

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
DE MOSSORÓ – FACENE/RN

MARIA JURACI DE OLIVEIRA LIMA

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO COM
DOENÇA DA MEMBRANA HIALINA**



MOSSORÓ
2010

MARIA JURACI DE OLIVEIRA LIMA

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO COM
DOENÇA DA MEMBRANA HIALINA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra.

MOSSORÓ

2010

MARIA JURACI DE OLIVEIRA LIMA

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO COM
DOENÇA DA MEMBRANA HIALINA**

Monografia apresentada pela aluna Maria Juraci de Oliveira Lima, do Curso de Graduação em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra
Orientadora (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN)

Prof^a. Ms. Jussara Vilar Formiga
Membro (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN)

Prof^a. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa
Membro (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN)

DEDICATÓRIA

Dedico o incentivo oculto, mas que captei, para o ingresso e escolha pela área da saúde e especificamente para a enfermagem, a minha avó Elita Gomes, precursora na minha família dessa profissão tão importante e especial que é a enfermagem. A ela que envolveu a minha infância com suas histórias dos partos que fazia.

A minha mãe Ildérica Costa, seguidora também dessa profissão na condição de técnica de enfermagem.

Dedico em especial toda a coragem, a determinação, a força e a persistência que tive frente aos obstáculos e dificuldades para concluir a graduação em enfermagem, e conseguir no final sempre a vitória,

ao meu amado filho Jorge Augusto.

que me forneceu tudo que citei acima, simplesmente pelo fato dele existir, de sorrir pra mim e dizer:

“... mamãe eu amo você...” (lágrimas). A você meu filho, dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeco:

Em primeiro lugar a Deus por me dar coragem para apostar numa perspectiva de vida melhor pessoal e profissional através do estudo;

Aos professores pelos ricos conhecimentos fornecidos;

As meninas da biblioteca, Lígia e Ritinha (como me ajudaram essas meninas), Cléia, Vanessa e Priscila por me agüentarem até o último segundo do tempo em que a biblioteca ficava aberta;

Ao pessoal da direção pela compreensão que teve comigo em todos os momentos, em especial Maria da Conceição, carinhosamente conhecida como Tetê;

Aos meus queridos amigos Raimundo (Rayme), Mazé e Zé;

A minha querida, compreensível, paciente (no sentido de paciência) e grande pessoa que tive a honra de ter como coordenadora e orientadora Patrícia Josefa Fernandes Beserra, obrigada por tudo, és muito querida;

A minha banca examinadora pelas preciosas contribuições: Jussara Vilar e Karla Cartaxo (professoras e especiais amigas);

A minha família pelos pilares, os quais me sustentaram de modo direto e indireto;

A Vitória por ter me ajudado quando eu mais precisei;

Ao meu ex-marido por ter viabilizado meu sonho de modo financeiro do jeito que quis até o dia que quis;

Ao meu amigo Seu Antonio, pela paciência que teve comigo durante os 4 anos de graduação;

Aos colegas de sala de aula, pela convivência, pelas descobertas que fizemos juntos durante esses anos, pelas risadas, pelas vezes em eu quis cair e vocês me seguram, enfim por tudo que passamos (guardarei todos no meu coração);

A minha amiga Aninha (Anoca - Anoquita) pela força durante os todo o tempo; a Amanda Cristiane (com seus grandes e amendoados olhos), a Ester (pela amizade e pelos momentos de descontração), a Amanda Moraes pelos papos-cabeça que tivemos;

A todos os amigos com quem tive o prazer de conviver;

Ao meu filho, que se conformou durante esse tempo por muitas vezes eu não ter tempo de brincar com ele porque estava estudando (obrigada meu filho);

A todos vocês meu muito obrigada.

“Temos o direito a ser iguais quando a diferença nos inferioriza; temos o direito de ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza”.

Boaventura de Souza Santos (2003).

