



## II CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL



## 3º SEMINÁRIO DE SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE



nupesc

### Temas

## O Cuidado na Infância e Adolescência: Retratos da Prática de Enfermagem

Retratos da prática de enfermagem neonatal,  
pediátrica e o adolescente

Políticas Públicas de Saúde e Políticas de cuidado  
em saúde do neonato, da criança e do adolescente"

O ensino na saúde do neonato, da criança e do adolescente

A interface da prática assistencial com o ensino, a pesquisa e  
a extensão na área da neonatal, pediátrica e da adolescência

Abertura  
Congresso  
Local

03 de outubro de 2007  
04 a 06 de outubro de 2007  
Cidade universitária | Ilha do Fundão - RJ

Promoção

Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras  
e Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

---

Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal  
(II.:2007:Rio de Janeiro)  
Seminário de Saúde da Criança e do Adolescente  
(3o.: 2007: Rio de Janeiro)

Anais do II Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediá-  
trica e Neonatal. Rio de Janeiro: SOBEP. 2002.

1. Enfermagem – Congresso. Congresso Brasileiro de  
Enfermagem Pediátrica e Neonatal (II.:2007:Rio de Janeiro),  
Seminário de Saúde da Criança e do Adolescente (3o.:  
2007: Rio de Janeiro) II. Título.

---

ISSN

#### EDITORA

*Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras.  
Escola Anna Nery. UFRJ*

#### ORGANIZAÇÃO DOS ANAIS

*Ivone Evangelista Cabral*

#### SITE

*Elisa da Conceição Rodrigues  
Vera Figueira*

#### PRODUÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

*Zipper Produções  
Cristiano Terto*



# PALAVRAS DE BOAS VINDAS DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Em nome da Comissão Organizadora do II Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e do 3o Seminário de Saúde da Criança e do Adolescente, cumprimento, com um caloroso BOM DIA, as ilustríssimas autoridades aqui presentes ou representadas nesta mesa da sessão de abertura, e a todos e todas congressistas e seminaristas presentes nessa manhã de hoje.

Não podemos deixar de expressar minha alegria em receber a todos e a todas nessa cidade, que tanto inspira poetas, escritores e compositores: nossa linda cidade maravilhosa! Berço de muitos cenários paradisíacos, com suas praias, temperatura e sol brilhante e agradável. Nos próximos dias, o Rio de Janeiro constituir-se-á também fonte de inspiração para que os enfermeiros e enfermeiras pediatras possam traçar um retrato da prática de cuidado que temos desenvolvido e que pretendemos realizar como parte da equipe de cuidar em saúde. Imbuídos do espírito de responsabilidade ecológica e social com o futuro do espaço geográfico que as crianças e suas famílias habitam, optamos por uma diretriz ecologicamente saudável. Adotamos papel reciclado em todos os nossos materiais, o não uso do correio convencional para troca de correspondência evitando assim a produção de lixo e contribuindo para o desmatamento, a não produção de cds para evitar o descarte no meio ambiente de produtos que demoram a se compor. Adotamos a mídia online para acesso na homepage do evento e posteriormente da SOCIEDADE, que entrará no ar no final do mês de outubro.

Ademais, nos comprometemos com o tema central: O CUIDADO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - RETRATOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA tendo como objetivos os de 1. Discutir e refletir sobre o cuidado de enfermagem pediátrica, neonatal e do adolescente; 2. Promover o debate sobre a problemática de saúde do recém-nascido, da criança, do adolescente e suas famílias em diferentes contextos da prática profissional; 3. Propor intervenções que contribuam para a qualidade do cuidado de enfermagem centrado na criança, na família

e na comunidade; 4. Estimular a divulgação da produção científica, tecnológica e cultural de enfermagem pediátrica, neonatal e do adolescente, bem como o intercâmbio de experiências de cuidado.

No intento de se atingir esses propósitos, a segunda versão do Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e a terceira versão do Seminário de Saúde da Criança e do Adolescente representaram duas grandes conquistas da enfermagem pediátrica brasileira. Planejar, organizar e implementar eventos com essa magnitude exigiu de todos os membros da diretoria da Sobep e da comissão organizadora muita energia, voluntariedade e determinação.

Ao longo desses três dias e meio, estaremos escrevendo mais uma página na história da enfermagem pediátrica no Brasil, com a intenção de com esse registro fotográfico situar que prática de cuidados estamos desenvolvendo, fundamentada em que princípios epistemológicos, e que estatuto de ciência tem orientado o nosso pensar e o nosso fazer.

Pautando-se nessa concepção, dividimos a nossa programação em conferências, mesas redondas, sessões coordenadas, sessão pôster. Dos 226 trabalhos inscritos, 158 serão apresentados na modalidade de pôster, 68 em sessões coordenadas temáticas, e dois trabalhos enviados foram incluídos como tema de mesa redonda, 18 trabalhos concorreram a prêmios oferecidos pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, que chancela esse evento em parceria com a Escola de Enfermagem Anna Nery; pela Faculdade de Enfermagem da UERJ através do Núcleo de Saúde da Criança e do adolescente (NUS-CRIAD), e o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC) da EEAN.

Efetivamente, temos um evento de caráter nacional, pela representatividade das cinco regiões nas mesas redondas e coordenadas, e presença de participantes de diferentes Estados nas diversas sessões. Temos representantes dos Estados Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina,

BOAS-VINDAS

3

BOAS-VINDAS

Espírito Santo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Sul, Amazonas, Goiás e Pará.

Contamos com a participação de aproximadamente 450 pessoas, incluindo conferencistas, membros de comissão, monitores, convidados e inscritos.

O trabalho de equipe que orientou o nosso pensar e nosso fazer foi a força motriz para que déssemos conta das demandas de uma programação científica consistente e coerente, uma infra-estrutura de acolhimento e um espírito de cordialidade e respeito entre todos e todas. As coordenadoras de comissão e subcomissão ao seu tempo e seu estilo empreenderam todos os esforços necessários para que o evento acontecesse. As instituições parceiras desse evento nosso muito obrigado, por tudo.

Saúdo os nossos patrocinadores: pela Escola de Enfermagem Anna Nery, a Prof. Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell pelos recursos oferecidos, o Prof. Almir Fraga, pela prontidão em nos acolher nas dependências do Centro de Ciências da Saúde, ao Banco do Brasil e a Fundação Universitária José Bonifácio pelo financiamento. Ao I Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal realizado em Ribeirão Preto (SP) sob a responsabilidade da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pelo fundo de reserva que nos foi repassado.

Enfim, para nós, da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras e da Escola de Enfermagem Anna Nery, foi um desafio prazeroso e uma grande alegria planejar, organizar e receber os colegas e as colegas da enfermagem pediátrica aqui no Rio de Janeiro.

Assim, finalizo essas palavras, saudando a todos e a todas com um afetuoso voto de BEM-VINDOS e BEM-VINDAS a essa terra maravilhosa: cenário de uma das sete maravilhas do mundo moderno.

### ***Ivone Evangelista Cabral***

*Enfermeira. Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil Escola de Enfermagem Anna Nery Universidade Federal do Rio de Janeiro Pesquisadora do CNPQ Coordenadora da Comissão de Publicação, Divulgação e Comunicação Social da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras Presidente da Comissão Executiva dos eventos*

### ***Isabel Cristina dos Santos Oliveira***

*Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgico Escola de Enfermagem Anna Nery Universidade Federal do Rio de Janeiro Pesquisadora do CNPQ Vice-Presidente da Comissão Executiva dos eventos*

# SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS PEDIATRAS

## DIRETORIA

### PRESIDENTE

*Circea Amália Ribeiro*

### VICE-PRESIDENTE

*Conceição Vieira da Silva*

### 1ª SECRETÁRIA

*Myriam Aparecida Mandetta Pettengill*

### 2ª SECRETÁRIA

*Júlia Peres Pinto*

### 1ª TESOUREIRA

*Ana Llonch Sabatés*

### 2ª TESOUREIRA

*Maria Angélica Sorgini Peterlini*

## COORDENAÇÃO DE COMISSÕES

### TITULAÇÃO

*Fabiane de Amorim Almeida*

### EDUCAÇÃO E PESQUISA

*Margareth Angelo*

### PUBLICAÇÃO, DIVULGAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL

*Ivone Evangelista Cabral*

### ASSISTÊNCIA

*Elisa da Conceição Rodrigues*

## CONSELHO FISCAL

### TITULARES

*Edmara Bazoni Soares Mais*

*Tereza Yoshiko Kakehashi*

*Tânia Vignuda de Souza*

### SUPLENTE

*Paula Rosenberg de Andrare*

*Ariane Ferreira Machado*

*MariadA Moreira Cristoffell*

MEMBROS

5

MEMBROS



**CAPÍTULO I****DA FINALIDADE**

**Art. 1º.** O II Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, 3º Seminário de Saúde da Criança e do Adolescente, promovido pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras e Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, em parceria com as Instituições de Ensino e Assistência do Rio de Janeiro, realizar-se-á na cidade do Rio de Janeiro do Estado do Rio de Janeiro, no período de 3 a 06 de outubro de 2007, tem como tema central: “O Cuidado na Infância e Adolescência: Retratos da Prática de Enfermagem”.

**Art. 2º.** Tem por finalidade:

- 1 Discutir e refletir sobre a enfermagem pediátrica, neonatal e do adolescente;
- 2 Promover o debate sobre problemas do recém-nascido, da criança, do adolescente e de sua família em diferentes contextos;
- 3 Possibilitar a apresentação e divulgação de trabalhos científicos das diversas modalidades (relatos de experiências da prática profissional e pesquisas envolvendo a atenção ao recém-nascido, à criança, ao adolescente e à família);
- 4 Propiciar intercâmbio e congregar enfermeiros assistenciais, docentes de enfermagem, alunos de cursos de enfermagem e outros profissionais que atuam junto ao recém-nascido, à criança, ao adolescente e à família;
- 5 Estimular a divulgação da produção científica, tecnológica e cultural de enfermagem pediátrica e neonatal e do adolescente.

**Parágrafo único:** As atividades do II Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e 3º Seminário de Saúde da Criança e do Adolescente desenvolver-se-ão sob a forma de minicursos, conferências, mesas redondas, sessões coordenadas, assembléias, reuniões científicas, encontros com o especialista, encontros com os autores, tribuna livre e sessão pôster.

**CAPÍTULO II****DA ORGANIZAÇÃO**

**Art. 3º.** O II Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e 3º Seminário de Saúde da Criança e do Ado-

lescente reger-se-á por este Regimento, aprovado pela Comissão Executiva.

**Parágrafo 1º.** A Comissão Executiva será constituída por: Presidente e Vice-Presidente do evento; Presidente de Honra – a Presidente da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras e pelos Coordenadores das Comissões Científica, Social e Infra-estrutura, Secretaria e Finanças e de Imagem e Divulgação.

**Parágrafo 2º.** A Comissão Científica será constituída pelas subcomissões de temáticas e premiação.

**Parágrafo 3º.** A Comissão Social e Infra-estrutura será constituída pelas subcomissões de monitoria, de recepção e acolhimento, e social.

**Parágrafo 4º.** A Comissão de Secretaria e Finanças será constituída pelas subcomissões de secretaria geral, documentação e registro, de tesouraria e finanças.

**Parágrafo 5º.** A Comissão de Imagem e Divulgação não possui subcomissões.

**Parágrafo 6º.** A Comissão Organizadora é constituída por quatro Comissões: Científica, Social e Infra-estrutura, Secretaria e Finanças e Imagem e Divulgação.

**Parágrafo 7º.** Todos os membros das comissões e subcomissões deverão ser sócios da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras

**CAPÍTULO III****DOS PARTICIPANTES**

**Art. 4º.** Poderão participar do evento enfermeiros, alunos de graduação, pós-graduação, técnicos e auxiliares de enfermagem, outros profissionais da saúde e áreas afins.

**Art. 8º.** Todo participante inscrito terá direito a assistir às conferências, mesas redondas, sessões coordenadas, assembléias, reuniões científicas, encontros com o especialista, autores, tribuna livre e exposição tecnológica e de pôster.

**Art. 6º.** A inscrição para o evento será feita mediante pagamento de taxa estabelecida pela Comissão Executiva e só serão aceitas inscrições no local na dependência de não ter sido atingido o limite de 450 vagas, determinado pelo tamanho do espaço onde o evento ocorrerá.

## INVESTIMENTO

Categoria	Até 08/05/2007* R\$	Até 30/07/2007** R\$	No local se houver disponibilidade de vagas R\$
Sócio profissional	300,00	350,00	450,00
Sócio estudante de graduação ou Lato Sensu	200,00	250,00	300,00
Enfermeiro não-sócio e outros profissionais	370,00	420,00	520,00
Estudante de graduação não-sócio	250,00	300,00	350,00
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	150,00	200,00	250,00

\* O pagamento poderá ser parcelado em duas vezes, respectivamente em 08/05 e 08/06/2007 \*\* O pagamento poderá ser parcelado em duas vezes, respectivamente em 30/07 e 30/08/2007. O depósito deverá ser feito na Agência Bancária, conforme descrito a seguir: Agência Banco do Brasil S/A. 001 N. da agência: 1898-8 Conta corrente: 15.000/2 Favorecido: SOBEP/Congresso

**Parágrafo 1º:** Qualquer pagamento efetuado não será devolvido em caso de desistência ou impedimento do participante.

**Parágrafo único:** Serão emitidos certificados aos participantes.

**Art. 7º.** Os membros da Comissão Executiva, Organizadora e os conferencistas estarão isentos da taxa de inscrição.

**Art. 8º.** Os monitores selecionados estarão isentos da taxa de inscrição e receberão uma declaração de monitoria ao final do evento.

**Art. 9º.** Não será permitida a modalidade de inscrições como cortesia.

### CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

**Art. 10.** À Comissão Executiva compete:

- I. Definir o tema central do evento;
- II. Elaborar o programa oficial, o plano orçamentário, o regimento interno e o relatório final do evento;
- III. Encaminhar projetos de captação de recursos às agências financiadoras e a outros órgãos patrocinadores;
- IV. Constituir as comissões e subcomissões organizadoras e apreciar suas propostas e relatórios;
- V. Promover a viabilização técnico-científica e financeira do evento;
- VI. Homologar a prestação de contas elaborada pela Comissão Financeira;
- VII. Homologar a versão definitiva dos anais do evento;
- VIII. Deliberar sobre despesas orçamentárias;
- IX. Decidir sobre a taxa de inscrição do evento.

**Art. 11.** À Comissão Científica e suas subcomissões competem:

- I. Participar da Comissão Executiva através do Coordenador;
- II. Propor o temário do evento;
- III. Programar as atividades científicas a serem desenvolvidas durante o evento e elaborar o programa científico;
- IV. Propor e convidar conferencistas, palestrantes, coordenadores e relatores de atividades científicas, juntamente com a Comissão Executiva;
- V. Elaborar normas, datas e formas para apresentação dos trabalhos, em conjunto com a subcomissão de Documentação e Registro;
- VI. Colaborar na elaboração de projetos encaminhados às agências financiadoras para captação de recursos;
- VII. Elaborar as coordenadas para a inscrição e seleção dos trabalhos;
- VIII. Receber e selecionar os trabalhos, de acordo com as modalidades de inscrição, comunicando ao autor a decisão da Comissão;
- IX. Definir junto à Comissão Social e de Infra-Estrutura a utilização de locais para apresentação/exposição dos trabalhos;
- X. Elaborar e apresentar o relatório das atividades realizadas pela Comissão submetendo-o à Comissão Executiva.

À Subcomissão de Premiação compete:

- I. Participar da Comissão Científica através do Coordenador;
- II. Receber e avaliar os trabalhos completos inscritos para premiação;

- III. Estabelecer os critérios para avaliação do melhor trabalho científico de estudante e profissional;
- IV. Definir os prêmios e captar recursos para premiação dos trabalhos nas categorias estudante e profissional;
- V. Coordenar a sessão de premiação no último dia do evento, divulgando os melhores trabalhos científicos premiados;
- VI. Elaborar e apresentar relatórios das atividades desenvolvidas, submetendo-o à Comissão Científica.

**Art. 12.** À Comissão Social e de Infra-estrutura e suas subcomissões competem:

- I. Participar da Comissão Executiva através do Coordenador;
- II. Apresentar à Comissão Executiva o plano de atividades da Comissão;
- III. Redigir, assinar e expedir toda correspondência relativa à Comissão;
- IV. Proceder ao levantamento, e fazer cotação de agências de turismo para aquisição de passagens aéreas e terrestres, hospedagem e traslado;
- V. Proceder ao levantamento dos pontos pitorescos, locais de diversões, museus, restaurantes, programação artística e cultural, igrejas, telefones úteis, a fim de informar aos participantes, mantendo um setor de informação junto à Secretaria;
- VI. Organizar programação social durante os dias do evento;
- VII. Dar suporte logístico às sessões de abertura e encerramento do evento;
- VIII. Recepcionar os convidados, conferencistas, participantes e outros;
- IX. Elaborar e apresentar o relatório das atividades desenvolvidas à Comissão Executiva.

