ser realizada uma estimulação retal. Alguns neonatos cirurgiados podem estar com ileostomias ou colostomias, e, se presentes, devem ser registradas com suas características.

Com relação à diurese, a primeira micção deverá ocorrer nas primeiras 24 horas, sendo que a bexiga esvazia voluntariamente quando apresenta um volume de 15 ml.

Com relação ao meato urinário, nos meninos o mesmo deverá estar localizado na extremidade do pênis, mas alguns defeitos geniturinários podem estar presentes e modificar essa localização. Quando o meato urinário estiver localizado na superfície dorsal do pênis, dá-se o nome de epispádia; quando o meato urinário está localizado atrás da glândula peniana ou em qualquer ponto ao longo da superfície ventral do corpo do pênis, denomina-se hipospádia. Outros defeitos genitorinário também podem estar presentes no neonato do sexo masculino, tais como, fimose (estreitamento ou estenose da abertura prepucial), hidrocele (presença de líquido no escroto) e a hérnia inguinal (protusão do conteúdo abdominal através do canal inguinal do escroto). Esses são os principais defeitos externos no trato genitorinário no RN do sexo masculino (WONG, 1999).

Com relação à genitália feminina, ao nascimento, normalmente os pequenos lábios, os grandes lábios e o clitóris encontram-se edemaciados. Quanto ao meato urinário, o mesmo se encontra localizado atrás do clitóris (WONG, 1999).

5.11 Necessidade Terapêutica

Nesse momento, deverá ser observado o vínculo mãe-filho, se há alguma dificuldade na interação com o neonato. A enfermeira utilizará de sua sensibilidade para perceber a causa, se houver algum comprometimento no pleno estabelecimento dessa interação mãe-filho, estendendo-se ao genitor. Ao mesmo tempo, esta profissional poderá estar atuando no sentido de aumentar a ligação afetiva, retirando dúvidas e proporcionando a oportunidade de aproximação dos pais com o neonato através do toque e, a depender do estado clínico do recém-nascido, auxiliar na realização do método canguru. A enfermeira deverá apoiar a genitora e auxiliá-la na aproximação do filho, a fim de estabelecer, manter e fortalecer o vínculo mãe-filho, além de ser um agente importante no processo de esclarecimento de possíveis dúvidas, inclusive com relação à patologia do RN.

5.12 Necessidade de Segurança

A necessidade de segurança do neonato abrange tanto a esfera física (cuidado com a pele, através da utilização mínima de esparadrapos e fitas adesivas) quanto a esfera emocional, pois o neonato necessita de redução do nível de ruídos, incentivo do som materno, acolhimento (toque) ou mesmo de sucção não nutritiva durante os procedimentos dolorosos, até um posicionamento que lhe confira segurança como o posicionamento fetal. Portanto, o registro desses dados nos proporciona uma visão mais ampla de como essa necessidade está sendo atendida.

5.13 Necessidade de amor e aceitação

A enfermeira verificará o comportamento do neonato, quanto às suas necessidades de amor, portanto a serenidade, a irritabilidade e o choro (sem estar associado a fatores biológicos, como fome e dor) são manifestações de satisfação ou não dessa necessidade. Algumas vezes, manifesta carências afetivas, como choro constante e alívio ao ser embalado nos braços ou afagado. Os pais são importantíssimos parceiros na resolutividade dessas necessidades, assim o profissional de enfermagem deve respeitar sua autonomia, valorizando suas informações e fornecendo esclarecimentos sobre o ambiente, as normas e rotinas do serviço, bem como esclarecer dúvidas sobre a patologia de seu filho.

5.14 Necessidade de comunicação

O neonato não possui desenvolvida a comunicação verbal, entretanto pode expressar-se e ser compreendido através da expressão facial, do choro, do sorriso e do franzir da testa.

Essas expressões devem ser observadas e registradas a fim de se identificarem os fatores que causam desconforto ao RN. Após essa identificação, solucionar o problema.

5.15 Necessidade de atenção

A família constitui o primeiro vínculo social do neonato, e necessitamos fortalecer esse laço de amor, carinho, acolhimento e delicadeza entre o RN e a família. Os pais deverão ser incentivados a demonstrar seu afeto para com o recém-nascido, o que facilitará inclusive a recuperação de sua saúde. Para tanto, os pais também precisam ser cuidados para que se sintam fortalecidos e estejam instrumentalizados a participar dos cuidados ao bebê, sentindo-se, assim, co-participes no processo terapêutico.

5.16 Necessidades psicoespirituais dos pais

Essa é uma necessidade latente dos pais e não dos neonatos. Para melhor assistir essa família e compreendê-la mais amplamente, necessitamos saber se possui ou não uma religião, e se professam alguma fé. A enfermeira deverá registrar a religião dos pais e verificar se os mesmos estão carentes de conforto espiritual.

6 ANOTAÇÕES SUPLEMENTARES DA ENFERMEIRA

Esse local é reservado para anotação de resultado de exames laboratoriais, exames complementares, alergias medicamentosas, medicamentos em uso, bem como o registro de alguma informação julgada importante pela enfermeira e que não tenha sido contemplada no corpo do instrumento de coleta de dados.

O HE deve ser realizado no momento da admissão ou em até 48 horas após a admissão, quando as necessidades humanas básicas afetadas ainda estão evidentes. É relevante ressaltar que, ao cuidar de um neonato, não estamos nos aproximando de um único ser, mas de um núcleo social chamado família e é nesta perspectiva (a de inclusão familiar) que devemos realizar o nosso cuidado, de forma que este venha a romper com os limites físicos de uma incubadora e estender-se à cadeira ao lado.

Após seu preenchimento, a enfermeira que procedeu ao exame físico e a entrevista deverá registrar a data e hora, bem como assinar e registrar o número de seu Conselho Regional de Enfermagem – COREN.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma necessidade latente na prática diária dos profissionais dessa área, consiste em um método de trabalho que permite uma maior visibilidade e organização das ações de enfermagem.