RESUMO

A Doença da Membrana Hialina (DMH) é determinada por imaturidade pulmonar e está relacionada à ausência ou deficiência de surfactante. Acomete comumente o recém-nascido pré-termo (RNPT), de peso inferior a 1500g. Deste modo, este estudo visa contribuir para o crescimento científico da enfermagem, e prover conhecimento no sentido de pilarizar condutas que condicionem a minimização e prevenção de possíveis complicações decorrentes da DMH. Para tanto, analisou-se a concepção dos enfermeiros acerca das Intervenções de Enfermagem ao RNPT com DMH na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de modo específico caracterizou-se a situação socioprofissional dos enfermeiros entrevistados; analisou-se o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre a DMH; averiguou-se na opinião dos enfermeiros entrevistados como as Intervenções de Enfermagem são realizadas e verificou-se na opinião dos enfermeiros entrevistados a capacidade de instalação da UTI. Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quantiquantitativa, para a coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista, que foi aplicado a 5 enfermeiras da Maternidade Almeida Castro da cidade de Mossoró/RN, no mês de setembro de 2010. O estudo revelou que 100% (5) da amostra constituíram-se por profissionais do sexo feminino, sendo 40% (2) casada, 40% (2) solteira e 20% (1) viúva. Quanto ao grau de escolaridade 100% (5) são graduadas, 80% (4) possuem pós-graduação e 20% (1) mestrado e 100% (5) concluíram a mais de dois anos a graduação. Já quanto ao tempo de trabalho na UTIN, 20% (1) trabalha a menos de 1 ano, e 20% (1) da amostra trabalha exclusivamente no setor de UTIN. A maioria 80% (4) trabalha mais de 40 horas semanal, e 100% (5) dizem ter conhecimento sobre a fisiopatologia da DMH. A anamnese, o exame físico e a monitoração contínua são procedimentos que caracterizam a assistência de enfermagem independente ao RNPT com DMH na UTIN que se fortalece e complementa-se pela equipe multiprofissional. A sistematização da assistência proposta pelo Processo de Enfermagem, não se aplica em sua totalidade. Os recursos direcionados aos cuidados da DMH são os materiais como ventiladores mecânicos, CPAP, incubadora aquecida, surfactante, oxímetro, dentre outros, além dos recursos humanos. Quanto à motivação em trabalhar na UTIN, a amostra refere gratidão com o resultado da assistência proporcionada, além da afinidade com as práticas inerentes a UTIN. E sugeriram para a melhora e/ou otimização da assistência disponibilização dos recursos necessários, assim como atualização sobre a patologia em questão por intermédio de educação continuada, e um modo que facilite a sistematização da assistência de enfermagem. Diante disso e na busca de contribuir com uma assistência de qualidade que este estudo conclui-se, propondo uma reflexão a cerca da responsabilidade que temos enquanto cuidadores, uma vez que a magnitude do cuidado dá-se pelo minucioso estudo sobre o contexto que envolve uma doença. Por isso foi abordado-se todas as características inerentes a DMH e que são relevantes para a prática da enfermagem, no sentido de conhecer intimamente seu processo para prudentemente trabalhá-lo.

Palavras-chave: Doença da Membrana Hialina; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem.

ABSTRACT

Hyaline Membrane Disease (HMD) is determined by lung immaturity and is related to the absence or deficiency of surfactant. It commonly affects the newborn preterm infants (PTI) who weighs less than 1500g. Thus, this study aims to contribute to the growth of nursing science, and provide knowledge in the sense of pillared conduct that constrain the minimization and prevention of possible complications arising from the DMH. To this end, it was analyzed the design of the nurses about the Nursing Intervention in the preterm infants with HMD Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and specifically characterized the professional status of the interviewed nurses; It was analyzed the nurses knowledge about DMH; it was established in the view of nurses as the Nursing Interventions are implemented and verified in the opinion of nurses the ability to install the ICU. This was an exploratory, descriptive research with quantiqualitativa approach. For data collection it was used a structured interview, which was applied to five nurses from Maternity Almeida Castro in the City of Mossoró/ RN, In the month of September 2010. The study revealed that 100% (5) of the sample consisted of female professionals, 40% (2) married, 40% (2) single and 20% (1) widow. As for schooling 100% (5) is graded, 80% (4) have post-graduate and 20% (1) masters and 100% (5) concluded graduation more than two years ago. As for the working time in the NICU, 20% (1) works for less than 1 year and 20% (1) of the sample works exclusively in the area of the NICU. The majority 80% (4) works over 40 hours weekly. And 100% (5) claim to have knowledge of the pathophysiology of HMD anamnesis, physical examination and continuous monitoring are procedures that characterize the independent nursing care to preterm infants with HMD in the NICU that complements and strengthens itself by the multidisciplinary team. The care system proposed by the Nursing Process, did not apply in its entirety. Resources allocated to the care of DMH are materials such as mechanical ventilators, CPAP, heated incubator, surfactant, oximeter, among others, besides human resources. Regarding to motivation to work in the NICU, the sample refers gratitude to the result of assistance provided, and the affinity with the practices inherent in the NICU. And they suggested to improve and / or optimization of care provide the resources needed, as well as an update on the pathology in question through continuing education, and a way to facilitate the systematization of nursing care. Given this and seeking to contribute to quality care that this study concludes by proposing a debate about the responsibility we have as caregivers, since the magnitude of care is giving by the detailed study of the context in which evolves a disease. Therefore, it was dealt with all the inherent characteristics of the DMH that are relevant to nursing practice, in a profound understanding of their process to work it wisely.