**Art. 13.** À Comissão de Secretaria e Finanças e suas subcomissões compete:

- I. Participar da Comissão Executiva através do Coordenador;
- II. Apresentar à Comissão Executiva: o Plano de trabalho da Secretaria e Orçamentário do evento, os balancetes regulares e, sempre que solicitado, o relatório de prestação de contas e o relatório das atividades desenvolvidas;
- III. Avaliar, junto com a Comissão Executiva, as propostas orçamentárias das outras comissões;
- IV. Criar mecanismos de controle de receitas e despesas, responsabilizando-se pela guarda da documentação comprobatória do financiamento proveniente das diferentes fontes de receitas, e efetuando pagamentos.
- V. Redigir, assinar e expedir correspondência;
- VI. Fazer pesquisa de mercado para aquisição de todo o material e serviço necessário;
- VII. Receber, controlar e enviar a correspondência das demais Comissões;

- VIII. Instalar e coordenar a Secretaria do evento;
- IX. Elaborar modelo de ficha de inscrição;
- X. Proceder às inscrições dos participantes do evento;
- XI. Elaborar listagem dos participantes;
- XII. Distribuir certificados, atestados e recibos;
- XIII. Arquivar os documentos e material gráfico;
- XIV. Providenciar e distribuir crachás e pastas para os participantes;
- XV. Através da Subcomissão de Documentação e Registro, providenciar a publicação do material (programação científica, resumos e conferências) veiculado e distribuído aos congressistas e seminaristas. Cabe a essa subcomissão definir o tipo de resumo e suas normas para viabilizar a publicação e o trabalho da comissão científica.

**Parágrafo único:** Cabe à Subcomissão de Finanças definir o orçamento do evento e submeter os valores de inscrição no evento à apreciação e aprovação da Comissão Executiva.

**Art. 14.** À Comissão de Imagem e Divulgação compete: Propor à Comissão Executiva o modelo de cartazes, crachás, folders, certificados e convites;

- I. Divulgar no âmbito local, estadual e nacional o evento em todos os espaços de divulgação possíveis (revistas, sites de internet, jornais etc);
- II. Providenciar a cobertura e recepcionar os profissionais da imprensa durante o evento;
- III. Expedir avisos e comunicações durante o evento;
- IV. Elaborar o plano de trabalho e apresentar o relatório das atividades desenvolvidas, submetendo-o à Comissão Executiva.
- VI. Redigir e assinar juntamente com a Presidente o expediente relativo à sua comissão;
- VII. Supervisionar e acompanhar a confecção do material para divulgação;
- VIII. Credenciar os fotógrafos para atuação durante o evento;
- IX. Participar na elaboração do Regimento interno, programa e relatório final do evento.

## CAPÍTULO V

### DA INSCRIÇÃO E APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS

**Art. 15.** O prazo para envio dos resumos expandido, de 800 até 1000 palavras, será 30 de julho de 2007, incluindo aqueles trabalhos que serão encaminhados para concorrer a prêmio.

**Parágrafo único:** Os trabalhos submetidos à subcomissão de premiação deverão ser enviados sob a forma de texto de acordo com as normas de publicação da revista da SOBEP.

**Art. 16.** Os trabalhos podem ser inscritos nas modalidades: Pesquisa, Reflexão teórico-filosófica, Monografia, Trabalhos de Conclusão de Curso, Relato de experiência, Nota Prévia, Dissertações e Teses. A modalidade notícias pode ser encaminhada para apresentação na Tribuna Livre, cuja apresentação dar-se-á em 5 minutos.

**Art. 17.** O relator do trabalho deverá estar inscrito no evento, sendo permitida até 02(duas) apresentações (oral e/ou pôster).

**Art. 18.** Será emitido somente um certificado com o nome do relator e dos autores.

**Art. 19.** Serão aceitos no máximo 02(dois) trabalhos por congressista inscrito, e um como relator. Não há limites para trabalhos em co-autoria. Não há limite para autores por trabalho.

**Art. 20.** Os resumos poderão ser enviados por Correio eletrônico (digitado diretamente no espaço reservado na homepage do evento). Não aceitaremos resumos por fax ou Correio postal.

**Art. 21.** A forma de apresentação de trabalhos, se sessão coordenada ou exposição de pôster, ficará a critério da Comissão Científica, e será comunicada por ocasião do encaminhamento do aceite do trabalho, cujo monitoramento será feito pelo autor/relator diretamente no site do evento.

**Art. 22.** O tempo de apresentação de cada trabalho na sessão coordenada será de 20 minutos. Ao final do conjunto das apresentações, reservar-se-á um tempo de 15 minutos para os debates. Isso implicará na necessidade de o relator permanecer até o final da sessão coordenada.

#### CAPÍTULO VI DA PREMIAÇÃO

**Art. 23.** As premiações concedidas pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras destinar-se-ão aos melhores trabalhos científicos apresentados no evento, que atendam aos seguintes critérios:

1. Para avaliação com vistas à premiação serão admitidos trabalhos na íntegra e não publicados, inscritos e encaminhados até 30 de julho de 2007;
2. Os trabalhos encaminhados para premiação sofrerão uma avaliação prévia, e os selecionados para concorrer ao prêmio o apresentarão sob a forma de mesa coordenada.

**Art. 24.** Serão concedidos prêmios para as categorias estudante e profissional, nas colocações crescentes de primeiro a terceiro lugar.

**Art. 25.** As modalidades de premiações seguirão os seguintes critérios:

1) Para o 1º lugar. Todos os autores do trabalho científico premiado farão jus a uma placa, diploma, e inscrição gratuita no próximo evento.

2) Para o 2º lugar. Todos os autores do trabalho científico premiado farão jus a um certificado e inscrição gratuita no próximo evento.

3) Para o 3º lugar. Todos os autores do trabalho científico premiado farão jus a um certificado.

**Art. 26.** Os membros da Comissão de Premiação de Trabalhos Científicos não poderão concorrer nessa modalidade.

**Art. 27.** Qualquer instituição patrocinadora e apoiadora do evento poderá oferecer prêmio, desde que submetido o regimento do prêmio à apreciação prévia da Comissão Executiva do evento e seja por ela aprovado, respeitando a data limite de 30 de junho de 2007.

#### CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 28.** Haverá um espaço na seção pôster para a Comissão Executiva, as instituições apoiadoras e seus convidados.

**Art. 29.** Os casos omissos deste regulamento serão discutidos e resolvidos pela Comissão Executiva.

**Art. 30.** A Comissão Executiva poderá alterar a ordem do programa, se necessário.

**Art. 31.** Cinquenta por cento do saldo financeiro líquido será destinado à realização do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal. 25% à Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras e 25% ao 4º Seminário de Saúde da Criança e do Adolescente da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.

## 1º DIA - 04/10/07

**7:30 - 8:30**

Entrega de material e inscrições

**8:30 - 9:00**

Sessão de Abertura

**9:00 - 9:30**

Apresentação musical

### CONFERÊNCIA DE ABERTURA:

ENFERMAGEM PEDIÁTRICA NO SISTEMA  
DE CUIDADOS EM SAÚDE CANADENSE

Hora - 9:40 - 10:30

Local: Auditório Rodolpho Paulo Rocco

*Convidado: Franco A. Carnevale, RN, PhD*

*Associate Professor*

*School of Nursing/Dept. of Pediatrics*

*McGill University/Montreal Children's Hospital*

*Montreal, Canada*

*Coordenação: Ivone Evangelista Cabral*

*Professora Associada*

*Escola de Enfermagem Anna Nery. UFRJ*

**10:30 - 10:50 - INTERVALO**

### MESA REDONDA:

“RETRATOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM  
PEDIÁTRICA, NEONATAL E DO ADOLESCENTE, NO BRASIL”

Hora - 10:50 – 12:00

Local: Auditório Rodolpho Paulo Rocco

***Dimensão da saúde como um direito de cidadania  
da criança e do adolescente.***

*Dra. Cristiana de Faria Cordeiro.*

*Juíza Titular da 2ª. Vara regional da infância*

*e juventude. Coordenadora dos Juizes da ABMP/RJ*

### ***Retratos da prática de enfermagem neonatal:***

***Distância teoria-prática .***

*Dra. Vera Lúcia Barbosa.*

*Profa. Adjunta II. DE/UNIFESP.*

*Disciplina Enfermagem Pediátrica*

***O ensino e a pesquisa em enfermagem  
do adolescente no Brasil.***

*Dra. Ruth França Cizino da Trindade*

*Profa. Adjunta. UFAL.*

*Diretora da Escola de Enfermagem e Farmácia.*

***O impacto da pesquisa sobre brinquedo terapêutico  
na política pública de saúde e de cuidado  
de enfermagem em saúde da criança.***

*Dra. Circéa Amália Ribeiro.*

*Profa. Associada. DEP/UNIFESP.*

*Presidente da SOBEP*

***Debatadora: Ms Flavia Cristina Cordeiro Biesbroeck.***

*Enfermeira da Agência Nacional de Saúde.*

*Mestre em Enfermagem/ UNIRIO*

### SESSÃO PÔSTER – EXPOSIÇÃO PARALELA

*Coordenadoras: Enf. Ms. Elisa Macedo*

*e Enf. Joelma Maria da Silva Pinto*

Hora: 8:00 – 12:00

Local: Hall de acesso ao Auditório Rodolpho Paulo Rocco e

Hall de acesso do Auditório da Biblioteca Central do CCS

**12:00 - 13:15 - ALMOÇO**

### SESSÃO PÔSTER – EXPOSIÇÃO PARALELA

*Coordenadoras: Prof. Ms. Rosane Cordeiro Burla de Aguiar*

*e Prof. Jakcilane Rosendo de Góis*

Hora: 13:00 – 17:30

Local: Hall de acesso ao Auditório Rodolpho Paulo Rocco e

Hall de acesso do Auditório da Biblioteca Central do CCS

13:20 - 14:40

**SESSÃO COORDENADA 01**

*Coordenadora: Profa. Ms Sandra Teixeira de Araújo Pacheco  
FENF/UERJ. Dda EEAN/UFRJ*

**SESSÃO COORDENADA 02**

*Coordenadora: Profa. Dra. Ana Márcia Marques de Oliveira*

**SESSÃO COORDENADA 03**

*Coordenadora: Enfermeira Celma Dias Maciel  
Especialista em Neonatologia*

14:40 - 16:00

**SESSÃO COORDENADA 04**

*Coordenadora: Fabiane de Amorim Almeida  
Profa Dra da Escola de Enfermagem  
do Hospital Albert Einstein*

**SESSÃO COORDENADA 05**

*Cristiane Cardoso de Paula  
Profa. Assistente da Universidade Federal de Santa Maria  
Dda. EEAN/UFRJ*

**SESSÃO COORDENADA 06**

*Profa. Mestre Rosângela de Almeida Castro Amorim  
UNESA*

16:00 - 16:20

**INTERVALO**

16:20 - 17:30

**SESSÃO COORDENADA 07**

*Coordenadora: Profa. Dra. Angela Maria La Cava  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO*

**SESSÃO COORDENADA 08**

*Coordenadora: Delbra da Costa Santos  
Profa. HGNI/UNESA*

**SESSÃO COORDENADA 09**

*Profa. Dra. Janice Machado da Cunha  
FENF/UERJ*

## 2º DIA - 05/10/07

**CONFERÊNCIA:**

A INTERAÇÃO ENFERMAGEM PEDIÁTRICA  
E A FAMÍLIA DA CRIANÇA DOENTE: SUGESTÕES  
PARA UM NOVO MODELO SOCIAL E POLÍTICO

Hora: 8:30 - 9:20

Local: Auditório Rodolpho Paulo Rocco

*Convidado: Dr. Michel Perreault.*

*(Professor Associado Université de Montréal/  
Professor visitante DEMI/EEAN/UFRJ)*

*Coordenação: Regina Aparecida Garcia Lima  
Profa. Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão  
Preto. USP. Pesquisadora CNPQ/ FAPESP*

**MESA REDONDA:**

“A INTERFACE DA PRÁTICA ASSISTENCIAL  
DE ENFERMAGEM COM O ENSINO, A PESQUISA  
E A EXTENSÃO NA ÁREA PEDIÁTRICA”.

Local: Auditório Rodolpho Paulo Rocco

Hora: 9:30-10:50

*Moderadora: Dra. Ivone Evangelista Cabral.*

*Prof. Associado. DEMI/EEAN/UFRJ/ Pesquisadora CNPQ*

**Abordagem da criança com doença crônica e sua família.**

*Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima.*

*Profa. Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão  
Preto. USP. Pesquisadora CNPQ/CAPES/ FAPESP.*

**Children with special health care needs:  
challenges to nursing care.**

*Franco A. Carnevale, RN, PhD*

*Associate Professor*

*School of Nursing/Dept. of Pediatrics*

*McGill University/Montreal Children's Hospital*

*Montreal, Canada*

**Abordagem do cuidado a criança em situação de  
vulnerabilidade social como uma prática de extensão.**

*Dra. Janice Machado da Cunha.*

*Profa. Adjunta. Departamento Materno-Infantil.*

*Faculdade de Enfermagem. UERJ*

#### **MESA REDONDA:**

“A INTERFACE DA PRÁTICA ASSISTENCIAL COM O ENSINO, A PESQUISA E A EXTENSÃO NA ÁREA DE ENFERMAGEM NEONATAL”.

Local: Auditório da Biblioteca Central do CCS  
Hora: 9:30-10:50

*Moderadora: Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi.  
Profa. Titular Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Pesquisadora CNPQ*

#### **A neonatologia e os grupos de pesquisa: interface com a prática assistencial.**

*Dra. Marialda Moreira Christoffel.  
Prof. Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil. EEAN/UFRJ.*

#### **A experiência da extensão na consulta de enfermagem ao recém-nascido: interface com a prática do ensino.**

*Ms Carlos Sergio Correa Reis.  
Prof. Assistente DEMI/UFRJ*

#### **A prática da terapia intravenosa em recém-nascido: interface com o ensino e a pesquisa no NUPESC**

*Dda. Elisa da Conceição Rodrigues  
(Profa.. Assistente DEMI/EEAN /UFRJ.  
Doutoranda IFF/FIOCRUZ*

#### **MESA REDONDA:**

“A INTERFACE DA PRÁTICA ASSISTENCIAL COM O ENSINO, A PESQUISA E A EXTENSÃO NA ÁREA DA ADOLESCÊNCIA”.

Local: Auditório Helio Fraga  
Hora: 9:30-10:50

*Moderadora: Dda. Inês Almeida.  
(NESA/UFRJ. Doutoranda EEAN/UFRJ)*

#### **Rompendo a dicotomia teoria e prática no cuidado ao adolescente.**

*Dr. Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos.  
Professor adjunt III. Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa. UFF/NESA)*

#### **A interface da pesquisa em enfermagem com a prática assistencial.**

*Dra. Sonia Regina de Souza.  
Profa. Adjunta. DEMC/UNIRIO)*

#### **Adolescer e cuidar da saúde:**

##### **perspectivas de jovens e da família.**

*Dra. Maria da Graça Corso da Motta.  
Profa. Adjunto IV.*

*Chefe do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do HCPA. Escola de Enfermagem da UFRGS.*

**10:50-11:10**

#### **INTERVALO**

**11:10-12:00**

#### **SESSÃO COORDENADA 01**

*Coordenadora Profa. Dra. Conceição Vieira da Silva DE/UNIFESP  
Vice- Presidente da SOBEP*

#### **SESSÃO COORDENADA 02**

*Coordenadora Profa. Dra. Benedita Deusdará Rodrigues  
Diretora Faculdade de Enfermagem da UERJ*

#### **SESSÃO COORDENADA 03**

*Coordenadora Profa. Dra. Circea Amália Ribeiro DE/UNIFESP  
Presidente SOBEP*

#### **SESSÃO PÔSTER (EXPOSIÇÃO PARALELA)**

*Coordenadoras: Prof. Dra. Tania Vignuda de Souza e Enf. Suzy Groeger Lapa*

Hora: 8:00 – 12:00

Local: Hall de acesso ao Auditório Rodolpho Paulo Rocco e Hall de acesso do Auditório da Biblioteca Central do CCS

**12:00 - 13:15**

#### **ALMOÇO**

#### **SESSÃO PÔSTER (EXPOSIÇÃO PARALELA)**

*Coordenadoras: Enf. Ms. Mariana Gomes Cardim e Enf. Monique de Sales Norte*

Hora: 13:00 – 17:30

Local: Hall de acesso ao Auditório Rodolpho Paulo Rocco e Hall de acesso do Auditório da Biblioteca Central do CCS

**13:20 – 14:40**

#### **SESSÃO COORDENADA 01**

*Coordenadora:  
Profa. Dra. Myriam Aparecida Mandetta Pettengill DE/UNIFESP*

**SESSÃO COORDENADA 02**

*Coordenadora Enfermeira Especialista  
Lucia Martins de Magalhães Pierantoni  
Mda EEAN/UFRJ*

**SESSÃO COORDENADA 03**

*Coordenadora Enfermeira Especialista  
Esther Nunes Platenick*

**14:40 – 16:00**

**SESSÃO COORDENADA 04**

*Profa. Dra. Eliana Campos Leite Saporoli  
DE/UNIFESP*

**SESSÃO COORDENADA 05**

*Coordenadora Ms Enfermagem Renata de Oliveira Maciel  
Chefe da Unidade Pediátrica do HUPE/UERJ*