Considerando que o neonato gravemente enfermo possui peculiaridades que o diferenciam de outros clientes, é que nos propomos a realizar esse estudo visando contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem neonatológica na UTIN do HULW, fornecendo subsídios para que o SAE comece a ser uma realidade neste serviço.

A clientela da UTIN possui particularidades que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde que exercem suas atividades profissionais no referido setor. Entendemos que cuidar do RN se encontra intrinsecamente relacionado à família e temos a percepção de que a terapêutica só será eficaz se conseguirmos envolver os pais no processo de hospitalização, valorizando o vínculo entre o binômio família-neonato.

A realização deste estudo proporcionou o resgate de conhecimentos teóricos relacionados ao recém-nascido e sua relação com a família, proporcionando uma visão ampliada de suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, bem como do referencial teórico adotado neste estudo que foi proposto por Horta.

A elaboração desta pesquisa foi um processo longo, complexo e desafiador. Composto por várias fases, cada qual com uma finalidade, mas todas direcionadas para responder aos objetivos propostos.

Como se trata de um estudo metodológico, a coleta e análise dos dados foi realizada em etapas: a primeira etapa constituiu o momento de identificação dos indicadores empíricos em neonato; a segunda etapa da pesquisa, intitulada estruturação do instrumento de coleta de dados em neonatos, na qual os indicadores identificadores na etapa anterior foram avaliados pelas enfermeiras da UTIN do HULW, e aqueles que apresentaram uma concordância igual ou maior a 50%, foram inseridos na primeira versão do instrumento para coleta de dados; após, teve início a terceira etapa denominada: Validação do Conteúdo, através da qual as enfermeiras da UTIN puderam avaliar a forma de apresentação, conteúdo, realizar acréscimos ou retirada de itens e, finalmente, chegamos à quarta fase do estudo intitulada: Operacionalização do instrumento de coleta de dados, na qual tivemos a participação das enfermeiras e dos neonatos, uma vez que o instrumento de coleta de dados foi aplicado em RN admitidos no setor da pesquisa.

Na construção do instrumento, tivemos a preocupação de torná-lo prático, conciso e o mais completo possível. Caminhamos, buscando essas características e acreditamos que a construção do mesmo respondeu satisfatoriamente ao que se propôs, porém, e diante da complexidade das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais do binômio família-neonato, sugerimos a realização de pesquisas posteriores que possam focar mais profundamente os aspectos psicossociais e psicoespirituais desse binômio, para o que recomendamos a implementação de uma consulta de enfermagem aos pais de neonatos recém-admitidos na UTIN do HULW.

Considerando os objetivos iniciais deste estudo, podemos perceber que todos foram alcançados, culminando na formulação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na UTIN do HULW, tendo o mesmo sido validado pelas enfermeiras da UTIN e, posteriormente, verificada a sua operacionalidade, sendo considerado viável por essas profissionais.

No decorrer deste estudo, encontramos algumas adversidades. A quantidade restrita de leitos da UTIN do HULW (apenas cinco leitos), bem como o tempo prolongado de internação dos neonatos (impedindo que novas admissões fossem realizadas) foram fatores que inviabilizaram a aplicação do instrumento de coleta de dados formulado em um número maior de bebês. Porém, esses fatores não comprometeram a veracidade dos resultados encontrados uma vez que o objetivo foi construir um instrumento para coleta de dados em recém-nascidos especificamente internados na UTIN do HULW, e sua validação envolveu todas as enfermeiras, com exceção da pesquisadora, da unidade referida.

Acreditamos que este instrumento não seja a versão definitiva, pois a sua utilização diária na assistência de enfermagem na UTIN pode suscitar ajustes com exclusão ou inclusão de itens de avaliação não percebidos até o momento. Mas, entendemos que a sua aplicação trará para a enfermagem da UTIN o estímulo para desenvolver novas pesquisas, inclusive as fases subsequentes da SAE, e uma melhor qualidade do cuidado aos recém-nascidos que necessitem deste serviço.

Esperamos que esse instrumento de coleta de dados, produto final desta pesquisa, seja aceito e viabilizado pela instituição através de medidas administrativas adequadas.

Com relação à equipe de enfermeiras da UTIN, ressaltamos nossa admiração, pois em todas as fases contribuíram sobremaneira para a construção do instrumento (foi solicitada a colaboração de todas e, em nenhum momento, houve recusa, ou seja, 100% das profissionais participaram deste estudo) evidenciando o compromisso profissional por um cuidado cada vez mais qualificado, individualizado, o desejo de aperfeiçoar e atualizar seu conhecimento,

enfim, percebemos que o trabalho na UTIN é desenvolvido por uma equipe que busca um único objetivo: cuidar com qualidade e responsabilidade. Esperamos que a SAE, em todas as suas fases, em breve seja implementada neste setor.

Encerramos este trabalho, certas de que o grande desafio não termina por aqui. Este é apenas um começo, o primeiro passo de um caminho longo, mas gratificante, e que cada passo dado será uma vitória, não nossa, mas de toda a categoria profissional da Enfermagem e, mais ainda, será a conquista de um direito adquirido pela clientela que possa ser beneficiada com os cuidados intensivos da UTIN do HULW.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE. R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- ALMEIDA, C. B.; OLIVEIRA, M. M. C.; ARAÚJO, L. A.; GALVÃO, M. T. G. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. **Rev. Esc. Enf. da USP**, v. 39, n. 4, p. 6-10, 2005.
- ANDRIOLA, Y. M.; OLIVEIRA, B. R. G. A influência da música na recuperação do recém-nascido prematuro na UTI neonatal. **Revista Nursing**, v. 99, n. 8, Agosto, 2006.
- ANGERAMI, E. M. S. O que é diagnóstico de enfermagem? In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 1. São Paulo, 1991. **Anais**. São Paulo: IDPC/EPM, 1994. p. 62.
- ARAÚJO, B. F, BOZZETTI M. C. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 6, 2000.
- ARAÚJO, C. A. Equilíbrio hidroeletrólítico. In: ALVES, J. G. B.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. **Pediatria – IMIP**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004, p. 272-276.
- ARAÚJO, M. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 18-27, 1996.
- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- AVERY, G. B. **Neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 643.
- BARROS, A. L. B. L. e col. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BATISTA, M. F. Introdução á nutrição. In: ALVES, J.G.B.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. **Pediatria – IMIP**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004, p. 79.
- BELLI, M. A. J.; SILVA, I. A. A constatação do filho real: representações maternas sobre o filho internado na UTI Neonatal. **Rev. Enfermagem UERJ**. v. 10, n.3, p. 165-170, set./out., 2002.
- BENEDET, S. A.; BUB, B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação de diagnósticos da NANDA**. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.
- BIAGGIO, A. M. B. **Psicologia do desenvolvimento**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- BOWBLY. J. **Apego e perda**. 3. ed. São Paulo: Globo, 1951.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 3. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1995.