Keywords: Hyaline Membrane Disease, Neonatal Intensive Care Unit, Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização da amostra pesquisada de acordo com o sexo	37
Gráfico 2: Caracterização da amostra pesquisada conforme o estado civil	38
Gráfico 3: Caracterização da amostra da pesquisada de acordo com o nível de escolaridade	39
Gráfico 4: Caracterização da amostra quanto ao tempo de formação acadêmica	41
Gráfico 5: Caracterização da amostra pesquisada no tocante ao tempo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	42
Gráfico 6: Caracterização da amostra dos profissionais de enfermagem, quanto ao trabalho dispensado em mais de um estabelecimento hospitalar	43
Gráfico 7: Caracterização da amostra quanto à questão da execução de atividades de enfermagem em setores diferentes da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	44
Gráfico 8: Distribuição da amostra quanto à carga horária semanalmente trabalhada	45
Gráfico 9: Distribuição da amostra quanto ao conhecimento dos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a cerca do processo fisiopatológico da Doença da Membrana Hialina	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas, sobre a realização da assistência de enfermagem independente ao recém-nascido com Doença da Membrana Hialina	47
Quadro 2: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas, a cerca da presença e composição da equipe multiprofissional que executa atividades ao recém-nascido com doença da membrana hialina	49
Quadro 3: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas sobre a implementação do Processo de Enfermagem (PE)	50
Quadro 4: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas a respeito dos recursos utilizados pela enfermagem direcionados aos cuidados com o recém-nascido com Doença da Membrana Hialina	52
Quadro 5: Respostas da amostra estudada quanto à questão de existirem “outros” recursos utilizados pela enfermagem à assistência ao recém-nascido com doença da membrana hialina	53
Quadro 6: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas sobre o motivo que justifica o gosto em trabalhar na Unidade de Terapia intensiva Neonatal	54
Quadro 7: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas no tocante a sugestão para a melhora e/ou otimização das intervenções de enfermagem dentro da unidade de terapia intensiva neonatal ao recém-nascido com doença da membrana hialina	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pulmão hepatizado	15
Figura 2: Pulmão sem ar, afundando ao ser colocado em água	15
Figura 3: Aspecto histopatológico. Presença de membranas hialinas, atelectasia e engurgitamento capilar	16
Figura 4: Aspecto histopatológico. Presença de membranas hialinas	16
Figura 5: Aspecto radiológico de doença da membrana hialina grau IV. Radiografia de tórax em momento pré-surfactante observa-se velamento difuso em ambos os pulmões e infiltrado macronodular. Cateter endotraqueal contrastado	20
Figura 6: Aspecto da doença da membrana hialina seis horas após a administração do surfactante. Radiografia de tórax. Observar pulmões de transparência normal	20

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APAMIM – Assistência e Proteção à Maternidade e à Infância de Mossoró

°C - Celsius

CCC - Cardiopatias Congênitas Cianóticas

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CPAP - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