**SESSÃO COORDENADA 06**

*Coordenadora Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves Vernier  
UFSM*

**16:00 -16:30**

**LANÇAMENTO E DIVULGAÇÃO DE LIVROS**

**16:30- 17:30**

**ASSEMBLÉIA SOBEP****3º DIA - 06/10/07****CONFERÊNCIA**

**A HISTORIA DA TECNOLOGIA NO PROCESSO  
DE CUIDAR EM SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE**

Hora – 8:30-9:20

Local: Auditório Rodolpho Paulo Rocco

*CONVIDADO Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira  
Profa Adjunto IV. DEMC/EEAN/UFRJ. Pesquisadora CNPQ.  
Coordenação: Dra. Conceição Vieira da Silva.  
Profa. Associada do Departamento de Enfermagem  
UNIFESP. Vice- presidente da SOBEP.*

**MESA REDONDA**

**POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE E O CUIDADO  
DE ENFERMAGEM À CRIANÇA- TECNOLOGIAS  
DE PROCESSOS E PRODUTOS**

Local: Auditório Rodolpho Paulo Rocco

Hora: 9:20-10:40

*Moderadora: Regina Aparecida Garcia Lima  
Profa. Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão  
Preto. USP. Pesquisadora CNPQ/CAPES/ FAPESP.*

***A terapia intravenosa em pediatria:******Manejo e cuidados de enfermagem.***

*Dra. Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira.*

*Profa. Adjunta. DE/UNIFESP. Pesquisadora CNPQ*

***As tecnologias no cuidado a criança com câncer.***

*Ms. Leila Leontina Couto.*

*Enfermeira Tecnologista Junior III. HC1/ INCA-RJ*

***A produção do conhecimento e a geração  
de dispositivos tecnológicos para o cuidado da criança.***

*Dra. Maria Aparecida de Luca Nascimento.*

*Profa. Colaboradora. DEMI/UNIRIO)*

**MESA REDONDA**

**POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE E O CUIDADO  
DE ENFERMAGEM AO NEONATO - TECNOLOGIAS  
DE PROCESSOS E PRODUTOS**

Local: Auditório da Biblioteca Central do CCS

Hora: 9:20-10:40

*Moderadora: Dra. Myriam Aparecida Mandetta Pettengill.  
Profa. Adjunto II. Departamento de Enfermagem/ UNIFESP.*

**Intervenções não farmacológicas para o manejo da dor do neonato.**

*Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi  
Profa. Titular Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Pesquisadora CNPQ  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP*

**O método mãe canguru no cuidado ao recém-nascido.**

*Ms. Suzanne Oliveira de Menezes.  
Enfermeira. Assessora da Superintendência do Serviço de Saúde da SMS /RJ.*

**Aleitamento materno durante a vacinação do BCG-ID: uma intervenção de enfermagem**

*Ms. Mariana Gomes Cardim.  
Tecnologista Junior IFF/Fiocruz/RJ.  
Mestre em enfermagem UNIRIO*

**MESA REDONDA**

**POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM DO ADOLESCENTE - TECNOLOGIAS DE PROCESSOS E PRODUTOS**

Local: Auditório Helio Fraga  
Hora: 9:20-10:40

*Moderadora: Conceição Vieira da Silva  
Prof. Associada do Departamento de enfermagem UNIFESP.  
Vice presidente*

**Paternidade na adolescência: vivências e significados no olhar de homens que a experimentaram**

*Áurea Christina de Paula Corrêa  
Profa. Adjunta da Universidade Federal do Mato Grosso.  
Pesquisadora FAPEMAT.*

**Fragilidade Clínica e vulnerabilidade social no adolescer com AIDS**

*Dda. Cristiane Cardoso de Paula  
(Profa. Assistente DE/UFSM  
Doutoranda EEAN/UFRJ*

**Mãe adolescente experienciando o cuidado do filho: um modelo teórico**

*Ms. Paula Rosenberg de Andrade  
Enfermeira Pediatra do Centro Assistencial Cruz de Malta/Mestre em Ciências/UNIFESP/SP*

**10:40-11:00  
INTERVALO**

**SESSÃO PÔSTER (EXPOSIÇÃO PARALELA)**

*Coordenadores: Prof. Ms. Antonio Eduardo Vieira dos Santos e Prof. Ms. Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas*

Hora: 8:00 – 12:00

Local: Hall de acesso ao Auditório Rodolpho Paulo Rocco e Hall de acesso do Auditório da Biblioteca Central do CCS

**11-12:00**

**SESSÃO DE PREMIAÇÃO**

**12:00-12:30**

**SESSÃO DE ENCERRAMENTO**

Almoço de encerramento por adesão no Restaurante Siri do Galeão  
Balada na noite da Lapa – Rio Scenarium  
Adesão

**03 DE OUTUBRO DE 2007**

**8 – 12 HORAS**

**ATUALIZAÇÃO REANIMAÇÃO NEONATAL**

*Dra. Marialda Moreira Christofel  
(EEAN/UFRJ/DEMI)*

*Ms. Carlos Sergio Correa reis (FEUERJ/DEMI)  
Dda. Sandra Teixeira de Araújo Pacheco (FEUERJ/DEMI)*

Local: Sala 1 do PA EEAN  
Rua Afonso Cavalcanti, 275. Cidade Nova.  
Perto do Metro da Pça XI

**TERAPIA INTRAVENOSA EM PEDIATRIA**

*Dra. Maria Angélica Sorgini Peterlini  
Profa. Adjunta. DE/UNIFESP.  
Ms. Denise Miyuki Kusahara  
Enfermeira. Mestre em Enfermagem pediátrica. UNIFESP*

Local: Sala 2 do PA EEAN  
Rua Afonso Cavalcanti, 275. Cidade Nova.  
Perto do Metro da Pça XI

**13 AS 17 HORAS**

**PICC**

*Dda. Elisa da Conceição Rodrigues (DEMI/EEAN/UFRJ)*

Local: Sala 2 do PA EEAN  
Rua Afonso Cavalcanti, 275. Cidade Nova.  
Perto do Metro da Pça XI

**PROGRAMAÇÃO**

**15**

**PROGRAMAÇÃO**



# UM PROJETO DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DE PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO NASCIDOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PERFIL DA CLIENTELA ATENDIDA

ADRIANA FERREIRA OLIVEIRA<sup>1</sup>

JULIANNA COTRIK GOMES<sup>1</sup>

DAYSA OERARO RAMALHO<sup>2</sup>

LETÍCIA M. KAYAKAWA<sup>2</sup>

TALITA MARIA BENGOSI<sup>2</sup>

EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO<sup>3</sup>

SARAH NANCY DEGGAU HEGETO DE SOUZA<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** Os avanços tecnológicos e científicos colaboraram para que muitos recém-nascidos extremamente prematuros que alguns anos atrás viviam apenas horas ou dias, hoje sobrevivam e vão para casa com os pais, porém a morbidade dos RNMBP decorrentes da imaturidade tem progredido. Diante dessa demanda, sentiu-se a necessidade de implantar um programa concebido pela enfermagem, o qual busca a articulação com outros profissionais e serviços, visando oferecer uma rede de apoio para atenção integral à família e ao prematuro de muito baixo peso internado em Unidade Neonatal, entendendo que sobreviver não deve ser a única meta dos cuidados intensivos neonatais, mas sim o primeiro passo na vida dessas crianças e suas famílias. A atuação de enfermagem neste programa foi pensada para assistir a prematuridade como um evento que envolve toda a família, fazendo-se necessário uma assistência que abordasse não apenas o aspecto biológico, mas também emocional, sociocultural, econômico e político, oferecendo suporte a essas famílias para o enfrentamento das situações advindas do nascimento e da demanda de cuidado do seu filho prematuro. O atendimento tem início no ambiente hospitalar, na ocasião do nascimento, incluindo o acompanhamento durante todo o período de internação, como também no processo de preparo para a alta hospitalar, atendimento domiciliar e ambulatorial até um ano de vida da criança. **OBJETIVO:** Com a finalidade de subsidiar o planejamento e organização das ações em saúde, este trabalho teve o objetivo de caracterizar e descrever o perfil da clientela da população atendida pelo projeto no Hospital Universitário de Londrina (HU) no ano de 2006. **METODOLOGIA:** O HU é um hospital público de grande porte no norte do Paraná, caracterizado por ser de nível terciário, de alta complexidade e também considerado um serviço de referência para gestação de risco para o município e região Norte do Estado. Dos 85 atendimentos de prematuros com muito baixo peso no HU, 71 bebês foram incluídos no projeto e participaram da pesquisa. Foram excluídos todos os

casos de óbitos até 72 horas após o parto (n=7), devido à falta de tempo para intervenção significativa das atividades do projeto. Aqueles que nasceram com peso inferior a 1500g no ano de 2006 e não foram acompanhados pelo projeto por algum motivo (n=7), foram considerados perdidos. A fonte de dados para o estudo foi o instrumento de registro utilizado nos atendimentos. As variáveis estudadas foram: dados da gestação, tipo de parto, condições biológicas do bebê, psicológicas da mãe, sociais da família e relativos à internação. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a julho e foi transcrita para um banco de dados do EpiInfo versão 3.2 elaborado e testado para este fim. **RESULTADOS:** Identificou-se que praticamente metade dos pais participantes do projeto foram procedentes do próprio município de Londrina (49,3%), e os demais provenientes de algum município da mesma regional, que é a 17ª (47,9%) ou de outras localidades (2,8%). Observou-se que grande parte das mães (41,3%) não possuem o ensino fundamental completo; metade das gestações (50,8%) não foram planejadas; de cada cinco mães, uma era adolescente. As gestações de gemelares apareceram numa frequência de 19,7%. Aproximadamente um terço da população estudada nasceu com idade gestacional inferior à 27 semanas, considerados extremamente prematuros e peso inferior a 1000g ocorreu em 45,1% do total de nascidos. O parto normal ocorreu em 32,4% dos casos, ou seja, os partos cesáreos foram muito mais frequentes. Em cada sete partos, um obteve apgar abaixo de 7 no quinto minuto. A maioria (81,7%) dos recém-nascidos ficaram internados por pelo menos dois meses no HU, sendo que 49,3% das mães tinham outro(s) filho(s) em casa. **CONCLUSÃO:** O apoio ao planejamento familiar deve ser enfatizado na comunidade, bem como o investimento na qualidade do pré-natal visando a prevenção destes nascimentos prematuros. O perfil da clientela revela uma necessidade de atenção integral às famílias durante o longo período de internação e após a alta de seu filho prematuro,

considerando o significado deste nascimento para a família e também o contexto que o evento ocorreu. O vínculo da equipe de saúde com a família, estabelecido a partir da concepção da responsabilidade compartilhada, iniciado na ocasião do nascimento, continuado no período de hospitalização e acompanhado até um ano de vida tem sido um fator determinante para a possibilidade de intervir a favor da saúde dessas crianças e suas famílias.

## REFERÊNCIAS

BATISTELA, S.; ROSSETTO, E.G. Mortalidade Infantil entre os recém-nascidos de muito baixo peso em Londrina entre 2000-2005. 2006. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 63p.

COSTA, H. P. F.; MARBA, S.T. O recém nascido de muito baixo peso. São Paulo: Atheneu, 2004.

KENNER, C. Planejamento de alta e assistência hospitalar. In: \_\_\_\_\_. Enfermagem neonatal. 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2001.

## AUTORES

<sup>1</sup>Estudante. Universidade Estadual de Londrina.

<sup>2</sup>Residente. Universidade Estadual de Londrina.

<sup>3</sup>Docente. Universidade Estadual de Londrina.

# ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDA COM MÃES DE UMA MATERNIDADE DE RISCO NO PREPARO DE ALTA: UMA ABORDAGEM DIFERENTE.

Aline Celeste Dias<sup>1</sup>

Clarice Martins Lima Maebara<sup>2</sup>

Flávia Lopes Gabani<sup>2</sup>

Irene de Lazari<sup>2</sup>

Márcia Maria Benevenuto de Oliveira<sup>2</sup>

Rosângela Aparecida<sup>2</sup>

Pimenta Ferrari<sup>2</sup>

O puerpério é uma fase de intensas mudanças biopsicossociais na vida da mulher e representa um período de intenso aprendizado e adaptação para a mãe e para o neonato. Com o advento da maternidade, surgem exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação à puérpera quanto ao desempenho das funções maternas. Alguns estudos ressaltam a importância de uma relação familiar harmoniosa e integrada neste período, que seja capaz de promover apoio efetivo à mãe, contribuiu para um desfecho saudável do puerpério. A colaboração do cônjuge no cuidado ao binômio mãe e filho nesta fase, para alguns autores, talvez possa contribuir para o fortalecimento da relação conjugal. Pesquisas recentes recomendam ações em saúde que facilitem a compreensão das fases críticas do puerpério pelo casal, como estratégia de prevenção de problemas de relacionamento comuns neste período, facilitando o exercício materno saudável e essencial ao desenvolvimento humano. Dessa forma, os profissionais de saúde desempenham um papel muito importante na assistência à puérpera, especialmente nos primeiros dias após o parto. Estudos ressaltam que o preparo adequado das mães e da família para a alta hospitalar facilita a adaptação à criança, reduzindo a ansiedade e aumentando a autoconfiança materna no cuidado domiciliar. O enfermeiro destaca-se dos demais profissionais por permanecer mais próximo do binômio e da família durante toda a sua internação, possuindo dessa forma, visão ampla das necessidades de saúde de todos os envolvidos neste processo. Portanto, cabe a este profissional educar e preparar a família para alta hospitalar, utilizando uma comunicação simples e objetiva com conhecimentos técnico-científicos atualizados. Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo apresentar a percepção das mães/puérperas sobre a educação em saúde para a alta hospitalar. As atividades de educação em saúde são realizadas aos sábados no período da manhã, como atribuição inerente à Residência de Enfermagem em Saúde da Criança da Universidade Estadual de Londrina-Paraná, que teve início em 2006. A estratégia de aborda-

gem se ancora na troca de experiências entre as mães e participação dos familiares, valorizando o indivíduo dentro sua realidade, considerando seu contexto social. Esta abordagem tem suas raízes na Educação Popular, baseada nos princípios de Paulo Freire, que considera a inserção crítica do homem na sua realidade, com objetivo de promover a transformação social. O método propõe a produção coletiva de conhecimento, valorizando a participação ativa dos membros do grupo. Ao chegar à maternidade inicia-se a atividade com dinâmicas de interação para estabelecer vínculo, residentes-mães, permitindo liberdade de expressão entre os pares. Além da realização das dinâmicas, utilizam-se recursos como: seio cobaia, boneca ilustrativa, expressões corporais e faciais e linguagem simples. A atividade educativa aborda temas básicos pertinentes à saúde do binômio, baseados na prevenção dos agravos de saúde e, conseqüentemente, da morbi-mortalidade materno-infantil como: manejo e vantagens do aleitamento materno; cuidados gerais com recém-nascido; medidas de prevenção de acidentes infantis, auto-cuidado materno, mitos e tabus puerperais; prevenção dos agravos puerperais; relacionamento familiar e conjugal após a chegada do recém-nascido; importância do apoio familiar à mãe após a alta; participação do companheiro nos cuidados dispensados ao bebê; sexualidade da puérpera; orientação para procura do serviço de atenção básica (puericultura, imunização, teste do pezinho, teste de orelhinha, retorno puerperal, planejamento familiar); orientações de referência e contra-referência à atenção materno-infantil dos serviços de saúde do município. A pesquisa foi realizada no período de abril a dezembro de 2006 com mães, na presença dos familiares, participantes das atividades de educação em saúde promovidas pelas residentes de Enfermagem em Saúde da Criança. O local de estudo foi a maternidade, do Hospital Universitário-HU, Londrina-Paraná. O HU é considerado um hospital de ensino público de grande porte, nível terciário, referência no norte do estado, no atendimento à gestação de alto risco. Possui um Banco de Leite Humano, UTI-Neo-

natal, UCI-Neonatal, UTI-Pediátrica e Unidade Pediátrica. A maternidade possui Alojamento Conjunto e está credenciada como Hospital Amigo da Criança desde 2000. Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário às mães, composto por questões fechadas. Para a análise dos dados foi utilizado programa computacional para tabulação em números absolutos e percentuais. A população de estudo totalizou 53 mães/puérperas, que responderam os questionários após a participação da atividade de educação em saúde. Os resultados obtidos sobre a percepção das mães em relação à atividade de educação em saúde e a forma de abordagem possibilitam ótima compreensão dos temas abordados (90,6%) e apenas 1,9% não conseguiu entender. Quanto ao conteúdo dos temas socializados, aproximadamente 85% das mães consideram ótimo e 13,2% avaliaram como bom. A contribuição dos temas apresentados na atividade de educação em saúde para 96,2% das mulheres representa grande pertinência no cotidiano após a alta hospitalar. Observou-se ainda, que 47,2% e 43,4% das mães consideram ótimo e bom, respectivamente, a participação dos familiares durante a atividade. Em relação à forma descontraída da abordagem 92,4% das mulheres consideram ótima e 7,5% boa. A partir dos resultados da presente pesquisa, propõe-se que a atividade de educação em saúde seja uma prática do enfermeiro do campo durante a semana, visto que, a atuação das residentes relacionada a essa atividade se concentra aos sábados. Vislumbrar a reorganização de trabalho da equipe poderá ampliar o atendimento às mães e famílias quanto à orientação para a alta e, também, integrar a família nas ações de cuidado à saúde materno-infantil, contribuindo para a formação de uma rede de cuidado equânime.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília, 2002.