BOWLBY, J. **Uma base segura: aplicações, clínica da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRAGA, T. D. A. Assistência ao Recém-nascido em sala de parto. In: ALVES, J.G.B.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. **Pediatria – IMIP**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004, p. 235-257.

BRASIL. Lei n.º 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun. 1986. Seção 1, p. 9273-9275.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Informações em saúde. **Coefficiente de mortalidade infantil por ano segundo regiões da federação Brasil**. 2006. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/mortinf/mib.htm>>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1970/GM de 25 de outubro de 2001**. Aprova o Manual de Acreditação Hospitalar. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1970.htm>> Acesso em: 25 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEPE, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Método mãe-canguru: manual do curso**. Brasília (DF); 2002. (Série A: normas e manuais técnicos; n.145).

_____. **Parto, Aborto e Puerpério**. Assistência Humanizada à Saúde. Ministério da Saúde, FEBRASCOS e ABENFO. Brasília, 2003.

BUARQUE, V.; LIMA, M. C.; SCOTT, R. P.; VASCONCELOS, M. G. 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.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 22. ed. São Paulo: Cultrix, 2001. p. 23.

CARRARO, E. T.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org) **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: A&B, 2001, p. 17-27.

CARVALHO, W. B.; PEDREIRA, M. L. G.; AGUIAR, M. A. L. de. Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 28 Set 2006.

CIANCIARULLO, T. I. O histórico de enfermagem: subsídios para sua introdução no hospital. **Rev. Esc. Enf. USP.** v.10, n.2, p. 219-229. 1975.

CIANCIARULLO, T. I. **Sistema de assistência de enfermagem:** evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p. 15.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. **Manual de enfermagem em pediatria.** Goiânia: Editora AB, 2002.

CONANDA. CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **Resolução nº 41/1995.** Disponível em: <[HTTP://ufrgs.br/bioetica/conanda.htm](http://ufrgs.br/bioetica/conanda.htm)>. Acesso em 06 de novembro de 2007.

CONCEIÇÃO, J. A. Higiene Física. In: MARCONDES, E. **Pediatria Básica.** 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1992. p.121-125.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- COFEN. **Resolução nº 272/2002.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro, 2002.

CROSSETTI, M. G. O. Algumas reflexões sobre o diagnóstico de enfermagem e os elementos do processo de trabalho. **Texto e Contexto enf.,** Florianópolis, v 4, n. 1, p. 150-159. jan./jun., 1995.

CUNHA, E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem no Hospital Sírio Libanês. **Enfoque.** São Paulo, v. 17, n.3, p. 76-78, 1989.

CUNHA, G. M. W.; VILARIM, J. N. A.; BRAGA, T. D. A. Ictérica neonatal. In: ALVES, J. G. B.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. **Pediatria – IMIP.** 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004, p. 276-290.

DENSER, C. P. A. C. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência:** da visão a ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

DIAS, L. P. M. A influência da obra de Wanda Horta na Enfermagem brasileira. **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo, v.22, n 6, 1988.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISSLER, A. C. **Planos de cuidado de Enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

DU GAS, B. W. **Tratado de Enfermagem Prática.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

FENANDES, R. M. F. **O sono normal.** Medicina. (Ribeirão Preto). v. 39, n. 2, p. 157-168, 2006.

FERRAZ, M. A.; CHAVES, R. L. Bebês prematuros: aspectos emocionais envolvidos. **Pediatria Moderna,** v.32, n.7, p. 784-90, 1996.

FERREIRA, N. M. L. A. Sistematização da Assistência de enfermagem: importância para a profissão e responsabilidade no preparo do enfermeiro. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.3, n.3, p.79-84, 1990.

GAIVA, M. A. M. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 61-66, jan./abr., 2006.

GAIVA, M. A. M; FERRIANI, M. G. C. Prematuridade: vivências de crianças e familiares. **Acta Paul. Enf.**, v.14, n.1, jan./abr., 2001.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 6, nov./dez., 2002.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, 2000, Olinda. **Anais**. Recife: ABEn, 2000. p. 231-243.

GIANINI, Nicole M., VIEIRA, Alan A. e MOREIRA, Maria E. L. Avaliação dos fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**. v. 81, n. 1, p.34-40, jan./fev. 2005.

GRUNAU, R. Long-term consequences of pain in human neonates. In: Anand K, Stevens B, McGrath P. **Pain in Neonates**. Netherlands: Elsevier Science, 2000. p. 55-76

GUTIERREZ, B. A. O; SOARES, A. V. N. ANABUKI, M. H.; NOMURA, F. H. Histórico de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELTEIRO, M. M. ANABUKI, M. H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2002.

GUYTON, A. C. **Fisiologia humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HOOD, G. H.; DINCHER, J. E. **Fundamentos de Enfermagem Prática: atendimento ao paciente completo**. 8. ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 515- 543.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HORTA, W. de A. Contribuição para uma teoria de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano. 23, n. 3-6, p.117-125, jul/dez. 1970.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCH-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2001.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. Assistência aos pais. In: KLAUS, M.H.; FANROFF, A. A. (Org). **Alto risco em neonatologia**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artemed, 2000.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 Set 2006.