DBP - Displasia Broncopulmonar

DMH - Doença da Membrana Hialina

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

FNE – Federação Nacional de Enfermeiros

FRL - Fibroplasia Retrolenticular

HCIV - Hemorragia Cerebral intraventricular

IG - Idade Gestacional

mEq/l - Miliequivalente por litro

Mim. - Minutos

mmHg - Milímetros de Mercúrio

MS – Ministério da Saúde

O₂ - Oxigênio

PA - Pressão Arterial

PCA - Persistência do Canal Arterial

PE - Processo de Enfermagem

PEEP - pressão positiva no final da expiração

pH - Concentração de Íon Hidrogênio

pO₂/PaO₂ - pressão parcial de oxigênio no sangue arterial

PT - Pré Termo

RN - Recém Nascido

RNPT - Recém Nascido Pré Termo

RN's - Recém nascidos

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

S/A - Sem Ano

SAM - Síndrome da Aspiração Meconial

SAR - Síndrome da Angústia Respiratória

SDR - Síndrome do Desconforto Respiratório

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VM - Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	15
1.2 JUSTIFICATIVA.....	17
1.3 OBJETIVOS.....	19
1.3.1 Objetivo Geral.....	19
1.3.2 Objetivos específicos.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 EMBRIOLOGIA PULMONAR.....	20
2.2 ANATOMIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO.....	20
2.3 FISILOGIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO FETAL.....	21
2.4 DOENÇA DA MEMBRANA HIALINA (DMH).....	22
2.4.1 Fisiopatologia.....	23
2.4.2 Anatomopatologia.....	24
2.4.3 Histopatologia.....	25
2.4.4 Quadro Clínico.....	26
2.4.5 Complicações.....	27
2.4.6 Diagnóstico.....	28
2.4.6.1 Diagnóstico Clínico.....	28
2.4.6.2 Diagnóstico Radiológico.....	29
2.4.6.3 Diagnóstico Laboratorial.....	31
2.4.6.4 Diagnóstico Diferencial.....	31
2.4.7 Conduas terapêuticas.....	31
2.4.8 Prognóstico.....	32
2.4.9 Profilaxia.....	32
2.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	34
2.5.1 Oxigenação.....	36

2.5.2 Pressão Positiva Contínua Nas Vias Aéreas (CPAP).....	37
2.5.3 Ventilação Mecânica (VM).....	37
2.5.4 Cuidados Gerais.....	38
2.5.5 Unidade De Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).....	39
2.6 SURFACTANTE.....	40
2.6.1 Surfactante Exógeno.....	41
2.6.1.1 Técnicas de administração do surfactante.....	42
3 METODOLOGIA.....	44
3.1. TIPO DE PESQUISA.....	44
3.2. LOCAL DA PESQUISA.....	45
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	46
3.4 INSTRUMENTO.....	46
3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	47
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	48
3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	48
4 ANÁLISE E RESULTADOS DOS DADOS.....	50
4.2 DADOS QUANTITATIVOS – GRÁFICOS.....	50
4.2.1 Caracterização da Amostra.....	50
4.2 DADOS QUALITATIVOS – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	61
4.2.1 Questões concernentes à temática, Intervenções de Enfermagem na Doença da Membrana Hialina.....	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES.....	81
ANEXOS.....	88

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A Doença da Membrana Hialina (DMH) é uma patologia determinada por imaturidade pulmonar e está relacionada à ausência ou deficiência primária de surfactante. Acomete comumente o recém-nascido pré-termo (RNPT), de peso inferior a 1500g, e revela-se nas primeiras semanas de vida. (LAGE, 2008).

“Quanto mais prematuro o recém-nascido, maior a chance de desenvolvimento da DMH” (TORTORA; DERRICKSON, 2010, p. 888).

A DMH é dentre todas as afecções do aparelho respiratório, a que mais produz lesões no recém-nascido (RN) pré-termo (PT), comprometendo com isso a sua primeira semana de vida (DINIZ; VAZ, 2010). Fato este que condiciona ao prolongamento do tempo de internação hospitalar e exposição do RN, que se encontra fragilizado/susceptível a agentes patológicos, direcionando com isso a limitação prognóstica (EGER, 2003).