CORRÊA, C.R.H.; JULIANI, C.M.C. Aleitamento materno: Conhecimentos e atitudes da equipe de enfermagem. Revista Paulista de Enfermagem. v. 21, n.1, p.84-94, 2002.

GIUGLIANI, E.R.J. O Aleitamento Materno na prática clínica. Jornal de pediatria. v. 76, Supl. 3, p. 238-252, 2000. Disponível: <http://www.jped.com.br>. Acesso em: 03 jul. 2007.

MALDONADO, M. T. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

ROCHA, F. L.. Depressão puerperal: revisão e atualização. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 105-114, mar 1999.

## PALAVRAS-CHAVES

Neonato; Puérpera; Educação em saúde.

## AUTORES

<sup>1</sup>Enfermeira, residente de Enfermagem em Saúde da Criança, Universidade Estadual de Londrina-PR.

<sup>2</sup>Hospital Universitário de Londrina-PR/ Universidade Estadual de Londrina

# OS PROBIÓTICOS E PREBIÓTICOS: A EXISTÊNCIA NO LEITE HUMANO E FUNCIONALIDADE NA FLORA INTESTINAL DO RECÉM-NASCIDO.

ANA LUIZA DORNELES DA SILVEIRA<sup>1</sup>

Esta pesquisa foi realizada devido a enorme curiosidade relacionada aos efeitos terapêuticos que o leite humano poderia possuir além de, ser considerado o melhor alimento para os recém-nascidos como fonte de nutrição. O Ministério da Saúde enfatiza a importância do aleitamento materno como fator redutor da morbimortalidade infantil, sendo comprovado que crianças amamentadas ao seio apresentam menor risco de contrair doenças respiratórias e diarreicas, então, qual seria o mecanismo de ação que o leite humano usaria para proteger o recém-nascido de diarreias, por exemplo. A partir deste pensamento foram traçados como objetivos deste estudo: obter informações sobre a existência de prebióticos e probióticos no leite humano, definir seus conceitos, identificar os agentes probióticos e prebióticos encontrados atualmente no leite humano e descrever a funcionalidade dos mesmos na flora intestinal do recém-nascido. Para isso, foi utilizado como metodologia a pesquisa bibliográfica, onde foram encontradas divergências quanto à presença de probióticos no leite humano, entretanto com relação à presença de prebióticos, o resultado foi positivo e comprovado em muitos estudos. Em estudo realizado com colostro ordenhado, mostra a presença de diversos grupos clássicos de microorganismos, dentre eles as bactérias lácticas, e apenas um estudo diverge sobre a presença de microorganismos no mesmo, apresentando a certeza de que o leite humano deve ser produzido estéril. Dados mostram que antes das mamas se prepararem para aleitar, os ductos mamários encontram-se colabados e para receber o leite humano devido a sua produção, os ductos precisam se abrir, permitindo também a entrada de microorganismos que colonizam o local. Há existência comprovada de bifidobactérias e lactobacilos na flora intestinal de bebês alimentados com leite humano, demonstrando a sua viabilidade no trato gastrointestinal e diferenciação dos bebês alimentados por fórmulas lácteas, que apresentam em sua predominância coliformes e bacterióides. O gênero bifidobacterium foi isolado e classificado no ano de 1924 por Orla-Jensen e hoje já são conhecidas 24 espécies, as quais diferenciam-se entre si pela capacidade de fermentarem diferentes tipos de açúcares; a maioria fermenta a lactose, como também hidrolisa o amido. Apresentam-se como lon-

gas células com ligeiras curvas, ou curtas células com pontas delgadas. Gram positivos, não formadores de esporos, não moveis, coradas com azul de metileno; são microorganismos anaeróbios, embora algumas espécies tolerem o O<sub>2</sub>, temperatura de crescimento mínima entre 25°C e 28°C e máxima de 43°C e 45°C; pH ótimo de crescimento entre 6,5 e 7,0. O gênero lactobacillus foi isolado e classificado no ano de 1901 por Otto Kandler e Norbert; hoje já se conhecem 44 espécies. São células que variam de longas a delgadas, às vezes tendem a hastes curtas, cocobacilos, formadores de cadeias, comumente sem motilidade, não formadores de esporos; Gram positivos, coradas com azul de metileno, anaeróbios facultativos, catalase negativa, crescimento ótimo entre 30°C e 40°C, pH de crescimento entre 5,5 e 6,2. Quanto a funcionalidade, muito se acredita serem os prebióticos fatores de estimulação para a existência dos probióticos, que apresentam função protetora para a flora intestinal colonizada do recém-nascido através de mecanismos de opsonização de bactérias patogênicas, redução do pH intestinal desfavorecendo a colonização, competindo por nutrientes e participando da modulação do sistema imune através de sua adesão aos enterócitos, estimulando o sistema enteromamário. O leite humano contém o fator bifidus, que é considerado um prebiótico por estimular a produção da flora bifida (bifidobactérias), além de efeitos imunomoduladores. O mecanismo de ação de cada probiótico especificamente ainda não foi definido em nenhum estudo encontrado, apenas a existência dos mesmos e seus efeitos benéficos, assim como com relação aos lactobacilos, no entanto, os prebióticos são considerados existentes no leite humano por serem oligossacarídeos e se encontrarem na fração solução do mesmo. Portanto conclui-se que, novas pesquisas relacionadas a existência de probióticos no leite humano, assim como quem são, sua viabilidade no trajeto gastrointestinal e sua funcionalidade específica na flora intestinal do recém-nascido são necessários, pois através de novos estudos pode-se encontrar soluções mais viáveis para alimentação de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos de região abdominal dentre outras possibilidades terapêuticas.

## REFERÊNCIAS

Almeida, J.A.G. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999. 119p.

Morais, M.B, Jacob, C.M.A . O papel dos probióticos e prebióticos na prática pediátrica. *Jornal de Pediatria* 2006, 82 (5): 189-97.

Novak, F.R, Almeida, J.A.G., Silva, G.O, Borba, L.M. Coloostro humano: fonte natural de probióticos?. *Jornal de pediatria* 2001; 77(4): 265-70.

Penna, F.J, Nicoli, J.R. Influência do colostro na colonização bacteriana normal do trato digestivo do recém-nascido. *Jornal de pediatria* 2001; 77(4): 251-52.

Vieira, G.O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia na cidade de Feira de Santana. 2002.200f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, 2002.

## DESCRITORES

Leite humano – prebióticos – probióticos – flora intestinal.

## AUTORES

<sup>1</sup>*Hospital Getulio Vargas Filho.*

# SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM NA COMUNIDADE DE PARAISÓPOLIS NA CIDADE DE SÃO PAULO

ANDREA DE CAMPOS OLIVERIA<sup>1</sup>

A síndrome alcoólica fetal (SAF) é a complicação mais grave causada pelo consumo de álcool durante a gestação. O efeito teratogênico do álcool induz à morte celular, sendo as do sistema nervoso central (SNC) especialmente vulneráveis. A associação entre beber e o desenvolvimento do SNC, esta diretamente relacionada ao tempo de exposição, idade gestacional e a quantidade de álcool consumida. A exposição no primeiro trimestre esta relacionada à anormalidades craniofaciais, no segundo, aborto espontâneo e no terceiro alterações do crescimento e desenvolvimento do SNC. 1 A SAF compreende uma constelação de anormalidades físicas, comportamentais e cognitivas caracterizadas por: 1) retardo do crescimento pré e/ou pós natal, estatura menor que percentil 10; 2) disfunções do SNC, com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e déficit cognitivo, associado ou não a anormalidades estruturais como microcefalia ou malformações cerebrais; 3) dismorfismo facial com fenda palpebral pequena, hipoplasia maxilar e filtro nasal alongado, o que confere aos afetados pela síndrome características fenotípicas peculiares. 2 A incidência de SAF é estimada entre 1 a 3 casos/1000 nascidos. A causa primária é consumo de álcool durante a gestação ou consumo eventual de grandes quantidades de álcool. Uma vez afetada pela SAF não há reversão dos danos causados ao SNC. A ação preventiva e eficaz é a abstinência do consumo de bebidas alcoólicas pelas mulheres durante a gravidez. Em nosso país a ausência de políticas públicas e programas de detecção de consumo de bebidas alcoólicas entre as gestantes, aliadas ao desconhecimento dos profissionais da área da saúde e a grande tolerância do consumo bebida alcoólicas pela população, aumentam os risco de incidência da SAF, que é certamente subestimado, quando comparados aos dados de consumo de bebidas alcoólicas pela população. 3, 4, 5 O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento dos enfermeiros que trabalham na comunidade de Paraisópolis sobre os efeitos deletérios do álcool sobre o feto e levantar quais as orientações que esses profissionais fornecem à população para prevenir as complicações da exposição fetal ao álcool. O projeto foi aprovado do pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os profissionais foram contatados e após assinatura do Consentimento livre e Es-

clarecido preencheram questionário da pesquisa. Foram sujeitos do estudo enfermeiros que trabalham na comunidade de Paraisópolis na Unidade Básica de Saúde Municipal (UBS), que segue as diretrizes do Programa de Saúde da Família e no Programa Einstein na a Comunidade (PEC) mantido pelo Instituto Israelita de Responsabilidade Social. Trabalham na UBS 08 enfermeiros e no PEC 06. No momento da coleta havia 06 estagiários no PEC e também convidados a participar da pesquisa. Totalizando 20 enfermeiros que representa 100% dos profissionais que atuam na comunidade. Todas as participantes são mulheres, 45% (09) têm até 5 anos de atividade profissional; 15% (03) entre 5 e 10 anos; 25% (05) entre 10 e 15 anos e 15% (03) com mais de 15 anos. Quando perguntado se o consumo de álcool durante a gestação pode causar algum problema ao bebê, 100% assinalaram que sim. Quanto ao prejuízo causado estar relacionado à quantidade de bebida ingerida, 75% (15) declarou acreditar que existe relação entre dose ingerida e possível prejuízo ao bebê. Foi perguntado de qual seria a quantidade de bebida alcoólica que uma gestante poderia consumir: 40% (08) dos enfermeiros responderam nenhuma, 55% (11) declaram alguma quantidade, as respostas variaram de doses eventuais a 3 doses semanais, 5% (1) declarou não saber. A maioria dos enfermeiros considera aceitável o consumo de bebidas alcoólicas por gestantes o que revela o desconhecimento da recomendação de abstinência e sugere que as orientações à população quanto às complicações do consumo de bebidas alcoólicas por mulheres grávidas não sejam adequadas. Foi solicitado que os enfermeiros assinalassem as anormalidades relacionadas a exposição fetal ao álcool temos que: 85% (17) assinalaram déficit crescimento; 55% (11) dificuldades aprendizado escolar; 50% (10) alterações comportamentais e deficiência mental e 25% (5) assinalaram defeitos físicos. Todas as anormalidades acima estão relacionadas com a exposição fetal ao álcool. A SAF é caracterizada pelo conjunto de sinais e sintomas que compreendem déficit crescimento ponderal, anormalidades faciais e deficiência mental. Quanto ao conhecimento das características definidoras da SAF 20% (4) não responderam esta questão, das respostas válidas apenas 12% (2)

assinalaram alternativa correta, e restante da mostra 88% (14) assinalaram alternativas que continham a síndrome de abstinência do recém nascido, o que revela pouca consistência entre entendimento dos efeitos deletérios do álcool ao feto e o conhecimento da SAF. Todos os enfermeiros consideram a unidade básica de saúde local adequado para que a população seja informada/educada sobre os efeitos deletérios do álcool sobre o feto. A principal recomendação dada à população é não consumir bebidas alcoólicas durante a gestação associando-a aos possíveis prejuízos ao bebê. As ações educacionais que poderiam ser desenvolvidas são de palestras educativas; orientações no grupo de gestantes e ações educativas dentro da comunidade. Isto mostra o entendimento dos enfermeiros sobre sua inserção no processo educacional da comunidade. Os achados são relevantes, pois, confirmam o pouco conhecimento dos enfermeiros sobre os efeitos deletérios do álcool quando consumido durante a gestação. O que é especialmente preocupante nesta comunidade onde os enfermeiros desenvolvem atividades intensas nos programas de pré-natal e puericultura, além do treinamento e supervisão dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Thompson MW; McInnes RR; Willard HYF Aspectos genéticos do desenvolvimento. In Thompson & Thompson. Genética Médica. Rio Janeiro Guanabara koogan. 1991.
2. Bertrand J et al. National task force on FAS FAE. Fetal alcohol Syndrome: Guidelines for referral and diagnosis. Atlanta GA: Centers for Diseases Control and Prevention, 2004.
3. Laranjeira R; Romano M Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. Revista brasileira de Psiquiatria. 26 (suplemento I) 2004
4. Fabri C Desenvolvimento e validação de instrumento para rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-AGE), Dissertação (mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2002.
5. Carlini EA, et al I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: envolvendo 107 maiores cidades do país, CEBRID Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas UNIFESP-. 2002

## AUTORES

*1Mestre Distúrbios do Desenvolvimento, pela Universidade Presbiteriana Mackenzie-SP. Especialista em Enfermagem Pediátrica Pela SOBEP. Enfermeira Sênior Unidade Pediátrica do Hospital Israelita Albert Einstein.*

# O SIGNIFICADO DE TOCAR O RECÉM-NASCIDO PREMATURO PARA AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

CARLA CANIATTO PERENCINI

CIRCÉA AMALIA RIBEIRO2

**INTRODUÇÃO:** Em neonatologia, comunicamo-nos de modo constante com o bebê, utilizando intensamente a comunicação não-verbal, ou seja, aquela que ocorre na interação pessoa-pessoa, por meio de gestos, posturas, expressões faciais e pelo toque. Dentre as formas de comunicação não-verbal, destaca-se a tacênica que envolve o estudo do toque e suas características, podendo demonstrar afeto, envolvimento, segurança e valorização do ser humano (1). Existem três tipos de toque: o expressivo que ocorre espontaneamente, promovendo contato afetivo e não faz parte dos procedimentos; o instrumental, que visa ao contato físico deliberado, requerido para desenvolver um procedimento específico e o expressivo-instrumental que é uma combinação dos dois outros tipos de toque (2). Em se tratando da assistência ao recém-nascido prematuro, o conhecimento e o aprimoramento constante desse tipo de linguagem são fundamentais e devem ser integrados à assistência. Estudos constataam um ganho de peso ponderal mais rápido em prematuros massageados sistematicamente, levando a uma diminuição considerável do número de dias de internação e, conseqüentemente, redução dos custos hospitalares (3). Como enfermeiras com experiência assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, temos observado que a execução de procedimentos realizados com o bebê, em geral, parece extremamente mecânica, ou seja, as tarefas são executadas sem considerar suas reações e sem outra interação com ele, além do toque instrumental exigido pelo procedimento. Nem sempre, também, os profissionais de saúde proporcionam o toque afetivo, demonstrando carinho, afeto e segurança que é extremamente necessário ao crescimento e desenvolvimento dos bebês. Com base nessa observação, surge nossa preocupação a respeito de como toda esta situação poderá afetar o neonato, uma vez que a conscientização da importância do tipo de toque oferecido ao recém-nascido torna-se fundamental no cuidar com qualidade para o alcance de uma assistência de enfermagem humanizada e prazerosa. Será que ao interagir com tantas rotinas e realizar procedimentos, atrás da grande habilidade manual exigida para a assistência de enfermagem, os profissionais de enfermagem têm a consciência do quanto o toque influencia as experiências que o neonato

pré-termo levará para o resto da vida? O quanto eles percebem que podem contribuir para melhorar a qualidade das experiências dos toques oferecidos aos recém-nascidos prematuros, durante sua permanência no hospital e o quanto estarão participando de seu desenvolvimento? Buscando responder a essas inquietações, realizamos este estudo. **OBJETIVO:** compreender o significado atribuído pelo auxiliar e técnico de enfermagem ao ato de tocar o prematuro, no contexto do cuidado de enfermagem. **METODOLOGIA:** O estudo foi de natureza qualitativa e utilizou o Interacionismo Simbólico (IS) como referencial teórico (4) e a Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory) como referencial metodológico (5). Os dados foram coletados na Unidade de Prematuros de uma instituição privada situada na cidade de São Paulo, por meio de observação e entrevistas semi-estruturadas realizadas com cinco funcionárias, sendo três auxiliares e duas técnicas de enfermagem. A análise dos dados foi acontecendo concomitantemente à coleta dos mesmos através da Codificação Aberta que consiste na identificação e análise cuidadosa dos dados e conceituação dos mesmos em forma de código; a Categorização que consiste no processo de agrupar conceitos que pertencem a um mesmo fenômeno; Codificação Teórica caracterizada pela densificação e reagrupamento de categorias que expressem conceitos similares, até se obter saturação (5). **RESULTADOS:** Embora esta metodologia se proponha à elaboração de um modelo teórico, ela pode ser interrompida numa etapa anterior, sem que se incida em erro metodológico. Assim, este estudo foi conduzido até a Codificação Teórica levando à identificação da Categoria Conceitual Promovendo o bem-estar e o cuidado do bebê por meio do toque, a qual permitiu compreender que as auxiliares e técnicas de enfermagem integram o toque aos cuidados diários prestados ao bebê e empreendem a ação de tocá-lo no sentido de promover o seu bem-estar e buscar favorecer a interação com ele. Também reconhecem que existem condições que favorecem ou não o ato de tocar os bebês prematuros. Como conseqüência desta promoção de bem-estar para o bebê, e da oportunidade de utilização do toque no cuidado, as funcionárias sentem-se gratificadas. As categorias que compõe essa ex-

periência são: Tocando para cuidar, Favorecendo a interação com o bebê, Reconhecendo condições para o tocar, Promovendo o bem-estar do bebê e Sentindo-se gratificada. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os dados emergidos do estudo confirmam o quanto a assistência prestada ao prematuro pode qualificar-se quando conseguimos visualizar o toque como uma ação de cuidado e inseri-lo, em meio a tantas rotinas que temos a seguir em uma Unidade de Cuidados de Recém-nascidos Prematuros. Um resultado surpreendente foi a importância atribuída pelas funcionárias ao ato de tocar o recém-nascido prematuro, evidenciando que elas já estão sensibilizadas para a importância do toque e, assim, cabe a nós, enfermeiras, sermos facilitadoras e fornecermos subsídios teóricos, para que sedimentem esse conhecimento, favorecendo que o toque seja realizado durante o cuidado, de uma maneira sistematizada.