LEITE, A. M.; VASCONCELOS, M. G. L.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.6, n.1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 Ago. 2006.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LIMA, G. M. S. Classificação e Exame Físico do Recém-nascido. In: ALVES, J.G.B.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. **Pediatria – IMIP**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004, p. 221-228.

LIMA, H. F.; ROCHA, L. S.; LIMA, M. I.; PINHO, L. M. O. **Experiência de pais no cuidar de RN na UTI-N: passando o meu amor, a minha força e minha energia, ele se recupera mais rápido**. 2004. 98p. Monografia (Graduação) - Universidade Católica de Goiás, Goiás.

LOHR, S. S. Desenvolvimento das habilidades sociais como forma de prevenção. In: GUILHARDI, H. J.; MADI, M. B. B. P.; QUEIROZ, P. P.; SCOZ, M. C. (org). **Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade**. v. 8. São Paulo: ESETEC – Editores Associados, 2001.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. São Paulo: Saraiva, 1997.

MANUILA, A.; MANUILA, L.; NICOULIN, M. **Dicionário Médico Andrei**. 7. ed. São Paulo: ANDREI, 1997.

MARQUES, L. V. P.; CARVALHO, D. V. Sistematização da assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 9, n. 3, p. 199-205, jul./set., 2005.

MATOS, R.; MADEIRA, A. M. F. Mãe adolescente cuidando do filho. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.4, dez., 2000. p. 58.

MELLO, A. M. C. A.; ARRUDA, I. K.G. Aleitamento Materno e alimentação complementar no primeiro ano de vida. In: : ALVES, J.G.B.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. **Pediatria – IMIP**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004. p. 106-109.

MELO, M. J. G.; SILVEIRA, S. M. M. Hipotermia e transporte. In: ALVES, J.G.B.; MIURA, E. **Neonatologia: princípios e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MENDES, I. P. R.; CARVALHO, M.; ALMEIDA, R. T. **Índice de utilização de tecnologias na avaliação dos processos assistenciais de recém-nascidos prematuros**. 2005. 150 p. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma dimensão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo (SP): Hucitec, 1997.

MIURA, E; PROCIANOY, R.S. **Neonatologia: princípios e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MOHANA, J. N. **O mundo e eu**. 7. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1978. p. 32-55.

MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele**. 5. ed. São Paulo: Summe, 1988.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.877-883.

OLIVEIRA, A. M. N.; LOCH, G. M.; LOPES, F. L.; SILVA, L. W. S. A relação de afeto/desafeto em famílias de crianças com comportamento agressivo. **R. de Pesquisa: Cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro, ano 9, n.1, p. 23-30, 2005.

OLIVEIRA, M. E. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.3, n.2, jul-dez., 2001. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>.

OSÓRIO, L. C. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PEREIRA, M. A. **Mobilidade Física Prejudicada em Clientes Hospitalizados e uma Proposta de Intervenções de Enfermagem**. 1997. 115p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa.

PIRES, D. Construir um novo saber de enfermagem: um dos nossos desafios para a virada do século. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 42, 1990. Natal. **Anais**. Natal: ABEn, 1990. p. 69-75.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO, M. L. L. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para o idoso no Programa de Saúde da Família**. 2004. 109p. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: clínica e prática hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.

RAMOS, J. L. A. Âmbito e finalidade da pediatria neonatal. In: ALCANTARA, P.; MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 6.ed. v. 1. São Paulo: Sarvier, 1978. p. 353-354.

REICHERT, A. P. S.; COSTA, S. F. G. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e recém-nascido prematuro na Unidade Neonatal. **Nursing**, v. 4, n. 38, 2002.

RODARTE, M. D. O.; SCOCHI, C. G. S; LEITE, A. M.; FUJINAGA, C. L.; ZAMBERLAN, N. E.; CASTRAL, T. C. 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, jan./fev., 2005.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. - Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/>>

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 85-92, jan./fev., 2006.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. O Processo de Enfermagem em uma unidade de queimados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 9, n. 5, p. 39-46, julho, 2001.

SALES, C. A.; ALVES, N. B.; VRECCHI, M. R.; FERNANDES, J. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. **Rev. Bras. Enferm.** v. 59, n. 1, p. 20-24, jan./fev., 2006.

SALTER, R. B. **Distúrbios e lesões do sistema músculo-esquelético**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1985. p.7-24.

SAMICO, I. S.; SOUZA, M. F. M.; MARINHO, T. M. S.; SOARES, T. S. Crescimento e desenvolvimento na infância e na Adolescência. In: ALVES, J. G. B.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. **Pediatria – IMIP**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004. p.39-57.

SANTANA, L. F. **O cuidar de recém-nascidos graves: a percepção da equipe de enfermagem que atua na unidade de terapia intensiva neonatal**. 2003. 150p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte.

SCHOCHI, C. G S; NOGUEIRA, F. S; PEREIRA, F. L; BRUNHEROTTI, M. R. Programa para pais de bebês de risco: contribuição para formação do aluno de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 55, n. 1, p. 36-43, 2002.

SCOCHI, C. G. S.; KOKUDAY, M. L. P.; RIUL, M. J. S.; ROSSANEZ, L. S. S.; FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Revista. Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 539-543, jul./ago., 2003.

SCOCHI, C. G. S; RIUL, M. J. S.; GARCIA, C. F. D.; BARRADAS, L. S.; PILEGGI, S. O. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paul. Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 9-16, jan./abr., 2001.

SEGRE, M. Considerações sobre o princípio da autonomia. **Medicina**. v. 28, n. 1, p.10-15, 1995.

SILVA, K. L. **Construção e Validação de Instrumento de Coleta de Dados para Crianças de 0-5 anos**. 2004. 124p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SILVA, L. A.; AMORIM, F. S.; HORTA, A. L. M. Proposta de implementação de histórico de enfermagem em unidade de cardiologia pediátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.3, n. 1, p. 25-31, mar., 1990.