Na DMH, a quantidade de surfactante secretada pelos alvéolos está tão reduzida que a tensão superficial do líquido alveolar torna-se várias vezes maiores que o normal, ocasionando com isso o colapso alveolar (GUYTON; HALL, 2006).

Cerca de 50% dos óbitos que ocorrem no período neonatal estão relacionados a distúrbios respiratórios, participando a DMH em cerca de 80% a 90% dos casos, durante a primeira semana de vida (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003) ocorrendo com mais frequência em pré-termos na faixa ponderal entre 1.000 - 1.500g (menos de 32 semanas) (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Mediante os estudos de Moore; Persaude; Shiota (2002), a DMH é uma importante causa da Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), em que cerca de 2% dos nascidos vivos são afetados por essa doença, sendo que os neonatos prematuros apresentam um grau de susceptibilidade maior do que os que nascem a termo (MOORE, 2004), representando em média 20% das mortes de recém-nascidos (SADLER, 2005).

Contribuindo para os dados epidemiológicos, Ribeiro; Boaro; Alencar (2003), acrescentam ainda que, este distúrbio respiratório que envolve o contexto do recém-nascido pré-termo (RNPT) ocorre com mais frequência nos menores de 1.500g, sexo masculino, e

naqueles que sofrem asfixia perinatal aguda, sendo notado com mais frequência em filhos de mães diabéticas e em crianças nascidas de partos por cesariana (SILVA et al., 2006).

A DMH é um distúrbio do desenvolvimento, que favorece o surgimento de uma série de problemas clínicos responsáveis pelas causas de morbidade e mortalidade neonatal (CONSOLO; PALHARES; CONSOLO, 2002). Associada a outros determinantes, a DMH, contribui para o aumento do número de óbitos neonatais, uma vez que, de acordo com informações de Pedrosa; Sarinho; Ordonha (2007) é apreciada como um acontecimento sanitário que merece bastante atenção. Em conformidade com Ribeiro; Boaro; Alencar (2003), a DMH constitui um dos mais trágicos e freqüentes problemas respiratórios que envolvem o RN na condição pré-termo, a qual o grau de gravidade e intensidade de suas manifestações clínicas apresentadas, é proporcionalmente inverso à sua idade gestacional.

De acordo com Miyoshi (2001 apud Eger, 2003) além da idade gestacional (IG), outros fatores podem afetar tanto a incidência como a gravidade da DMH. Há maior risco de um concepto prematuro vir a apresentar a doença quando a mãe refere outros filhos que evoluíram com a DMH, e sucedendo-se com maior coincidência entre gêmeos monozigóticos, quando comparados com os dizigóticos.

Os neonatos de raça negra têm menor risco de ter DMH, quando comparados com os da raça branca para a mesma idade gestacional. Estes fatores sugerem que, apesar da imaturidade pulmonar ser o principal fator para o aparecimento da DMH, deve existir um componente genético interferindo direta ou indiretamente no processo de maturação pulmonar predispondo ou protegendo o concepto de desenvolver a doença (MIYOSHI, 2001 apud EGER, 2003).

Os RN's com diagnóstico de DMH, inicialmente apresentam insuficiência respiratória, e sua terapêutica pode levar a uma série de complicações respiratórias, de modo que as mais freqüentes são: atelectasia pós extubação, pneumotórax, acúmulo de secreções, displasia broncopulmonar e o óbito, conforme a gravidade do caso (EGER, 2003).

A assistência de enfermagem tem se mostrado atuante no âmbito da unidade de terapia intensiva, e especificamente falando na UTI Neonatal, provendo cuidados de qualidade com muita eficiência aos neonatos que ali se encontram assim caminhando lado a lado com equipe multidisciplinar para solucionar, por meio de condutas interdisciplinares, os problemas respiratórios apresentados, pela doença da membrana hialina.

1.2 JUSTIFICATIVA

Na busca por acertar na escolha do tema a ser trabalhado, uma vez que este estudo é também um mecanismo para o aprimoramento teórico/técnico pertinente à área assistencial a qual se tem a proposta de dispensar cuidados de enfermagem, foi imprescindível reportar-se a todos os períodos cursados anteriormente na academia, buscando momentos/assuntos que tivessem marcado de alguma forma a história universitária, e um trabalho que foi realizado no 3º período, realçou-se para este fim, o qual tratava sobre processos patológicos respiratórios no recém-nascido, foi exatamente nesse momento em que houve o primeiro contato com a Doença da Membrana Hialina.