## REFERÊNCIAS

1. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo (SP): Gente; 1996.
2. Watson WH. The meanings of touch: geriatric nursing. J.Communication 1975; 25 (3): 104-12.
3. Field TM. Preterm Infant Massage Therapy Studies: an American Approach. Semin Neonatol 2002; 7: 487-94.
4. Charon JM. Symbolic interacionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3ª ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1989.
5. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine; 1967.

## AUTORES

<sup>1</sup>Enfermeira pediatra. Mestre em Enfermagem Pediátrica pela UNIFESP. Professora de Enfermagem Pediátrica da Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul)

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UNIFESP. Orientadora.

# CUIDADOS AOS PREMATUROS VISANDO À ALTA HOSPITALAR: CONSTRUINDO CONHECIMENTOS COM MÃES

CARMEN GRACINDA SILVAN SCOCHI<sup>1</sup>

ADRIANA MORAES LEITE<sup>1</sup>

GEOVANA MAGALHÃES FERECINI<sup>2</sup>

LUCIANA MARA MONTI FONSECA<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** As práticas educativas dirigidas às mães de prematuros têm sido realizadas de maneira tradicional, ministradas por profissionais sem a participação ativa da clientela nesse processo. Num esforço para o preparo de mães mais adequadas para a alta hospitalar de bebês prematuros, motivou-se realizar o presente estudo, visualizando a possibilidade de construir, com mães, conhecimentos acerca dos cuidados com seus filhos prematuros, mediados pela utilização de uma cartilha educativa. **OBJETIVOS:** avaliar a aquisição de conhecimentos cognitivos de mães de bebês prematuros, proporcionados pelo desenvolvimento de atividades educativas utilizando a metodologia participativa, mediadas pela utilização de uma cartilha sobre os cuidados com o bebê prematuro, e descrever a percepção destas mães sobre o material utilizado e a vivência nos grupos educativos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de intervenção educacional realizada com mães de bebês prematuros internados na unidade de cuidados intermediários neonatal de um hospital público universitário de Ribeirão Preto, SP. Os critérios para inclusão das mães no estudo são: terem recém-nascidos pré-termo; não terem contra-indicação à amamentação e aceitarem participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A intervenção consiste em atividades educativas grupais mediadas pelo uso da cartilha educativa "Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família". A coleta de dados está sendo realizada por meio de entrevista estruturada, pré e pós intervenção, orientada por um roteiro contendo 46 afirmações sobre os cuidados com o bebê prematuro. As participantes recebem a cartilha educativa para leitura e, posteriormente, participam de grupos educativos coordenados pela enfermeira-pesquisadora. A atividade grupal é iniciada com uma técnica de relaxamento e posteriormente são trabalhados participativamente os conteúdos abordados na cartilha e outros levantados pelas participantes relacionados ao cuidado do filho prematuro visando à alta hospitalar. Essas atividades são filmadas e transcritas na íntegra para a análise do comportamento verbal e não-verbal. As participantes também são estimuladas a expressarem suas opiniões acerca do material utilizado e a vivência nos grupos educa-

tivos. Para a análise dos dados foram utilizadas as abordagens quantitativa e qualitativa. Na abordagem quantitativa dimensionaram-se os conhecimentos adquiridos pelas mães tendo por base a comparação dos dados obtidos no pré e pós-teste, cujas respostas ao roteiro são categorizadas em certas e erradas, e o conhecimento geral de cada participante classificado em insuficiente, regular, bom e ótimo ao apresentar quantidade total de respostas corretas nos seguintes intervalos: até 11, de 12 a 23, 24 a 35, 36 a 46 questões, respectivamente. Na análise qualitativa das falas das mães relacionadas à cartilha educativa e vivência nos grupos educativos, foi utilizada a análise temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do hospital. **RESULTADOS:** Cada participante participou de duas reuniões educativas, no mínimo, com duração média de 1h à 2h, desenvolvidas com o uso da metodologia participativa, auxiliada por técnicas da comunicação terapêutica como a permanência em silêncio, a escuta reflexiva, a verbalização de interesse e aceitação e a devolução de perguntas. As primeiras quinze mães que participaram do estudo demonstraram nível de conhecimento bom (14) e regular (1) no pré-teste, passando para ótimo (15) no pós-teste, o que demonstra o impacto positivo da intervenção educativa. As questões com maior número de respostas erradas estão relacionadas ao banho de sol, vestimenta do bebê e tempo de congelamento do leite materno ordenhado. A temática em que estas mães apresentaram maior dificuldade durante as reuniões e que teve um maior tempo de discussão refere-se aos cuidados com a amamentação materna. Com relação à vivência das mães no grupo educativo, há o relato de todas as participantes de que o grupo permitiu a apreensão de novos conhecimentos, a troca de experiências entre as mães, além de ser um momento de descontração. A cartilha, apesar de não ter sido amplamente lida pelas participantes do estudo, mostrou ser um instrumento de grande importância para posterior consulta após a alta do prematuro, além de auxiliar na aquisição de conhecimentos de familiares. A análise do não-verbal através das filmagens mostrou a existência de coerência entre o comportamento verbal e o não-verbal, constatando direcionamento dos corpos para o outro, maneio positivo da cabeça, organização

do espaço e disposição dos móveis usados de maneira a encorajar a participação e promover a aproximação entre os participantes, além da presença de expressões faciais positivas mostrando sentimentos e gesto ilustradores e reguladores acompanhando a fala. Momentos em que foi percebida maior expressão facial de tristeza ou ansiedade nas participantes estavam relacionados ao tempo de interação do bebê e relacionamento familiar após a alta. CONCLUSÃO: A participação destas mães em atividades educativas utilizando a metodologia participativa, mediadas por uma cartilha educativa, possibilitou a aquisição de conhecimentos cognitivos além de tornar os momentos de educação em saúde prazerosos e possibilitar a troca de experiências. O uso de técnicas da comunicação terapêutica, além do reconhecimento dos comportamentos não-verbais foi de fundamental importância para facilitar o desenvolvimento de dinâmicas utilizando a metodologia participativa. A cartilha educativa mostrou-se um instrumento adequado para facilitar e dinamizar atividades de educação em saúde, porém não deve ser o único instrumento utilizado com o objetivo de aquisição de conhecimentos. Isto mostra a importância da sua maior distribuição para que novas propostas em Educação em Saúde surjam e se difundam a fim de contribuir com a construção de uma assistência integral mais criativa e participativa.

## REFERÊNCIAS

FONSECA, L.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família. 2.ed. Ribeirão Preto: FIERP, 2005. 64p.

FONSECA, L.M.M.; SCOCHI C.G.S.; ROCHA, S.M.M.; LEITE, A.M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.65-75, Jan./Fev. 2004a.

FREIRE, P. Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

SCOCHI, C.G.S. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. 2000. 245f. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2000.

SILVA, M.J.P.da. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo, Gente, 1996.

## AUTORES

<sup>1</sup>Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup>Mestranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup>Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

# ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO E A INTERRELAÇÃO COM O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO: O CASO DA FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UERJ (1992-1999).

DANIELLE COSTA DE REZENDE<sup>1</sup>

ISABEL CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** Devido ao alto índice de morbi-mortalidade infantil nos anos 50, tornou-se necessário a criação de hospitais infantis e enfermarias nos hospitais gerais com ambiente apropriado. Com isto, era fundamental o desenvolvimento da especialização em enfermagem pediátrica visando o aperfeiçoamento da assistência no tocante aos conhecimentos sobre o desenvolvimento físico e mental da criança desde a concepção até a adolescência (Velloso, 1952). Nos anos 70, dois acontecimentos marcaram o desenvolvimento da especialidade. Em 1970, foi realizado o 1º Encontro de Enfermeiras Pediátricas no Estado da Guanabara (atual município do Rio de Janeiro) com a finalidade de discutir os problemas da assistência à criança, e em 1972, foi criado o 1º Curso de Especialização em Pediatria e Puericultura na Escola Paulista de Enfermagem (atual Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – DE/UNIFESP)-Barbosa (1996). Vale destacar que, em 1996, ocorreu o 1º Encontro de Enfermagem Neonatológica promovido pelo DE/UNIFESP, que abordou a situação da especialidade e suas perspectivas para o futuro. O estudo está inserido no Projeto Integrado/ CNPq – “A institucionalização da enfermagem pediátrica a influência da especialização na prática profissional nos anos 70”. O objeto de estudo é a inter-relação entre a assistência de enfermagem ao recém-nascido e as temáticas das disciplinas do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal promovida pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem (FENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no período de 1992 a 1999. Esse recorte temporal se justifica pela criação e reformulação do referido curso. **OBJETIVOS:** descrever a assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido em diferentes cenários; correlacionar a assistência de enfermagem ao recém-nascido com as temáticas das disciplinas do curso de especialização e analisar a inter-relação entre a assistência de enfermagem ao recém-nascido e as temáticas das disciplinas do curso de especialização. Acredito que este estudo possa contribuir para o ensino dos estudantes de enfermagem quanto à

aprendizagem do processo de institucionalização de uma especialidade. Para assistência, o estudo contribui para as enfermeiras tenham uma visão crítica quanto às transformações ocorridas no cuidado ao recém-nascido e a importância de uma formação especializada. O estudo pode também oferecer subsídios para outras pesquisas na área de neonatologia para o Grupo de Pesquisa “Saúde da Criança/Cenário Hospitalar” e para o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de natureza histórica. As fontes primárias escritas serão as disciplinas do curso de especialização em enfermagem neonatal descritas nos relatórios do referido curso existentes no acervo do Centro de Memória da FENF / UERJ e os artigos da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) relacionados à enfermagem neonatal no período estudado. De acordo com Cardoso & Brignoli (1983), as fontes primárias são os documentos manuscritos de arquivos e fontes impressas, sendo estas escritas no período pesquisado. As fontes secundárias serão os livros de História do Brasil e de legislação do ensino superior (lato- senso). Para Cardoso & Brignoli (1983), essas fontes referem-se aos documentos bibliográficos, ou seja, livros ou artigos sobre o tema estudado. O estudo será sub dividido em duas etapas. A primeira etapa consta de um estudo quantitativo, no qual serão elaborados dois quadros sinópticos, sendo que o primeiro compreenderá um levantamento dos artigos publicados na REBEn no período estudado, destacando os estudos relacionados à neonatologia, e o segundo apresentará os artigos de enfermagem neonatal com os itens a saber: referência, título do estudo, síntese do resumo, categoria dos autores, tipo de estudo, sujeitos/amostra, cenários. A segunda etapa consta da análise temática dos discursos das enfermeiras publicados na REBEn e das disciplinas do curso de especialização em enfermagem neonatal da referida instituição. A pesquisa está em fase de coleta de dados e análise preliminar dos documentos.

SESSÃO COORDENADA  
SAÚDE DO NEONATO

29

SESSÃO COORDENADA  
SAÚDE DO NEONATO

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, V.L. Os paradigmas do curso de especialização em enfermagem neonatológica. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 9, n. esp, p.33-36, 1996.

CARDOSO, C.F; BRIGNOLI, H.P.Os métodos da história, 5 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983

ENCONTRO DE ENFERMAGEM NEONATOLÓGICA, I, 1996. São Paulo. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo.

ENCONTRO DE ENFERMAGEM NEONATOLÓGICA, I, 1996. São Paulo. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.9, n. esp, 5 p, 1996.

ENCONTRO DE ENFERMEIRAS PEDIÁTRICAS, 1, 1971. Estado da Guanabara. Anais de Enfermagem, Estado da Guanabara: Coleção Servir,1971, 118p.

VELLOSO, N.A Enfermagem pediátrica – mudança de atitude em relação à criança. Anais de Enfermagem, São Paulo, V.S, n. 2, p. 167-177, abr, 1952.

## AUTORES

<sup>1</sup>Graduanda do 6º período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery(EEAN). Bolsista de Iniciação Científica / FAPERJ.

<sup>2</sup>Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto nível 4 do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN/UFRJ. Orientadora. Líder do Grupo de Pesquisa - Saúde da Criança/Cenário Hospitalar. Pesquisadora/CNPq.

# ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS COM PESO DE NASCIMENTO <1500G: O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

FERNANDA BORGES LYRA<sup>1</sup>

ANA PAULA MIRANDA ROCHA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>

GUSTAVO DIAS DA SILVA<sup>1</sup>

LUCINÉISO RAPOSO ROSA<sup>1</sup>

NICOLE OLIVEIRA MOTA GIANINI<sup>1</sup>

**INTRODUÇÃO:** Com o avanço dos cuidados prestados e das tecnologias utilizadas nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), cada vez mais o limite de viabilidade se modifica e a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros é maior. Porém, o prolongado tempo de internação associado às diversas intercorrências vivenciadas pelo recém-nascido durante este período, dificultam o sucesso do aleitamento materno nos prematuros extremos. **OBJETIVOS:** Descrever o perfil dos recém-nascidos com peso de nascimento <1500g bem como avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem promovidos para a estimulação precoce buscando o sucesso do aleitamento materno exclusivo após a alta destes pacientes. **MÉTODO:** Através do banco de dados de internação de uma unidade neonatal do Rio de Janeiro, foi realizado um estudo retrospectivo definindo como população alvo os recém-nascidos com peso de nascimento inferior a 1500g no período de janeiro de 2005 a junho de 2007. Foram trabalhados os dados referentes ao perfil desta clientela, intercorrências durante o período da internação e performance de sucção e aleitamento materno. As informações foram transcritas para o software Epi-info versão 3.2 para a formulação de tabelas de frequência e média. **RESULTADOS:** No período analisado pelo estudo, admitimos em nossa unidade 29 recém-nascidos com peso menor que 1500g, sendo 20,7 % com menos de 1000g, 44,8% entre 1000 e 1250g e 34,5% pesavam entre 1250g e 1500g ao nascimento. Destes, 79,3% eram prematuros com peso adequado para a idade gestacional (AIG) e 20,7% eram pequenos para a idade gestacional (PIG). Apesar da prematuridade e do baixo peso de nascimento, 82,7% dos recém-nascidos obtiveram Apgar >7 no 5º minuto. A média de internação deste grupo de clientes foi de 62,6 dias. Dentre as intercorrências estudadas, destacamos algumas que consideramos afetar diretamente o perfil de sucção e aleitamento materno no grupo avaliado, pois postergam as condutas para o estí-

mulo precoce do aleitamento materno. Estas são: o período em dieta zero associado ao tempo de nutrição parenteral, o período de assistência ventilatória, a presença de doença de membrana hialina, sepse, persistência do canal arterial (PCA) e hipertensão arterial pulmonar. Do grupo, a média de dias em dieta zero no grupo foi de 2,8 e o tempo médio em nutrição parenteral foi de 9 dias. A média de dias em assistência ventilatória convencional invasiva foi de 4,1 dias, já a média de dias em CPAP nasal foi de 26,6 dias. 68,9% dos recém-nascidos evoluíram com membrana hialina, 72,4% fizeram uso de antibioticoterapia para tratamento de sepse neonatal. 41,3% do grupo tiveram diagnóstico de PCA sendo que destes 41,7% fizeram tratamento cirúrgico, 10,3% tiveram hipertensão arterial pulmonar. Durante o período de internação hospitalar são estimulados cuidados voltados para a estimulação precoce do aleitamento materno. Dentre os cuidados implementados pela equipe de enfermagem destacam-se o contato direto com a mãe o mais precoce possível através da posição canguru, estímulo de sucção ao seio materno assim que as condições clínicas permitirem, sucção não-nutritiva durante os procedimentos, estímulo de sucção durante a alimentação por gavagem e no copinho quando possível. Dos sujeitos do estudo, 51,7% tiveram alta hospitalar com aleitamento materno exclusivo, 17,3% com aleitamento misto e 31% com uso de fórmula Láctea. **CONCLUSÃO:** Apesar da importância comprovada dos benefícios do aleitamento materno, quando se trata de recém-nascidos prematuros, as dificuldades impõem barreiras a serem transpostas. Com a implementação de rotinas de humanização da assistência neonatal associada ao incentivo precoce de sucção e aleitamento materno, observamos que apesar das diversas intercorrências durante o percurso da internação do recém-nascido prematuro, é possível manter o aleitamento materno exclusivo em parte considerável deste grupo.