SILVEIRA, G. X. Aspectos da assistência de enfermagem nas necessidades de locomoção e mobilidade. **Rev. Enf. Nova dimensões**, São Paulo, v. 2, n.5, p.258-264, nov.,1976.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOARES, N. V.; LUNARDI, V. L. Os direitos do cliente como uma questão ética. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v.55, n.1, p. 64-69, jan./fev., 2002.

STEFANE, I. M. J. Sono na infância. In: SCHMITZ, E. M. (Col.). **Enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000. p. 1-24.

STERN, D. N. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. Impacto do ambiente da UTI neonatal no desenvolvimento neuromotor. In: TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

TARALLI, M. Exame físico do recém-nascido. Exame pediátrico. In: VIEGAS, D.; VILHENA-MORAIS, R. **Neonatologia clínica e cirúrgica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. p. 149-60.

TOLEDO, V. P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem psiquiátrica na reabilitação psicossocial**. 2004. 143p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo da Universidade de São Paulo, São Paulo.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Cuidar e conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 93-101, jan./fev., 2006.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância). **Mortalidade neonatal em cinco maternidades da cidade do Recife, 1996**. Brasília (DF); 2000.

VASCONCELOS, J. M. B. **Diagnósticos de Enfermagem em crianças hospitalizadas**. João Pessoa. 1998. 147p. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 47-57, jan./mar., 2006.

VIRGINIO, N. A. **Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados.** 2003. 142p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica:** elementos essenciais á intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 158-251.

ZIIN, R. G.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v. 11, n.3, p. 326-332, maio-junho, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIRAS DA UTIN DO HULW - VERIFICAÇÃO DOS INDICADORES)

Prezada (o) colega,

Eu, Juliana de Alencar Gouvêa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, na área de Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem, pretendo desenvolver a pesquisa intitulada: **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. Esse estudo têm o objetivo de construir um instrumento para coleta de dados (Histórico de Enfermagem) para recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), fundamentado no Marco Conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; validar o instrumento de coleta de dados elaborado anteriormente com as enfermeiras do setor citado anteriormente; aplicar o instrumento de coleta de dados em recém-nascidos internados na UTIN visando confirmar sua operacionalidade. Portanto, solicito sua colaboração na identificação dos indicadores que você considera importantes durante a avaliação do recém-nascido em suas dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, objetivando construir a primeira versão do instrumento que esta pesquisa se propôs a realizar para recém-nascidos internados na UTIN.

Informo que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar deste estudo em qualquer momento da pesquisa. A critério de esclarecimento, não há riscos previsíveis na realização deste estudo e ressalto, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. A pesquisadora estará a disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo.

Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, declarando, para os devidos fins, que cedo os direitos das informações coletadas

pela pesquisadora, estando ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com a liberdade de retirar o meu consentimento, sem que isso me traga prejuízo.

João Pessoa, ____/____/____.

Enfermeira

Pesquisadora

Endereço:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde

CEP 58059-900 João Pessoa – PB

Telefone (0XX83) -3216-7109

E-mail: gouveajuliana@ig.com.br

APÊNDICE B

CARTA DE ESCLARECIMENTO

Cara colega leia atentamente a definição das principais necessidades humanas básicas encontradas em recém-nascidos e suas manifestações, selecionadas a partir da revisão da literatura científica. Após leitura dos dados explicitados anteriormente, você deverá avaliá-lo. Caso você considere essa manifestação importante na avaliação do neonato, assinale com um “X” a alternativa “**Concordo**”, mas, se você considera essa manifestação dispensável assinale um “X” na alternativa “**Não concordo**”. Por exemplo: na necessidade psicobiológica, temos a necessidade de oxigenação com suas manifestações listadas abaixo; caso você concorde que a taquipnéia, a apnéia, a pausa respiratória e a bradipnéia são manifestações freqüentes e que devem ser avaliadas cuidadosamente nos neonatos internos na UTIN, você fará como o exemplo abaixo, assinando um “X” na coluna da alternativa “**Concordo**”; caso você não concorde, deverá assinalar um “X” na coluna “**Não concordo**”.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS NO RECÉM-NASCIDO		
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	Concordo	Não concordo
Oxigenação: processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxi-redução das atividades vitais (HORTA, 1979).		
1- Taquipnéia	X	
2- Apnéia	X	
3-Pausa respiratória	X	
4- Bradipnéia	X	
Sugestão para acréscimo		
•		
•		

É importante ressaltar que não existe resposta certa ou errada, portanto não deixe de assinalar nenhuma questão. Após cada bloco de necessidade, existe um espaço para você sugerir o acréscimo de alguma manifestação que você compreende como necessária, mas que não está presente no instrumento.

O preenchimento desse instrumento vai requerer de você tempo e reflexão, mas ressalto que a sua contribuição será valiosa na construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na UTIN do HULW, e, conseqüentemente, você estará contribuindo com uma melhor qualidade na assistência de enfermagem dessa

unidade. Após o término do preenchimento deste instrumento, o mesmo deverá ser devolvido à pesquisadora. Agradeço antecipadamente pela sua colaboração.