E foi neste trabalho acadêmico pelo qual se pode perceber que DMH, é um fato comum de acontecer aos RN's prematuros, e que, com conhecimentos necessários pela equipe e a identificação precoce do quadro clínico apresentado, condutas imediatas podem estar sendo desenvolvidas, com finalidade de prevenir complicações e garantir assim a vida desse ser.

Durante a pesquisa realizada para o trabalho, houve certa dificuldade de busca em artigos/bibliografias que abordassem esse tema de uma forma específica, ou seja, a DMH percebida sob o ponto de vista da enfermagem. Evento esse que tornou a configurar-se cinco períodos (dois anos) depois, uma vez que, essa afecção respiratória é uma possibilidade ao RN, que passa da vida intra-uterina para o meio externo, em uma IG que o caracteriza e condiciona ao estado de prematuro e então possivelmente susceptível a DMH.

A insuficiência da existência de artigos sobre o tema referido, percebido sob o olhar da enfermagem, em decorrência da dificuldade de encontrar artigos nessa estirpe, seguramente compromete o prognóstico de vida do neonato prematuro que porta essa síndrome, uma vez que o embasamento teórico é uma das formas pelas quais os profissionais se aprimoram sobre um determinado assunto e/ou evento, para assim prover cuidados em excelência com resolutividade que o paciente necessita e merece.

E ainda que a DMH fosse uma situação um tanto difícil de acontecer, fato esse que não é, mesmo assim mereceria uma abordagem mais intensa, pois é uma possibilidade que deve ser levada em consideração, uma vez que a intervenção de modo eficiente requer conhecimentos que são adquiridos e pilarizados por estudos científicos teóricos, que mostram uma dada realidade de uma dada prática.

O desconforto respiratório inicialmente presente na DMH pode ser discreto, porém progressivo em intensidade e gravidade, de modo que seu prognóstico, sem intervenção terapêutica adequada conduz à falência respiratória e ao óbito já nas primeiras 72 horas de vida, na maioria dos casos (ROCHA, 1991 apud EGER, 2003). Baseado nisso, a enfermagem tem que está apta para dispensar com eficácia e eficiência uma terapêutica com finalidade de retorno às condições normais e prevenção de complicações.

Assim, pretendendo-se realizar uma abordagem maior sobre esse tema, para identificar particularidades pertinentes à assistência dada ao RNPT com DMH, e especificamente apreender as intervenções de enfermagem próprias para esta situação.

Por isso, como a formação em enfermagem é uma área que tem como um dos muitos campos de atuação a unidade de terapia intensiva, a qual assiste pacientes de variados perfis, sendo um deles os neonatos, e na maioria dos casos na condição de prematuros, torna-se então conveniente e necessária a otimização desse tema. Deste modo, este estudo visa contribuir para o crescimento científico na área da enfermagem, e prover conhecimento no sentido de pilarizar condutas que condicionem a minimização e prevenção de possíveis complicações decorrentes da DMH, através de intervenções de enfermagem eficiente e eficazes ao recém-nascido pré-termo.

Sendo assim, utilizo deste instrumento de estudo para compreender: Quais as intervenções assistenciais que a enfermagem pode estar dispensando dentro da UTI neonatal, com finalidade de estabilização e obtenção da reversão do quadro sintomatológico apresentado pelo RNPT acometido por DMH?

Aspirando perceber e responder o questionamento supracitado, foram delineados os consecutivos objetivos:

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar a concepção dos enfermeiros acerca das Intervenções de Enfermagem ao Recém Nascido com Doença da Membrana Hialina na UTI Neonatal.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a situação profissional dos enfermeiros entrevistados;
- Analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre a Doença da Membrana Hialina;
- Averiguar na opinião dos enfermeiros entrevistados como as Intervenções de Enfermagem são realizadas;
- Verificar na opinião dos enfermeiros entrevistados a capacidade de instalação da UTI.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 EMBRIOLOGIA PULMONAR

O sistema respiratório é segundo Sadler (2005) uma evaginação da parede ventral do intestino anterior, enquanto o epitélio da laringe, da traquéia, dos brônquios e dos alvéolos origina-se do endoderma. Os componentes cartilagosos, musculares e do conjuntivo dito se originam do mesoderma.