## REFERÊNCIAS

BEREZIN, A.; GALACCI, C.; XAVIER, C.; RODRIGUES, F. Resultado de um programa de estimulação de prematuros com estímulo de sucção não-nutritiva e interação mãe-RN: avaliação do ganho ponderal. Revista Paulista Pediátrica, v. 1, n. 2, p. 178-181, 1993.

CARVALHO, M. R. de.; TAMEZ, R. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Meier P. Breastfeeding in the special care nursery. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:425-42.

SERRA, S. O. A. & SCOCHI, C. G. S. - Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev. latinoam. enfermagem*; 12(4):597-605, jul.-ago. 2004.

## AUTORES

<sup>1</sup>CETRIN, *Rio de Janeiro.*

# IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PICC NA UTI NEONATAL

GUSTAVO DIAS DA SILVA<sup>1</sup>

ANA PAULA MIRANDA ROCHA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>

FERNANDA BORGES LYRA<sup>1</sup>

LUCINÉSIO RAPOSO ROSA<sup>1</sup>

NICOLE OLIVEIRA MOTA GIANINI<sup>1</sup>

**INTRODUÇÃO:** Uma questão relevante no cuidado ao recém-nascido gravemente enfermo é a garantia do acesso venoso. A disponibilidade de um acesso venoso seguro que possa permanecer durante um período de tempo prolongado é muito importante em crianças sob cuidados de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Inúmeras infusões são necessárias para garantir um bom equilíbrio hidro-eletrolítico e nutricional. Além da alta osmolaridade que prejudica o endotélio vascular, a infusão simultânea de diversas drogas com incompatibilidade inviabiliza a utilização de um único acesso vascular. Os cateteres periféricos têm uma duração curta e possuem limitações no tipo de medicamento que podem ser neles infundidos. Em paralelo, o desenvolvimento de um cuidado humanizado, visando o manuseio mínimo, limitação da dor e do estresse dos recém-nascidos tornou-se questão de qualidade da assistência. A utilização do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) tornou-se um diferencial nas unidades neonatais, entre suas vantagens destacam-se a preservação da rede venosa periférica, diminuição do número de dissecções venosas, menor manipulação, diminuição do estresse e dor, menor risco de infecção em relação aos outros dispositivos centrais, elevada relação custo-benefício. O uso do protocolo institucional para utilização de PICC, além de atender às exigências legais, tem como objetivos uniformizar os procedimentos envolvidos na inserção, manutenção e remoção, auxilia na prevenção e detecção de complicações e minimiza a ocorrência de infecção relacionada à cateteres. **OBJETIVO:** Descrever a experiência do protocolo implementado para utilização do PICC, pela equipe de enfermagem, nos recém-nascidos internados em uma UTI Neonatal do Rio de Janeiro. **MÉTODO:** Estudo de coorte utilizando o banco de dados após a implantação do protocolo de PICC. Foram definidos como sujeitos do estudo as crianças internadas no período de julho de 2006 a julho de 2007 que fizeram uso do PICC, foram levantados dados relativos ao perfil epidemiológico dos envolvidos, tempo de permanência e motivos para re-

moção. Os dados de frequência e média foram extraídos utilizando-se o software Epi-info versão 3.2. **RESULTADOS:** No período do estudo houve tentativa de implantação de PICC em 42 recém-nascidos, 90,5 % com êxito. Do grupo 14,3% pesavam menos que 1000 gramas, 21,4% tinham entre 1000 e 1500g, 19% entre 1500 e 2000g e 45,3% pesavam mais de 2000g. 26,2% dos recém-nascidos tinham idade gestacional (IG) menor que 32 semanas, 38,1% tinham IG entre 32 e 37s e 35,7% IG maior que 37s. Do total dos casos, tentativas com e sem êxito, em 28,5% houve relato de dificuldades para a implantação, sendo de venopunção ou progressão. A média de permanência foi de 8,7 dias, sendo que 73,8% dos casos permaneceram entre 5 a 15 dias. Os motivos para a retirada foram: 63,3% eletivamente; 13,1% por fratura do cateter; 10,5% infiltração; 7,9% suspeita de infecção relacionada ao cateter; 2,6% óbito e 2,6% por obstrução. Não houve no período nenhum relato de complicações mecânicas relativas à utilização do cateter. **CONCLUSÃO:** Dentro da lógica de um atendimento humanizado e de qualidade nas unidades neonatais, a incorporação pela equipe de enfermagem da implantação dos PICC é absolutamente contemporânea. Esta vem ao encontro dos desejos de melhor atendimento dos recém-nascidos gravemente enfermos. A utilização do protocolo de PICC implementado na unidade foi fundamental para a sistematização da assistência de enfermagem. São definidos cuidados específicos durante a inserção, manutenção e remoção do dispositivo. Além da técnica de inserção, acreditamos que a monitorização diária com avaliação criteriosa e os cuidados para a manipulação e manutenção do PICC constituem etapa crítica para o sucesso da terapia. O surgimento de novas técnicas gera um aumento na demanda dos profissionais envolvidos em aprimorar conhecimentos e melhorar a assistência prestada aos clientes neonatais. A troca de experiências e a evolução natural da habilidade e do conhecimento favorecem que esse processo seja aprimorado e incorporado por mais profissionais.

## REFERÊNCIAS

CDC. Guideline for Care na Maintenance to Reduce Vascular Access Complications. Centers for Disease Control and Prevention. Recomm Rep Apr 2005.

Chiaratto, V.C., Balsamo, A.C. & Silveira, I.R. Manual para Prevenção das Infecções Hospitalares. Hospital Universitário USP. São Paulo: 2005.

O'Grady P.N., Alexander M., Dellinger E.P., Gerberding J.L., Heard S.O., Maki D.G., et al. Draft Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Centers for Disease Control and Prevention. Recomm Rep 2002.

Weinstein, S.M. Pulmner's Principles & Practice of Intravenous Therapy. 7ª ed,

Okdokey, november 2000.

Rubinson, L. & Diette, G.B. Best practices for insertion of central venous catheters in intensive-care units to prevent catheter related bloodstream infections. J Lab Clin Med, January 2004.

## AUTORES

<sup>1</sup>CETRIN, Rio de Janeiro.

# O TEMPO MÉDIO ENTRE O NASCIMENTO E A PRIMEIRA MAMADA: O IDEAL E O REAL

INÊS MARIA MENESES DOS SANTOS<sup>1</sup>

LEILA RANGEL DA SILVA<sup>2</sup>

LUCIANA FILLIES BUENO MATHIAS<sup>3</sup>

SUZANA CORDEIRO DA SILVA<sup>4</sup>

Em 1992 o Brasil adotou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) como estratégia para aumentar os índices de aleitamento materno. Este estudo se delimita no 4o Passo desse Programa (WHO, 1993) cuja recomendação é que em pelo menos 80% dos partos normais e em pelo menos 50% das cesarianas as mulheres sejam ajudadas a amamentar na 1ª meia hora após o nascimento, de preferência na sala de parto ou no centro cirúrgico, enquanto mãe e recém-nato estão alertas e interagindo de forma que o contato pele a pele propicie a primeira sucção de forma natural e espontânea dentro da primeira hora de vida. Os objetivos deste estudo são: determinar o tempo médio do nascimento até a primeira mamada e verificar qual é a relação entre o tempo médio do nascimento até a primeira mamada entre puérperas que tiveram parto normal e parto cesáreo. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, tipo estudo de caso, realizada no Instituto Fernandes Figueira (IFF), realizada no período de março a maio de 2007. Foram entrevistadas 50 mulheres com teste HIV negativo, internadas em sistema de alojamento conjunto com seus bebês com Apgar no 5o minuto acima de 7. As entrevistas foram conduzidas por formulário semi-estruturado sobre dados reprodutivos maternos e sobre amamentação dos recém-nascidos durante o período de internação. Foram feitas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando a Resolução 196/96, do CNS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF. Foi realizado um estudo piloto para adequação do instrumento e validação das respostas através de comparações entre as entrevistas com as informações do prontuário. Percebeu-se que a categorização inicial para se investigar o tempo decorrido do nascimento à primeira mamada estava inadequada, porque levava a perda de dados significativos referentes ao intervalo de tempo para valores maiores de trinta minutos e menores ou iguais a uma hora. Para solucionar este problema optou-se por questionar a hora exata da primeira mamada. A seleção para inclusão das participantes no estudo foi feita em 3 momentos: primeiro através da análise de documentos a fim de pré-selecionar as mães. Foram analisados 217 prontuários, relatórios de partos do Centro Obstétrico, livros do

laboratório de virologia e relatório de admissão da Unidade Neonatal para complementação de dados secundários. O segundo momento antecedia a entrevista onde eram identificadas as mulheres internadas em regime de alojamento conjunto com seus bebês. E por último, o momento após a coleta de dados, quando as informações das mulheres entrevistadas eram cruzadas com os dados do relatório do Centro Obstétrico, com os dados do livro do Laboratório de Virologia e com o relatório de admissão da Unidade Neonatal. Neste instante, foi descoberto que 7 mulheres entrevistadas constavam no livro de virologia como tendo feito o teste rápido, logo, foram excluídas e 7 novas entrevistas realizadas. Foi utilizado o programa Epi-Info versão 3.4 para armazenamento e análise dos dados. Resultados: Foram entrevistadas 50 mulheres entre 15 e 43 anos, com idade média de 28,5 anos e mediana igual a 27 anos, sendo que 8 (16%) eram adolescentes. Do total, 32 (64%) mulheres estudaram entre 8 e 11 anos. Quase metade, 22 (46%) possuía apenas um filho enquanto as demais possuíam 2 filhos em média. Dentre as que tiveram mais de um filho, a maioria, 25 (90%) já havia amamentado. Quanto ao tipo de parto atual, 30 (60%) tiveram cesarianas e 20 (40%) tiveram partos vaginais. Pouco mais que a metade, 12, das 20 mulheres que tiveram parto normal foram ajudadas a amamentar na sala de parto, e 12 destas mulheres amamentaram seus bebês pela primeira vez nos primeiros 30 minutos. No parto cesáreo essa oportunidade foi ainda menor, 6 das 30 mulheres foram ajudadas a amamentar na sala de parto e 11 destas amamentaram pela primeira vez entre 2 e 6 horas após o nascimento do seu bebê. O intervalo de tempo para o início da amamentação variou de 5 a 22 horas e 34 minutos. A média desse tempo foi igual a 4 horas e 30 minutos. Quando estratificado por tipo de parto, o tempo médio entre o nascimento e a primeira mamada dos partos vaginais foi de 1 hora 55 minutos, nos cesáreos foi de 6 horas e 29 minutos, as medianas foram 36 minutos e 3 horas respectivamente. Dentre as 12 mulheres que tiveram parto normal e foram ajudadas a amamentar na sala de parto, 5 foram ajudadas por enfermeiros, 4 não lembram quem as ajudou, 1 foi ajudada por obstetra e 2 por pediatras. Das 6 mulheres que tiveram cesariana e foram

ajudadas a amamentar no centro obstétrico, 3 foram ajudadas por enfermeiros, 2 por pediatras e 1 não lembra qual foi o profissional que a ajudou a amamentar. E estudo verificou que o 4º passo da IHAC não está sendo cumprido em sua plenitude. E mulheres que tiveram parto normal foram mais ajudadas a amamentar na sala de parto e começaram a amamentar mais cedo que as que tiveram cesariana. É importante ressaltar que apesar do IFF atender casos de risco fetal, isto não influenciou no estudo, pois só foram incluídos mães e bebês sem intercorrência. É importante salientar que o cumprimento do 4o Passo da IHAC é necessário para a manutenção do título Hospital Amigo da Criança. Concluimos que o papel da equipe de saúde para o início precoce da amamentação é muito importante, e neste estudo ficou nítido que essa também é uma responsabilidade assumida pela enfermagem, visto que das 18 mulheres que amamentaram na primeira meia, 8 foram ajudadas por enfermeiros. Para que este problema seja solucionado não basta a Instituição proporcionar cursos de capacitação, é preciso que os profissionais de saúde sintam-se co-responsáveis pela causa da amamentação, pois assim, certamente estaremos ajudando a mulher, a criança, a família, a sociedade e quiçá o planeta.

## REFERÊNCIAS

WHO/UNICEF. The global criteria for the Baby Friendly Hospital Initiative, WHO/UNICEF Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. n. 115, p: 185-93. 1993.

## AUTORES

<sup>1</sup>Doutoranda em Enfermagem na UFRJ, Professora Adjunta do DEMI, da EEAP, UNIRIO.

<sup>2</sup>Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da EEAP, UNIRIO.

<sup>3</sup>Mestre em Enfermagem, Enfermeira do Instituto Fernandes Figueira.

<sup>4</sup>Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

# A VOZ DO ENFERMEIRO NA ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO E A QUALIDADE ASSISTENCIAL

LEIDE IRISLAYNE MACENA DA COSTA E SILVA<sup>1</sup>

DAISY MARIA RIZATTO TRONCHIN<sup>2</sup>

VALDETE MEDEIROS<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** A assistência à saúde da mulher e do recém-nascido (RN) vem sendo objeto de discussões entre profissionais de saúde, conscientes da sua responsabilidade quanto à qualidade do atendimento prestado a este contingente populacional. O planejamento é um elemento-chave no preparo para a alta hospitalar, pois levanta os aspectos relevantes ou principais do paciente e família. O trabalho em equipe, também assegura a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, já que a integração das ações culminam na educação da família nos aspectos básicos do cuidado. (1) No que se refere ao RN prematuro e/ou portador de patologias observa-se que a maior parte das instituições privilegia a dimensão biológica no cuidado, em busca da estabilidade do quadro clínico e aplicação das terapêuticas. Apesar de longos períodos de internação, programas referentes à manutenção do vínculo, aleitamento materno e educação em saúde são mantidos em segundo plano. Os serviços de saúde mostram um discurso que sinaliza para a inserção da família no cuidado neonatal, mas a efetivação da assistência é dificultada pela escassez de recursos, filosofia implantada, ausência de sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde para atender as necessidades advindas do processo de trabalho. (2) Fonseca(3) ao perceber a preocupação dos pais diante da falta de padronização das informações desenvolveu uma cartilha educativa para o treinamento de mães tendo em vista a alta hospitalar do filho prematuro. O material didático-instrucional modifica a prática de Educação em Saúde e auxilia a mãe na memorização dos conteúdos aprendidos. **OBJETIVO:** Compreender a vivência dos enfermeiros na alta hospitalar dos RNs internados no Berçário de um hospital de ensino. **METODOLOGIA:** Optou-se pela abordagem qualitativa por considerá-la o método que possibilita adentrar no cotidiano do trabalho do enfermeiro e conhecer a forma com que este profissional compreende e manifesta sua realidade. Nessa abordagem, o pesquisador busca compreender e expor a dinâmica das relações sociais ao trabalhar com a experiência e com a cotidianidade. Ao buscar a compreensão e a explicação dos fenômenos ocupa-se com o universo dos significados, crenças, valores, atitudes e hábitos dos indivíduos. (4) Os aspectos éticos foram respeita-

dos em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 196, de 10/10/1996. O cenário do estudo foi a Seção do Berçário Anexo à Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que é composto por 63 leitos e cinco setores: baixo, médio e alto risco, UTI e isolamento. Participaram do estudo oito enfermeiras que atuavam no mínimo há seis meses na unidade neonatal. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2005, por meio de entrevista semi-estruturada, gravada, as quais foram transformadas em narrativas ao utilizar as etapas de transcrição, textualização e transcrição. Para a análise dos dados foi empregada a técnica de análise de conteúdo e o referencial teórico para a interpretação dos resultados pautou-se nos temas qualidade de serviços de saúde, educação e avaliação em saúde. **RESULTADOS:** Das narrativas emergiram quatro categoriais: A dimensão de estrutura, processo e resultado na alta do RN; A comunicação na alta: da expressão do conteúdo ao modo de fazer; A interface com a Clínica Obstétrica: o contraste revelado; Avaliação do processo fundamentada na experiência do enfermeiro. Na primeira categoria de acordo com Donabedian(5) os enfermeiros avaliam a escassez de recursos humanos, a estrutura organizacional e a inadequação dos recursos físicos como os principais elementos dificultadores. As atividades de orientação de alta estão restritas a organização dos papéis e todas as informações são transmitidas aos familiares no momento da saída. Os enfermeiros resgatam as consequências e implicações da assistência, traduzidas pelos seus desejos de melhoria na sua atuação. Inexiste um plano sistematizado quanto a orientação aos pais de como cuidar do filho. A comunicação dirigida para as orientações em saúde ocorre de maneira rotineira, conforme solicitação materna, e o conteúdo da informação é pautado no referencial de cada enfermeiro, o que favorece o desencontro das informações. As falas dos enfermeiros trazem o desconhecimento em relação às atividades desenvolvidas junto ao binômio mãe e RN de baixo risco na Clínica Obstétrica, o que evidencia a falta de articulação e comunicação entre os profissionais de enfermagem. Também relatam a dificuldade de acompanhamento da amamentação do RN de

baixo risco, e o primeiro contato com a mãe ocorre muitas vezes no momento da alta. Os enfermeiros refletem a necessidade de capacitação profissional como meio para a melhoria da qualidade assistencial e sugerem que a organização e a conferência dos impressos poderiam ficar sob responsabilidade de outro profissional, cabendo aos enfermeiros o desenvolvimento de seu papel educativo na orientação da família. **CONCLUSÕES:** A alta hospitalar do RN é um processo constituído por um conjunto de etapas que envolvem o planejamento, o preparo dos pais para o cuidado, o registro de dados, e o encaminhamento para o seguimento de puericultura, contudo, os enfermeiros deste estudo a vivenciam de maneira ritualizada, característica do modelo funcional do trabalho e desvinculada da dimensão educativa em saúde. Apontaram as limitações no processo de alta como a escassez de recursos humanos, a falta de um programa educativo voltado para a alta durante a internação do RN e a comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde do Berçário e da Clínica Obstétrica.