Atenciosamente,

Juliana de Alencar Gouvêa
Mestranda

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde
CEP 58059-900 João Pessoa – PB
Telefone (0XX83) -3216-7109
E-mail: gouveajuliana@ig.com.br

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DA PESQUISA – Identificando os indicadores das Necessidades Humanas Básicas dos recém-nascidos internados na UTIN do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

1- Prezada colega,

Abaixo estão descritas as principais necessidades humanas básicas dos recém-nascidos encontradas na literatura científica, seguida de sua definição e principais sinais e sintomas. Leia atentamente e marque com um “X” na coluna “**Concordo**” caso você considere esse indicador importante na avaliação do neonato ou marque com um “X” na coluna “**Não concordo**” se você achar esse indicador dispensável.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS NO RECÉM-NASCIDO		
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	Concordo	Não concordo
Oxigenação: processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxi-redução das atividades vitais (HORTA, 1979).		
1- Taquipnéia		
2- Apnéia		
3- Pausa respiratória		
4- Bradipnéia		
5- Batimento de asas de nariz		
6- Murmúrios vesiculares normais		
7- Murmúrios vesiculares diminuídos		
8- Roncos		
9- Sibilos		
10- Estertores		
11- Gemido expiratório		
12- Retração subcostal		
13- Retração intercostal		
14- Respiração irregular		
15- Respiração em gangorra (paradoxal)		
16- Vias aéreas superiores		
17- Vias aéreas inferiores		
18- Sangramento		
19- Aspiração		
20- Ausculta Respiratória		
21- Secreção		
22- cianose		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
•		

Hidratação: é a necessidade de manter um nível de líquidos corporais, compostos principalmente pela água, de forma que haja o favorecimento ao metabolismo corporal (POTTER E PERRY, 2002; BENEDET; BUB, 2001).		
23- Depressão de fontanela bregmática		
24 - Enchimento capilar		
25- Elasticidade da pele		
26- Perdas insensíveis (fototerapia, hipertermia e taquipnéia)		
27- Saliva		
28- Diurese		
29- Drenagem de sonda orogástrica		
30- Hipotensão		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
•		
Nutrição: processo metabólico do organismo para obter alimentos, controlar a digestão e o armazenamento destes para manter a vida do indivíduo (BATISTA, 2004; BENEDET; BUB, 2001; POTTER; PERRY, 2002).		
31- Peso		
32- Leite materno ordenhado		
33- Leite materno pasteurizado		
34- Leite Artificial		
35- Via oral		
36- Via enteral		
37- Via parenteral		
38- Amamentação		
39- Dieta		
40- Regurgitação		
41- Resíduo gástrico		
42- Broncoaspiração		
43- Gastrostomia		
44- Abdome		
45- Sucção		
46- Deglutição		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
Eliminação: Processo metabólico do organismo capaz de eliminar os resíduos metabólicos e substâncias desnecessárias ou excedentes (Potter e Perry, 2002).		
47- Mecônio		
48- Fezes		
49- Ânus		
50- diurese		
51- Sangue		
Sugestão para acréscimo:		
•		

•		
•		
Sono e repouso: Todo o organismo humano precisa de um período de repouso absoluto, seja da mente como do corpo, com o objetivo de proporcionar uma reorganização psíquica e funcional do sistema nervoso, conseqüentemente atuando em outras funções corporais pela diminuição do metabolismo, visando restaurar tais funções (STEFANE, 2000; BENEDET; BUB, 2001).		
52- Sono regular		
53- Sono irregular		
54- Choro		
55- Agitação		
56- Raiva		
57- Movimentação descoordenada dos movimentos		
58- Vigília		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
Exercício e atividade física: consiste no mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias por meio do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares (BENEDET E BUB, 2001).		
59- Reflexo moro		
60- Reflexo preensão palmar e plantar		
61- Reflexo de sucção		
62- Hipoativo		
63- Ativo		
64- Reativo ao manuseio		
65- Reativo ao estímulo doloroso		
66- Sedado		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
Motilidade: é “a capacidade de movimentar os segmentos corporais, visando atender suas necessidades básicas” (HORTA, 1979).		
67- Expressão facial		
68- Movimentação e flexão dos membros		
69- Flacidez muscular		
70- Hipotonia		
71- Tremores		
72- Movimentos bruscos		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
Abriço: necessidade de um ambiente protegido, ideal para a moradia de cada tipo de pessoa. Após o nascimento o RN deve ser protegido, pois ele possui uma capacidade muito limitada de autodefesa, é altamente dependente das pessoas que cuidam dele no que diz respeito a manter o ambiente seguro (DU GÁS, 1988).		

73- Incubadora		
74- Berço aquecido		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
Cuidado corporal: “é a necessidade do indivíduo para deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal” (BENEDET; BUB, 2001, p.117).		
75- Coto umbilical		
76- Cicatriz umbilical		
77- Banho		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
Integridade cutâneo-mucosa e integridade física: A necessidade de integridade cutâneo-mucosa consiste na obrigação do organismo na manutenção das funções de proteção, regulação da temperatura, sensação e excreção da pele e das mucosas, enquanto que a necessidade de integridade física consiste na capacidade do organismo em manter suas características de sensibilidade, elasticidade, vascularização e umidade do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, tendo como objetivo a proteção do corpo (BEBEDET; BUB, 2001; POTTER; PERRY, 1999).		
78- Pele íntegra		
79- Ruptura da integridade da pele		
80- Irritabilidade da pele		
81- Bolhas		
82- Pele lisa		
83- Pele brilhante		
84- Pele grosseira		
85- Pele com descamação		
86- Palidez		
87- Icterícia		
88- Pletora		
89- Equimose		
90- Verniz caseoso		
91- Sudorese palmar		
92- Escoriação		
93- Miliun sebáceo		
94- Mancha mongólica		
95- Eritema tóxico		
96- Hemangioma		
97- Lanugem		
98- Edema		
99- Flebite		
100- Hiperemia		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		