Complementando, o autor supracitado acrescenta que na quarta semana do desenvolvimento o septo traqueoesofágico separa a traquéia do intestino anterior, dividindo este último no broto pulmonar anteriormente e no esôfago posteriormente. O contato entre os dois é mantido pela laringe, que é formada pelo tecido do quarto e sexto arcos faríngeos.

O broto pulmonar desenvolve-se em dois brônquios principais: o brônquio direito forma dois brônquios secundários e três lobos; o brônquio esquerdo forma dois brônquios secundários e dois lobos (SADLER, 2005).

2.2 ANATOMIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

A anatomia da via aérea superior do RN permite-lhe alimentar-se e respirar simultaneamente até, aproximadamente três a quatro meses de idade. Isto se deve ao fato de que a laringe do lactente tem uma posição relativamente alta que permite respirar e deglutir ao mesmo tempo (SHEPHERD, 1996 apud EGER, 2003).

Os pulmões são órgãos pares, em forma de cone, que se situam na cavidade torácica. São separados um do outro pelo coração e outras estruturas situadas no mediastino. Cada pulmão é dividido em lobos por uma ou mais fissuras (TORTORA; GRABOWSKI, 2002).

As propriedades do sistema respiratório são esclarecidas por Tortora; Grabowski (2006), da seguinte maneira:

A traquéia é um órgão tubular condutor de ar, localizado anteriormente ao esôfago, onde se divide em brônquios direito e esquerdo. Ao penetrar nos pulmões, os brônquios principais se dividem em brônquios lobares, que se ramificam em segmentares que se ramifica muitas vezes, originando bronquíolos respiratórios, que continuam se ramificando dando origem a bronquíolos terminais, que na medida em que começam a apresentar alvéolos a chamar-se de bronquíolos respiratórios, terminando em um amontoado de alvéolos, chamados de sacos alveolares (TORTORA; GRABOWSKI, 2006, p. 456).

O alvéolo pulmonar conforme explicação de Moore; Dalley (2007) é a unidade estrutural básica das trocas gasosas no pulmão. Novos alvéolos continuam a se desenvolver até cerca de 8 anos de idade, período em que há aproximadamente 300 milhões de alvéolos.

2.3 FISILOGIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO FETAL

O desenvolvimento pulmonar é dividido em quatro estágios, conforma mostra Benzecry (2001):

- Período Pseudoglandular (5 a 17 semanas).

O estágio é assim identificado pelo aspecto de glândula que os pulmões adquirem devido à formação dos condutos aéreos e ao aparecimento do esboço acinar. A divisão bronquiolar chega a 15-25 gerações e, a partir da 10^a semana, começa a aparecer tecido cartilaginoso na árvore traqueobrônquica. Aparece o epitélio de revestimento, constituído pelos pneumócitos tipo I ou células alveolares. Ao final deste período todos os elementos pulmonares já estão formados à exceção dos envolvidos com a troca gasosa, portanto a respiração ainda não é possível.

- Período canalicular (16 a 25 semanas).

É caracterizado por modificações relacionadas ao bronquíolo terminal com o aparecimento de estruturas saculares e, por volta da 24^a semana, o aparecimento de pneumócitos tipo II, que oferece capacidade para trocas gasosas, embora limitada pela pequena superfície alveolar, pela espessa membrana alvéolo-capilar e pela vascularização e produção de surfactante deficiente.

- Período de saco terminal (24 semanas até o nascimento).

Possui esse nome devido às vias aéreas terminarem em um grupo de sacos terminais que vão se diferenciar, no termo da gestação, em ductos alveolares e alvéolos. Ocorre expansão importante do espaço respiratório e diminuição da membrana alvéolocapilar pelo afinamento do tecido intersticial e do epitélio de revestimento dos sacos terminais. No entanto, é o desenvolvimento de uma vascularização pulmonar adequada bem como a

produção de níveis suficientes de surfactante que determinam a sobrevivência do neonato na condição de pré-termo.