## REFERÊNCIAS

Gonzales RIC. Processo de alta hospitalar do paciente com lesão medular: gerenciamento de caso com estratégia de organização do cuidado. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2000.

Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2004; 12(3):469-76.

Fonseca LMM. Cuidados com bebê prematuro: Cartilha educativa para orientação materna. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull.* 1992; 18 (11): 356-60.

## AUTORES

<sup>1</sup>Especialista em Enfermagem Neonatal pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, enfermeira assistencial da Unidade Neonatal do Hospital Samaritano (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Professora Doutora do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Diretora Técnica de Serviço de Saúde da Divisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, Brasil.

# ALEITAMENTO MATERNO DURANTE A APLICAÇÃO DA VACINA BCG-ID: BASE PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE PÚBLICA

MARIA APARECIDA DE LUCA NASCIMENTO<sup>1</sup>

MARIANA GOMES CARDIM<sup>2</sup>

O interesse em realizar este estudo com a temática amamentação no manejo da dor do recém-nascido (RN) surgiu durante a prática da aplicação da vacina BCG-ID, onde verificou-se que a administração da vacina no recém-nascido impõe uma experiência desconfortável e/ou dolorosa ao bebê e, algumas vezes, assustadora para a mãe. Durante a realização deste procedimento, os comportamentos que mais são observados nos bebês são: “fácies” de incômodo/aflição, retração do braço e choro. Já com relação às mães, era observado, algumas vezes, o seu choro na hora do procedimento, o que dificultava a aplicação da vacina, pois, ao desestruturar-se emocionalmente, ela não conseguia segurar o bebê adequadamente. Nesse ponto, vale ressaltar que para poupar a mãe do sofrimento em ver seu filho chorando pela dor provocada pela inserção da agulha em seu corpo ou, até mesmo, para facilitar o processo de trabalho, a equipe de enfermagem priorizava a presença de outra pessoa para acompanhar a criança durante a vacinação. No entanto, certa vez, ocorreu a situação de uma mãe que esperava na fila, começar a amamentar o seu filho. Ao chegar a sua vez de ser atendida foi perguntado se gostaria que outras mães passassem na sua frente para que ela pudesse terminar de amamentar calmamente, ao que ela respondeu que não, informando que o seu bebê poderia ser vacinado naquele momento, durante a amamentação. Então, durante a aplicação da vacina, foi observado que o bebê reagiu com uma característica facial de dor pouco expressiva, não chorou e não se movimentou, apenas continuou a mamar. A partir dessa situação, começamos a reproduzi-la, propondo que as mães entrassem para vacinar com a criança sendo amamentada, embora o modelo vigente não fosse esse. Diante disso, foi verificado que, quando a vacinação era realizada durante a amamentação, após estabelecida uma boa pega do bebê ao seio materno, havia a minimização do efeito estressante deste procedimento tanto para o bebê quanto para a mãe. Esta situação era evidenciada pela ausência do choro do bebê e, conseqüente relaxamento das mães ainda nas filas de espera, o que facilitava a aplicação da vacina. A partir do exposto, pretendemos alcançar os seguintes objetivos; Geral: Demonstrar a relação existente entre a amamentação e o

manejo da dor causada pela aplicação da vacina BCG-ID no recém-nascido, a partir da Escala de NIPS (Escala de Dor Neonatal) e, Específico: Identificar quais são as reações fisiológicas e comportamentais apresentadas pelo recém-nascido submetido ao procedimento de vacinação do BCG-ID, concomitantemente à amamentação, tendo como parâmetros de avaliação o padrão respiratório, a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas e o estado de alerta. Realizou-se um estudo experimental, prospectivo e de abordagem quantitativa. A população-acessível foi composta de 96 RNs internados em regime de Alojamento Conjunto, sendo distribuídos aleatoriamente em dois grupos; experimental, no qual, durante a aplicação da vacina BCG-ID as mães estavam amamentando seus filhos, e controle, no qual as mães não estavam amamentando seus filhos. A fim de garantir o cumprimento das questões éticas em pesquisa, conforme preconizado pela Resolução 196/96, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mães que compuseram a população-acessível. Os resultados da Escala de NIPS mostraram que 95,6% dos RNs do grupo experimental não sentiram dor durante o procedimento, enquanto 94,1% do grupo controle demonstraram essa sensação. Assim, os resultados apontam para o fato de que existe uma relação direta entre o manejo da dor do RN quando ele está sendo amamentado ao peito de sua mãe, durante a administração da vacina BCG-ID, fato que confirmou o pressuposto lançado neste estudo. Este evento, especificamente no procedimento descrito, desencadeia repercussões em todos os aspectos que envolvem a questão da dor, quais sejam: o neonato, a mãe/família, a equipe de enfermagem e o Estado. Com relação ao neonato, a associação da amamentação à aplicação da vacina, desloca, de alguma maneira, o sentido da dor da criança, mantendo-a em um estado confortável, não apresentando um conjunto de reações suficientes para indicar a presença de dor. Esta situação de analgesia do bebê leva à minimização do estresse da mãe por não visualizar em seu filho as reações características de um procedimento doloroso, deixando-a emocionalmente confortável. Assim, a amamentação coloca mãe e bebê nas melhores condições físicas e emocionais, facilitando a aplicação da vacina

pela equipe de enfermagem, tendo em vista a imobilidade do braço do bebê, e o auxílio da mãe para o posicionamento e manutenção do bebê imóvel. Levando em consideração que a via intradérmica de administração do BCG é considerada uma técnica de difícil aplicação, a criação de um suporte que mantenha o bebê com o braço imóvel, facilita a equipe de enfermagem a realizar a técnica de maneira adequada, minimizando o risco de efeitos adversos e maximizando a indução de resposta imunológica protetora de forma eficiente. Todo este contexto traz ainda como benefício o incentivo ao aleitamento materno e à presença da mãe no ambiente de vacinação, de forma que participe ativamente do cuidado com seu filho. Neste momento, é possível, além de fortalecer o vínculo mãe-filho, incentivar as práticas de educação para a saúde, salientando-se a prática do aleitamento materno. Neste contexto, ficam claros os benefícios da associação da amamentação com a administração da vacina BCG-ID não só, no que tange a minimização da dor/desconforto para a área materno-infantil, como também, no que tange os reflexos do efeito desta correlação na área da saúde pública. Isso nos permitiu concluir que a amamentação representa uma ação ideal no manejo da dor, porque, ao contrário de muitas drogas, possui uma ação rápida, é de fácil administração, sem custo operacional, sem efeito colateral e tendo apenas como efeito resolutivo, a aplicação da vacina sem trauma para o neonato, para a mãe/família, para a equipe de enfermagem, e para o Estado, configurando-se assim, como a base para a integralidade do cuidado em Saúde Pública, durante a aplicação da vacina BCG-ID.

## REFERÊNCIA

OKADA, M. et al. Dor em pediatria. Rev. Méd., São Paulo, 80 (ed. Esp. Pt.1), 2001.

## AUTORES

<sup>1</sup>*Orientadora Acadêmica do Programa de Mestrado da UNIRIO. Doutora em Enfermagem.*

<sup>2</sup>*Tecnologista do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). Especialista em Pediatria. Mestre em Enfermagem pela UNIRIO.*

# O DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE: PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DO MÉTODO MÃE CANGURU

MICHELE POLIMENO SARDANO<sup>1</sup>

TACILA ANDRADE TRINDADE MUNIZ<sup>1</sup>

MONIKA WERNET<sup>2</sup>

O Método Mãe Canguru, tecnologia de assistência direcionada a recém-nascidos de baixo peso e prematuros, surgiu na década de 70 em Bogotá na Colômbia. No Brasil, os primeiros serviços que aplicaram o Método Mãe Canguru foram o Hospital Guilherme Álvaro em Santos e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco. A partir desse momento houve uma notável expansão do Método Mãe Canguru no país, o que contribuiu para a sua definição como uma política pública. No ano de 2000, O Ministério da Saúde preconizou as Normas de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, iniciando a implantação em unidades médico-assistenciais integrantes do Sistema Único de Saúde, centros de referência, unidades de terapia intensiva neonatais, maternidades e berçários dos hospitais. O método pode ser dividido em três etapas: a primeira compreende o período após o nascimento do recém-nascido de baixo peso que, impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, necessita de internação na unidade. A mãe recebe orientações específicas sobre os cuidados a serem tomados com ela e com o bebê, além do estímulo dado aos pais para entrarem na unidade intensiva ou de cuidados intermediários, participação nos cuidados do bebê e início do contato pele-a-pele com a criança desde que as condições clínicas o permitam. Trabalha-se também nesta etapa o estímulo à lactação. Os primeiros cinco dias após o parto devem ser utilizados para os ensinamentos à mãe e a família; Na segunda etapa, o recém-nascido encontra-se numa situação clínica estável, com ganho de peso regular de pelo menos 15g/dia por no mínimo três dias e tem peso superior à 1250g. Nessa etapa, a posição canguru é realizada pelo maior tempo possível se houver interesse da mãe em permanecer com seu filho. A vigilância e o apoio da equipe de saúde são fundamentais para o sucesso do projeto; A terceira etapa consiste no adequado acompanhamento da criança no ambulatório após a alta, que só pode ocorrer se o recém-nascido estiver com um peso mínimo de 1500g, clinicamente estável e ganhando peso em aleitamento materno exclusivo. A vivência das três etapas preconizadas repercute benefícios tanto para a criança como para a mãe/família. Em relação à criança destacam-se os seguintes benefícios: aumento do vínculo

afetivo e da confiança familiar para o cuidado da criança; melhor controle térmico; menor número de apnéias e respirações periódicas; melhores níveis de oxigenação; maior qualidade de sono e repouso; incremento de peso corporal mais rápido; diminuição do estresse; maior tempo de aleitamento materno; oportunidades de enriquecimento sensorial e vestibular-proprioceptivas com repercussão direta no neurocomportamento. O presente estudo reconhece a integração dos diversos benefícios e foca sua atenção no desenvolvimento posterior da criança, com o seguinte objetivo: comparar o desenvolvimento de lactentes participantes e não participantes do Método Mãe Canguru. Trata-se de uma pesquisa de campo desenvolvida a partir de dados coletados junto a uma instituição hospitalar pública da cidade de São Paulo onde foram selecionados os sujeitos dos estudos. Os critérios de inclusão dos dois grupos amostrais integrantes foram: GRUPO 1 PARTICIPANTES DO MÉTODO MÃE CANGURU – ter sido prematuro e/ou de baixo peso, ter utilizado o Método Mãe Canguru, ser lactente, ter o consentimento livre e esclarecido do responsável legal para a participação no estudo; GRUPO 2 NÃO PARTICIPANTES DO MÉTODO MÃE CANGURU – ter sido prematuro e/ou de baixo peso, não ter utilizado o Método Mãe Canguru, ser lactente, ter o consentimento livre e esclarecido do responsável legal para a participação no estudo. A amostra foi constituída de 30 lactentes, sendo 15 participantes do Método Mãe Canguru e 15 não participantes do Método Mãe Canguru. Aplicou-se o Teste de Denver II para avaliar o desenvolvimento dos lactentes, sendo este um teste de triagem que leva em consideração o avanço da idade e avalia quatro áreas de desenvolvimento: motor-grosso, motor-adaptativo, linguagem e pessoal-social. Os resultados foram analisados, agrupados e apresentados em forma de gráficos, utilizando-se a estatística descritiva. Identificou-se uma tênue diferença no desenvolvimento entre ambos os grupos. Assim, concluímos que o Método Mãe Canguru é uma tecnologia de assistência importante, porém, o contexto proporcionado à criança ao longo de toda a sua infância é elemento primordial para o seu contínuo desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Izabella Santos Nogueira de; GUEDES, Zelita Caldeira Ferreira. Suckling of the premature newborn child: comparison between the Kangaroo Mother method with traditional care. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 5, n. 1, 2005.

BARRADAS, Juliana et al . Relationship between positioning of premature infants in Kangaroo Mother Care and early neuromotor development. J. Pediatr. (Rio de J.). Porto Alegre, v. 82, n. 6, 2006.

CHARPAK, Natalie; CALUME, Zita F.; HAMEL, Annick. O Método Mãe – Canguru – Pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: McGraw Hill Interamericana do Brasil Ltda, 1999.

Ministério da Saúde. Normas de atenção humanizada do recém-nascido de baixo-peso (Método Canguru). Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde da Criança; 2000.

MORSCH, D.S.; MEIO, M.D.B.; MELLO, R.R. Avaliação do desenvolvimento em crianças pré-termo. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO, 2000, Niterói.

## AUTORES

<sup>1</sup>Graduanda do 8º semestre de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo São Paulo.

<sup>2</sup>Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo São Paulo.

# A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO EM TRATAMENTO FOTOTERÁPICO

SCHOSTILAINE JERÔNIMO DE CASTRO<sup>1</sup>

LIDIA DE ARAÚJO CARVALHO<sup>2</sup>

MARA LÚCIA AMANTÉA<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** A motivação para a realização deste estudo surgiu a partir da vivência enquanto acadêmicas bolsistas de um projeto de extensão por um período de dois anos, no qual tivemos a oportunidade de realizar consultas de enfermagem ambulatorial ao recém-nascido (RN) em um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Nestas, um grande número de crianças chegavam à primeira consulta apresentando icterícia. Outro fator foi o nosso primeiro contato com RNs submetidos à fototerapia em uma maternidade localizada no município do Rio de Janeiro, onde pudemos observar que os cuidados prestados a estes bebês eram realizados, quase que integralmente, por suas mães e que estas não eram supervisionadas e nem mesmo orientadas pela equipe de enfermagem. Desta maneira, esta pesquisa possui como objeto de estudo a assistência de enfermagem prestada ao RN submetido à fototerapia. **OBJETIVO:** Descrever como é realizada a assistência de enfermagem ao RN submetido à fototerapia, a partir da vivência do profissional enfermeiro. **METODOLOGIA :** Para a realização desse estudo compreensivo-descritivo, optamos pela abordagem qualitativa de pesquisa, à luz da análise de conteúdo. Os sujeitos deste estudo foram 09 enfermeiros dos setores de Unidade Intermediária Neonatal (UIN) e Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), de um hospital universitário e de uma maternidade pública, localizados na cidade do Rio de Janeiro. Os critérios para inserção no estudo foram ter prestado ou estar prestando cuidados aos RNs submetidos ao tratamento fototerápico, independente do tipo de icterícia, do tempo de exposição e do tipo de equipamento utilizado. Nesta pesquisa, utilizou-se como instrumento para coleta de dados entrevistas semi-estruturadas com os enfermeiros, no período de agosto a novembro de 2005. A análise do conteúdo de tais falas foi desenvolvida através da técnica de análise temática, a qual seguiu as diferentes fases, organizando-se em torno dos três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. **DISCUSSÃO E RESULTADOS:** Em relação a caracterização dos sujeitos e das unidades encontramos as seguintes variáveis: idade, tempo e local de atuação, tempo no setor, tipos de fototerapia utilizadas no setor, pre-

sença de rotina/protocolo de enfermagem escrito. As idades variam entre 24 a 46 anos, atuação de 9 meses a 20 anos e tempo no setor de 1 mês a 10 anos para os Enfermeiros. Constatou-se que os locais de atuação na área de Enfermagem, estavam distribuídos da seguinte forma: Enfermaria de pediatria (4), Emergência pediátrica (1), Centro obstétrico (1), Supervisão (1), Clínica médica (2), UTI neonatal (9). Dos entrevistados, 8 sabiam da existência do protocolo/rotina escrita, 7 dos cuidados diferenciados para determinado tipo de fototerapia, 3 dos cuidados específicos ou diferenciados para RN pré-termo. Nesses setores, podemos encontrar a fototerapia convencional e o bilispot. Porém na maternidade, utiliza-se um outro tipo de fototerapia, denominada fotão, que não está disponível no mercado, e foi uma adaptação da convencional, sendo utilizada exclusivamente na UI, em RNs a termo, com peso superior a 2.500g. As unidades temáticas que emergiram dos discursos dos profissionais da equipe de Enfermagem entrevistados, deram origem a duas categorias. Desta forma, foi possível apreender, através dos discursos transcritos, quais e como são realizados os cuidados relacionados ao RN em fototerapia; os cuidados relacionados ao aparelho de fototerapia; às orientações dadas aos pais; as orientações dadas pelo enfermeiro à sua equipe, como competência profissional; os fatores dificultadores relacionados a fototerapia e a importância da sistematização do processo. Categoria um, as técnicas determinadoras de um cuidado de enfermagem ideal na fototerapia. Os sujeitos destacaram os cuidados relacionados ao RN em fototerapia, desde o início, da hora que foi prescrito, como durante todo o tratamento, revelando os aspectos que propiciam uma melhor eficácia terapêutica e aqueles que impedem ou diminuem o processo. Nesta categoria emergiram várias unidades de registro, dentre os quais podemos citar: proteção ocular, exposição corporal, Interrupção mínima, queimadura na pele, mudança de decúbito, hidratação, controle térmico, eliminações, exame físico, distância, radiação, orientações, fatores dificultadores, tomada de decisão e o protocolo. Categoria dois, a inserção dos pais no cuidado da criança em fototerapia. As orientações são importantes para a compreensão de todo o processo terapêutico, assim como, os cuidados relativos a este.