•		
Regulação (térmica, hormonal, crescimento celular):		
<p>➤ Térmica: capacidade do organismo em manter a temperatura central (interna) entre 36° e 37°C, através do equilíbrio entre o calor que o organismo produz e a perda de energia térmica (BENEDET; BUB, 2001; ATKINSON; MURRAY, 1989). Segundo a Organização Mundial de Saúde, a temperatura corpórea normal do recém-nascido está entre 36,5° e 37,5°C, considerando hipotermia quando a temperatura axilar está abaixo de 36,5°C e hipertermia quando a mesma se encontra acima de 37,5°C, sendo esta menos freqüente que a hipotermia (MELO; SILVEIRA, 1997).</p>		
101- Hipotermia		
102- Hipertermia		
103- Normotermia		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
<p>➤ Endócrina: capacidade do corpo em manter em equilíbrio todo o sistema endócrino, ou seja, de regular todas as secreções das glândulas endócrinas, denominadas de hormônios e atuam como mensageiros químicos com a finalidade de alterar a atividade de vários órgãos (HOOD; DINCHER, 1995).</p>		
104- Hipertrofia de grandes lábios		
105- Mamas ingurgitadas		
106- Pseudomestruação		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
Percepção (auditiva, visual, olfativa, gustativa, tátil e dolorosa): Consiste na necessidade do organismo de perceber o meio através de estímulos nervosos visando interagir com o outro e a perceber o ambiente (BENEDET; BUB, 2001).		
107- Reflexo de piscar os olhos ao estímulo luminoso		
108- Reage ao som de alta freqüência (tais como: alarmes de bombas de infusão e ventiladores mecânicos)		
109- Atividade motora		
110- Choro		
111- Reage ao som de baixa freqüência (tais como: canções e voz materna)		
112- Sucção ávida		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
Terapêutica: Consiste na necessidade de participar de atividades e receber cuidados dirigidos para a promoção, manutenção e recuperação da saúde. É algo que vai além da terapia medicamentosa, é o desejo pelo bem-estar proporcionado por energia, vitalidade e satisfação com a vida (ARAÚJO, 1996).		
113- Vínculo mãe-filho		
114- Visitas dos pais		

115- Toque dos pais		
116- Ligação afetiva		
117- Informações sobre o estado de saúde do RN		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	Concordo	Não concordo
Segurança: o desenvolvimento de segurança no ser humano possui o objetivo de fazer com que o mesmo se sinta seguro emocionalmente, ou seja, proporcionar elementos necessários para garantir sua estabilidade emocional através da confiança nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si (BENEDET; BUB, 2001).		
118- Redução do nível de ruídos (tais como: alarmes, manuseio cuidadoso com a incubadora)		
119- Proteção da pele		
120- Som da voz materna		
121- Toque materno		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
Amor e aceitação: De acordo com Benedet e Bub (2001) a necessidade de amor e aceitação consiste na necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral visando ser aceito e integrado aos grupos, bem como ter amigos e família. Para Horta (1979, p. 41) a necessidade de amor “é o processo dinâmico de troca de energia emocional positiva entre os seres vivos”.		
122- Manifestação de carências afetivas		
123- Choro		
124- Irritabilidade		
125- Serenidade		
126- Respeito à autonomia dos pais		
127- Informação e esclarecimentos aos pais sobre: ambiente, rotina, normas, patologia do RN.		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
Comunicação: “é a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal e não verbal, com o objetivo de interagir com os outros” (BENEDET; BUB, 2001, p. 146).		
128- Expressão facial		
129- Choro		
130- Franzeir de testa		
131- Sorriso		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		

Atenção: “é a necessidade que sente o ser humano de ser querido, saber que é valorizado e que as pessoas significativas se importam com ele e com o que ele faz” (SILVA, 2004, p. 50).		
132- Amor		
133- Carinho		
134- Acolhimento		
135- Delicadeza		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		
	Concordo	Não concordo
Religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida: “uma necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior com o objetivo de se sentir espiritual” (BENEDET; BUB, 2001, p. 192).		
Item Relacionado aos pais		
136- Religião		
137- Batismo		
Sugestão para acréscimo:		
•		
•		
•		

2- Caracterizando os colaboradores:

- Idade: 20-30 21-30 31-40 41-50 51-60 Mais de 60 anos
- Sexo: Feminino Masculino
- Anos de experiência profissional como enfermeira:
Menos de 1 ano 1-5 anos 6-10 11-15 16-20 Mais de 20 anos
- Nível de educação em Enfermagem:
Graduação
Especialização Especificar _____.
Mestrado Especificar área de concentração: _____.
Doutorado Especificar área de concentração: _____.
- Anos de experiência com neonatologia:
Menos de 1 ano 1-5 anos 6-10 11-15 16-20 Mais de 20 anos
- Realiza atividades: Assistenciais Gerenciais Docente

Sua contribuição é muito valiosa na realização deste estudo. Obrigada pela colaboração.

Juliana de Alencar Gouvêa

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIRAS DA UTIN DO HULW - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)

Prezada colega,

Eu, Juliana de Alencar Gouvêa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, na área de Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem, venho desenvolvendo a pesquisa intitulada: **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. Esse estudo tem o objetivo de construir um instrumento para coleta de dados (Histórico de Enfermagem) para recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), fundamentado no Marco Conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; validar o instrumento de coleta de dados elaborado anteriormente com enfermeiras do setor citado anteriormente; aplicar o instrumento de coleta de dados em recém-nascidos internados na UTIN visando confirmar sua operacionalidade. Portanto, solicito sua colaboração no sentido avaliar a primeira versão do instrumento de coleta de dados para recém-nascidos, construído a partir dos indicadores empíricos encontrados na literatura e avaliados pelas enfermeiras da UTIN do HULW, propondo sugestões quanto forma de apresentação e conteúdo do instrumento. Sua contribuição é importantes para que a 2ª versão do instrumento possa ser elaborado.

Informo que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar deste estudo em qualquer momento da pesquisa. A critério de esclarecimento, não há riscos previsíveis na realização deste estudo, e ressalto que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. A pesquisadora estará a disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo.

Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, declarando, para os devidos fins, que cedo os direitos das informações coletadas

pela pesquisadora, estando ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com a liberdade de retirar o meu consentimento, sem que isso me traga prejuízo.

João Pessoa, ____/____/____.