Elas também reduzem a ansiedade dos familiares, principalmente, os pais dos RNs submetidos à fototerapia, além de inseri-los no processo de cuidar de seu bebê. Para a mãe, que geralmente está presente nesta unidade, ver seu bebê neste tipo de tratamento pode ser extremamente perturbador, podendo causar, o aumento da ansiedade, além de interferir no processo de ligação do binômio mãe/filho. Ao enfermeiro cabe, explicar aos pais deste RN submetido à fototerapia, da melhor maneira possível, com linguagem apropriada; esclarecendo todas as dúvidas decorrentes do tratamento com fototerapia, além de incentivar essa família a permanecer junto ao RN, com o intuito de aproximá-los, visando mesmo que com dificuldades, a manutenção do vínculo afetivo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através desse estudo foi possível conhecer os cuidados que são realmente realizados pelos enfermeiros durante a assistência prestada ao recém-nascido submetido à fototerapia. Além disso, foi possível observar nesse estudo as contradições entre o conteúdo científico das entrevistas e o referencial teórico utilizado para embasar os cuidados realizados e até mesmo entre as diversas falas dos enfermeiros. Tal fato nos faz crer que está ocorrendo um déficit no processo de “reciclagem” do conhecimento de alguns profissionais, podendo acarretar em graves conseqüências para a saúde desse recém-nascido, já que muitas condutas antigas e errôneas ainda estão sendo passadas de profissional a profissional. Recomendamos uma política de educação continuada, que privilegie o processo de capacitação, atualização dos enfermeiros que atuam nas unidades citadas, oferecendo oportunidades concretas para que o desenvolvimento deste profissional impulse transformações rumo a uma assistência com qualidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.; BERNARDES, T.A. Rotinas de UTI Neonatal. São Paulo: MEDSI, 2000. p.109-115.

ALMEIDA, M.F.B. Quando devemos iniciar a fototerapia em recém-nascidos pré-termo? *Jornal de Pediatria*, v.80, n.4, julho/agosto 2004.

CARVALHO, M. de; Otimização do uso da fototerapia no período neonatal. Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN)/ Organizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Porto Alegre: ARTMED/ Panamericana Editora ,2003.

## AUTORES

<sup>1</sup>Aluna da Residência de Enfermagem Pediátrica do Hospital da Marinha do Brasil

<sup>2</sup>Aluna da Residência de Enfermagem Pediátrica do Hospital Pedro Ernesto/UERJ

<sup>3</sup>Professora Adjunta do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem/UERJ

# IMPLANTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE DOR NEONATAL INFANT PAIN SCORE(NIPS)

SONIA ANGÉLICA GONÇALVES<sup>1</sup>

ISABEL CRISTINE FERNANDES<sup>1</sup>

CIBELE SACHETTO<sup>2</sup>

MÔNICA DE JESUS SILVA<sup>2</sup>

ROSANGELA FILIPINI<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** A dor foi conceituada, em 1986, pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma “experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões”.<sup>1</sup> Desta forma é indispensável a avaliação da dor através de um instrumento validado, como por exemplo a Neonatal Infant Pain Score (NIPS) onde as quais fundamentam-se na modificação de determinadas expressões comportamentais, após um estímulo doloroso.<sup>2</sup> São inúmeras as escalas validadas para avaliação da dor dentre elas a NIPS, que é composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono / alerta e o padrão respiratório.<sup>3</sup> A NIPS é uma escala validada mundialmente.<sup>4</sup> **OBJETIVOS** Identificar os níveis de dor em recém-nascidos (RNs) frente ao processo de punção arterial através da escala para avaliação da dor (NIPS) e Validar a utilização da NIPS para avaliação da dor em recém-nascidos. **METODOLOGIA:** O método de pesquisa utilizado foi o quantitativo, o estudo foi realizado em um hospital geral, filantrópico e de ensino da região do Grande ABC, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A análise dos dados foi realizada através do Software estatístico, Epi-info, versão 6.0, considerou-se para significância estatística o valor de  $p < 0,05$ . **RESULTADOS E DISCUSSÃO** Tendo em vista a categoria expressão Facial avaliada antes e após o procedimento de punção, tendo como instrumento de mensuração da dor a NIPS, Observou-se que dos 20 RNs que foram submetidos ao procedimento, antes da punção 08(40,0%) apresentaram a expressão facial relaxada e após apenas 02(10,0%) a mantiveram, já a “careta” demonstrando alteração da expressão facial, antes observaram-se 12 (60,0%) bebês com careta, número que subiu para 18(90,0%) após o procedimento, evidenciando a presença de dor. Frente aos dados descritos observa-se que a mímica facial parece ser um instrumento válido para a avaliação da dor aguda no recém-nascido. 5 No que se refere a categoria de classificação do choro, nota-se que antes do procedimento 08 (40,0%) não apresentaram choro, índice que caiu para apenas 03(15,0%) após a punção; Já a presença de choro antes pode ser observada em 12(60,0%)

RNs e após este valor elevou-se para 17(85,0%). Segundo Guinsburg 4, existe um choro específico de dor, que evidencia-se com aumento do timbre do som por ele emitido. O choro ocorre também alterações do padrão respiratório, sendo caracterizado como uma variável de dor. No presente estudo na categoria respiração, encontrou-se: antes da punção 10(50,0%) com padrão respiratório dentro da normalidade e após somente 03(15,0%) dos recém-nascidos mantiveram este padrão; A alteração de padrão respiratório evidenciada por dispnéia, taquipnéia e queda de saturação de oxigênio antes observou-se sua presença em 10(50,0%) da amostra, ao passo que, após 17(85,0%) dos bebês apresentaram alteração do padrão respiratório. Quanto à categoria movimentos de membros-superiores Observou-se que dos 20 recém-nascidos avaliados antes do procedimento de punção 10(50,0%) apresentaram os braços relaxado-estendidos, e após apenas 01(05,0%) manteve esta apresentação. Já com os braços retraídos-flexionados antes o índice foi de 10(50,0%) e após foi de 19(95,0%), o que de acordo com a interpretação da NIPS, codifica a presença de dor. No que se refere aos movimentos das pernas, antes do procedimento de punção 10(50,0%) apresentaram as pernas relaxado-estendidos, e após apenas 03(15,0%) mantiveram esta posição. Já com as pernas retraídos-flexionados antes o índice foi de 10(50,0%) e após foi de 17(85,0%). A movimentação corporal não aparece só em reação à dor, mas pode ser obtida também diante de outros estímulos desagradáveis, porém não dolorosos. Assim, embora o recém-nascido movimente tronco e membros quando tem dor, este achado não pode ser utilizado como índice único da existência do fenômeno doloroso. GUINSBURG,1996. Na categoria comportamento do RN que varia de dormindo/ acordado e tranquilo a agitado/ inquieto, antes da punção o número foi de 07(35,0%) dormindo/acordado e tranquilo e após 02(10,0%) mantiveram o padrão, já apresentado agitação/ inquietação antes o índice foi de 13(65,0%) a após observou-se 18 (90,0%) apresentaram-se inquietos, sendo os dados desta categoria considerados significativos através do teste de Kruskal-Wallis, onde o valor de P obtido foi de 0,047, estatisticamente significativo, com  $\alpha=5\%$ . No Score final de interpretação

da NIPS que considera a presença de dor com valores acima de “3”, pode-se observar no presente estudo os seguintes dados: Score total de “0-3”, antes da punção arterial foi observado em 10(50,0%) bebês, e após o procedimento restaram apenas 02(10,0%) dos bebês que mantiveram o valor, ao passo que com Score total de “4-7”, observou-se antes 10(50,0%) e após 18(90,0%), indicando a presença de dor. Esse estudo confirma o padrão de respostas comportamentais exibido pelos recém-nascidos após um estímulo doloroso, colaborando para a validação da NIPS e para a avaliação da dor no neonato. CONCLUSÃO: A NIPS constitui-se em instrumento adequado para avaliação da dor no RN. Após a apresentação dos resultados deste estudo a instituição onde foram coletados os dados implantou efetivamente a NIPS na unidade neonatal.

## REFERÊNCIAS

1. Cordero A EM, Fundamentos de Fisiopatologia, McGraw-Hill – Interamericana, 1998.
2. Tamez, R.N.; SILVA, M.J.S. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999.
3. Reichert APS; Silva SLF, Oliveira, JM. Dor no Recém-Nascido: Uma Realidade a Ser Considerada, Revista Nursing, 2000. 3 (30).
4. Guinsburg R, A Linguagem da dor no Recém-Nascido, Diagnóstico & Tratamento, V. 1 n.2 1996
5. Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates: facial action and cry. Pain, 1987.

## AUTORES

<sup>1</sup>Docente Ms. Faculdade de Medicina do ABC

<sup>2</sup>Enfermeira da Faculdade de Medicina do ABC

<sup>3</sup>Docente Dr<sup>a</sup>. Faculdade de Medicina do ABC

# A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA AO INTERAGIR COM O RECÉM-NASCIDO PREMATURO NO DOMICÍLIO

SUELY ALVES FONSECA COSTA<sup>1</sup>

CIRCÉIA AMÁLIA RIBEIRO<sup>1</sup>

MARIA MÁGDA FERREIRA GOMES BALIEIRO<sup>1</sup>

REGINA ISSUZU HIRROOKA DE BORBA<sup>1</sup>

**INTRODUÇÃO:** A literatura tem enfatizado a importância da participação dos pais nas Unidades de Terapias Intensivas Neonatais (UTIN), para a promoção do crescimento e desenvolvimento físico e emocional do prematuro e estabelecimento do vínculo com a família. No advento da assistência neonatal, as mães eram bem vindas nessas unidades, auxiliando nos cuidados do filho. Pierre Budim, considerado o primeiro perinatologista da era moderna, reconhece em seu livro "The Nursling", publicado em 1907, que as mães perdiam o interesse nos filhos quando não podiam cuidar (1). Com o avanço e a sofisticação da tecnologia houve um afastamento da família deste cuidado, pois o mesmo tornou-se cada vez mais complexo, exigindo conhecimento especializado tanto para o manejo dos equipamentos, como para o manuseio do próprio corpo do recém-nascido. Esta situação foi ainda reforçada pela crença que a presença da família poderia aumentar o risco de infecção hospitalar e pela postura da equipe de saúde que passou a priorizar apenas o cuidado do bebê prematuro, relegando a assistência à sua família. De acordo com a concepção interacionista, a família é composta por membros em interação entre si e com os elementos presentes nas experiências que vivencia; a família atribui significados a essas experiências; os significados resultam das interações que a família tem com os elementos presentes na experiência (2). Estudos têm sido realizados sobre o impacto da participação das mães no cuidado ao recém-nascido prematuro e sobre as condições para que se dê essa participação. Um deles buscou conhecer o desejo materno de cuidar do bebê recém-nascido na UTIN, quais os cuidados que gostariam de prestar e qual o auxílio requisitado para inseri-las no cuidado. As mães referiram a vontade de prestar cuidados a seus bebês como: trocar fraldas, dar banho, limpar os olhos, por roupas, segurar a cabeça, mexer na perna, cortar as unhas, limpar o ouvido e passar pomada. Para as mães o fato de poder estar perto do bebê, envolve sentimentos de bem estar, alívio, alegria e medo. Relataram, porém, a necessidade de receber orientação, apoio, auxílio e refeição para permanecerem um maior tempo na UTIN, e assim concretizar os seus desejos (3). Para cuidar da família, é necessário ao enfermeiro sensibilidade, dedicação, conhecimento

científico, capacidade para considerar, compreender e agir em relação ao outro. **OBJETIVO:** Compreender como se dá a interação da família com o recém-nascido prematuro no domicílio, nas primeiras semanas após a alta hospitalar. **METODOLOGIA:** Pesquisa qualitativa que adotou o Interacionismo Simbólico como referencial teórico e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico, realizada num hospital e maternidade pública de São Paulo. **Sujeitos:** cinco famílias de recém-nascidos prematuros que vivenciaram a internação do bebê na UTIN. Os dados foram coletados por meio de observação participante realizada no domicílio, após a alta hospitalar e entrevistas semi-estruturadas iniciadas com a pergunta "Conte-me como está sendo a interação da família com o recém-nascido prematuro em casa". A análise dos dados deu-se concomitante à coleta dos mesmos, percorrendo as seguintes etapas: Codificação aberta, Categorização e Codificação Teórica, até a saturação dos dados e a compreensão do fenômeno (4). **RESULTADOS** A análise comparativa dos dados permitiu compreender que a interação estabelecida pela família com o recém-nascido prematuro no domicílio é um processo dinâmico, permeado de momentos felizes, porém trabalhosos e amedrontadores, que determinam sentimentos de realização, alegria, felicidade, ansiedade, medo e demandam grande responsabilidade. Ela se inicia antes da gestação, pois a família espera ter um filho, porém tem que superar barreiras, como a doença da mãe. Com a interrupção do período gestacional, a mesma concretiza o desejo de ter um bebê, embora este seja prematuro. Seu nascimento faz com que a família viva dias difíceis, com a internação do filho na UTIN, mas com a evolução positiva do estado clínico do bebê, a interação da família com o mesmo vai se intensificando. É o momento em que a mãe fica mais próxima do filho e começa a realizar os cuidados, ainda no hospital, estendendo-se até o domicílio após a alta hospitalar. Cada membro da família tem uma forma diferente de interagir com o recém-nascido, sendo que a mãe demonstra ser ativa no papel de assumir os cuidados do filho, desde os primeiros momentos. Ela desenvolve um novo olhar sobre a situação, idealizando um futuro para o filho, cheio de realizações e espera que ele cresça saudável e tenha uma

vida social diferente dela. Porém, deixa de ter vida própria para dedicar-se ao filho e mesmo recebendo apoio de toda a família, que o acolhe com amor e carinho, nem sempre consegue delegar o cuidado. O estudo também revelou a importância da assistência de enfermagem à família, no sentido de prepará-la para o cuidado do bebê. Esta vivência está expressa nas sete categorias temáticas: Realizando um sonho, Vivendo dias difíceis de hospitalização, Acolhendo o bebê com amor e carinho, Assumindo o cuidado do bebê, Tendo esperança, Mudando seu modo de ser e Sentindo-se recompensada. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Tais resultados poderão subsidiar a equipe de enfermagem com um novo olhar para a família do recém-nascido prematuro, por revelar sua interação com o bebê nas primeiras semanas extra - hospitalar, possibilitando implementar ações eficazes, visando o cuidado de enfermagem no seguimento de crianças prematuras. Conforme os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados, os conceitos emergidos podem ser aprofundados, para que o fenômeno estudado seja melhor compreendido, permitindo a construção de um modelo teórico.

## REFERÊNCIAS

- 1.Klaus M, Kennel JH. Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: Klaus M, Kennel JH. Pais/ Bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 170-244.
- 2.Angelo, M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
- 3.Souza PT. Participação das mães nos cuidados ao recém-nascido pré-termo na unidade de terapia intensiva neonatal: sentimentos, desejos e necessidades. [monografia]. São Paulo Universidade Federal de São Paulo; 2000.
- 4.Ribeiro CA, Pettengil MAM. A Teoria Fundamentada nos Dados. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. 1ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006. p.89-98.

## AUTORES

<sup>1</sup>UNIFESP