Enfermeira

Pesquisadora

Endereço:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde

CEP 58059-900 João Pessoa – PB

Telefone (0XX83) -3216-7109

E-mail: gouveajuliana@ig.com.br

APÊNDICE F
INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

1) Forma de apresentação:

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

2) Identificação materna:

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

3) Identificação do recém-nascido:

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

4) Dados antropométricos:

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

5) Motivo de Internamento

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

6) Necessidades Humanas Básicas / Exame Físico

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

7) Necessidade de Abrigo

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

8) Necessidade de regulação térmica

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

9) Necessidade de oxigenação

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

10) Necessidade de hidratação

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

11) Necessidade de nutrição

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

12) Necessidade de Integridade cutâneo-mucosa, integridade física e cuidado corporal

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

13) Necessidade de exercício, atividade física, motilidade, sono e repouso

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

14) Necessidade de percepção

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

15) Necessidade de Regulação endócrina

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

16) Necessidade de eliminação

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

17) Necessidade Terapêutica

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

18) Necessidade de segurança

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

19) Necessidade de amor e aceitação

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

20) Necessidade de comunicação

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

21) Necessidade de atenção

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

22) Necessidades psicoespirituais dos pais

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

23) Anotações suplementares da enfermeira

- Concorda ()
- Não concorda () Justifique: _____

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIRAS DA UTIN DO HULW- AVALIAÇÃO DA OPERACIONALIZAÇÃO DA 2ª VERSÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS)

Prezada (o) colega,

Eu, Juliana de Alencar Gouvêa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, na área de Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem, pretendo desenvolver a pesquisa intitulada: **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. Esse estudo têm o objetivo de construir um instrumento para coleta de dados (Histórico de Enfermagem) para recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), fundamentado no Marco Conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; validar o instrumento de coleta de dados elaborado anteriormente com enfermeiras do setor citado anteriormente; aplicar o instrumento de coleta de dados em recém-nascidos internados na UTIN visando confirmar sua operacionalidade. Portanto, solicito sua colaboração no sentido de avaliar a operacionalidade da 2ª versão do instrumento de coleta de dados, elaborado na fase anterior, sendo sua colaboração de suma importância para a elaboração da versão final do instrumento de coleta de dados nos recém-nascidos internados na UTI-NEO.

Informo que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar deste estudo em qualquer momento da pesquisa. A critério de esclarecimento, não há riscos previsíveis na realização deste estudo e ressalto, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. A pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo.

Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, declarando para os devidos fins, que cedo os direitos das informações coletadas pela

pesquisadora, estando ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com a liberdade de retirar o meu consentimento, sem que isso me traga prejuízo.

João Pessoa, ____/____/____.

Enfermeira

Pesquisadora

Endereço:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde

CEP 58059-900 João Pessoa – PB

Telefone (0XX83) -3216-7109

E-mail: gouveajuliana@ig.com.br

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS OU RESPONSÁVEIS PELOS RECÉM-NASCIDOS)

Prezada (o) senhora (o),

Eu, Juliana de Alencar Gouvêa, enfermeira, aluna do curso de curso de mestrado da Universidade Federal da Paraíba, convido-a (o) a participar deste estudo que será desenvolvido por mim, tendo como orientadora a professora Dr^a Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares, intitulado: **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. Esse estudo tem o objetivo de construir um instrumento para coleta de dados para recém-nascidos internados no setor de terapia intensiva neonatal, após validar o instrumento de coleta de dados elaborado anteriormente com enfermeiras da UTIN do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), e por fim aplicar o instrumento de coleta de dados em recém-nascidos internados na UTIN visando confirmar sua operacionalidade. Portanto, será necessário realizar uma entrevista visando obter informações específicas maternas e do bebê, além de um exame físico detalhado do recém-nascido. Esse estudo busca contribuir para uma melhor qualidade na assistência de enfermagem voltada para o bebê, os pais e família, uma vez que o instrumento de coleta de dados que será elaborado possibilitará uma visão mais ampla do recém-nascido, desde seus aspectos físicos aos seus aspectos sociais e emocionais. Informo que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar deste estudo em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo ao tratamento de seu filho. A critério de esclarecimento, não há riscos previsíveis na realização deste estudo e, ressalto que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. A pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo.

Após todas essas informações, agradeço antecipadamente por sua atenção e colaboração.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, declarando para os devidos fins, que cedo os direitos das informações coletadas pela

pesquisadora, estando ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com a liberdade de retirar o meu consentimento, sem que isso me traga prejuízo.

João Pessoa, ____/____/____.

Pais ou responsáveis

Pesquisadora

Endereço:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde

CEP 58059-900 João Pessoa – PB

Telefone (0XX83) -3216-7109

E-mail: gouveajuliana@ig.com.br

APÊNDICE I

AVALIAÇÃO DA OPERACIONALIDADE DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM PACIENTES INTERNADOS NA UTIN DO HULW

Prezada colega,

Estamos chegando ao final deste estudo, que só está sendo possível realizar devido a sua valiosa contribuição. Neste momento estamos na 4ª fase da pesquisa, sendo esta etapa intitulada em: Operacionalização do instrumento, que possui como objetivo verificar a viabilidade e operacionalidade do instrumento de coleta de dados em anexo, o qual foi construído com a participação de todas as enfermeiras da UTIN do HULW. Portanto, venho mais uma vez solicitar a sua colaboração no sentido de testagem clínica do mesmo. Antes da aplicação do instrumento, a enfermeira que concordar em participar deste estudo deverá solicitar a autorização dos pais ou responsável do recém-nascido internado, a seguir procederá com a aplicação do instrumento no paciente. Após a aplicação do mesmo, será necessário que a sua opinião seja emitida em relação a operacionalidade e viabilidade do instrumento, dúvidas e dificuldades encontradas, bem como o tempo empregado para o preenchimento do mesmo. Ressalto, mais uma vez, a importância de sua participação na construção deste estudo e principalmente a sua colaboração para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada na UTIN do HULW.

Atenciosamente,

Juliana de Alencar Gouvêa

OBSERVAÇÕES SOBRE A OPERACIONALIDADE E VIABILIDADE DO INSTRUMENTO

1- Tempo utilizado na coleta dos dados:

- Início: _____ Término: _____ Total: _____

2- Forma de apresentação do instrumento:

- Concordo ()
- Não concordo () Justifique: _____

3- Dúvidas e dificuldades encontradas no preenchimento:

4- Sugestões:

Obrigada.

Juliana de Alencar Gouvêa

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B