- Período alveolar (Período perinatal até a idade escolar).

Alvéolos são estruturas menores e de paredes mais delgadas que os sacos terminais e estão presentes no RN de termo. Não há formação de alvéolos maduros a não ser após o nascimento. Os sacos terminais representam os futuros ductos alveolares. Estes dão origem a alvéolos primitivos que crescem e se diferenciam. A membrana alvéolocapilar torna-se tão fina a ponto de os capilares fazerem protuberância para dentro do alvéolo. Os alvéolos primitivos proliferam progressivamente até por volta do 8º ano, sendo que cerca de 95% dos alvéolos são formados após o nascimento.

Em conformidade com Montenegro; Rezende Filho (2008), a cerca da fisiologia fetal, ambos informam que com 28 semanas, quando o feto pesa aproximadamente 1.000g, os pulmões estão suficientemente desenvolvidos de modo a permitir a sobrevivência do recém-nascido pré-termo. Antes disso, estão incapazes de proporcionar trocas gasosas adequadas.

Complementando, acrescentam ainda os mesmos autores que a superfície alveolar e vascularização são insuficientes. O desenvolvimento do aparelho respiratório fetal está caracterizado pelo incremento da área alveolar e do número de capilares que estabelecem contato íntimo com aquelas estruturas.

Com 16 semanas de gestação, o pulmão está morfológicamente semelhante com o pulmão do adulto, por volta de 24 a 26 semanas, começa a produção do surfactante pulmonar. Assim, o pulmão fetal, mesmo imaturo, apresenta condições para trocas gasosas e síntese de surfactante, possibilitando a sobrevivência do RN com peso entre 500 e 1000g. A formação total dos alvéolos só se completa após dois meses do nascimento (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003).

2.4 DOENÇA DA MEMBRANA HIALINA (DMH)

“A causa mais comum de dificuldades respiratórias no recém-nascido é DMH, devido à deposição de uma membrana de material proteináceo hialino nos espaços aéreos periféricos dos neonatos que sucumbem a esse distúrbio” (KUMAR ET AL., 2010, p. 464).

Em 1959 Avery e Mead descobriram que os pulmões de crianças prematuras que morriam de DMH eram deficientes em surfactante. Também conhecida como Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), caracteriza-se por progressiva atelectasia e insuficiência respiratória em prematuros (BERNE et al., 2004).

A Doença da Membrana Hialina (DMH), conhecida também como Síndrome da Angústia respiratória (SAR) no RNPT, como denomina Montenegro; Rezende Filho (2008) é a principal causa de morte no recém nascido pré-termo e deve-se à deficiência de material surfactante (lecitina) nos alvéolos pulmonares.

É uma condição clínica associada a um pulmão imaturo e caracterizada por colapso alveolar e às anormalidades resultantes nas trocas gasosas pulmonares (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003).

Mediante os autores supraditos a DMH se exhibe logo após o nascimento, dentro da meia hora inicial (cerca de 80% dos casos nas primeiras 6 horas), progride por 1-2 dias e termina no óbito fetal (10-40%) ou na recuperação, embora nem sempre completa.

Favorecendo a compreensão conceitual da DMH, Atwood (2007) diz que esta é um distúrbio respiratório que envolve colapso alveolar disseminado, se branda melhora lentamente dentro de 3 dias, sendo mais incidente em recém-nascidos antes de 27ª semana de idade gestacional, e cerca de 60% dos nascidos antes da 28ª semana.

2.4.1 Fisiopatologia

A fisiopatologia exposta por Ribeiro, Boaro; Alencar (2003) informa que, tanto a falta de pressão intratorácica, como o aumento na complacência da parede torácica promovem atelectasia. A atelectasia diminui a relação ventilação/perfusão, aumentando o “shunt” intrapulmonar, que leva a hipoxemia, hipercapnia e acidose.

Com a hipoxemia e a acidose, ocorrem vasoconstrição e hipoperfusão pulmonar, aumento da pressão nas artérias pulmonares e, conseqüentemente, “shunt” extrapulmonar

direito-esquerdo através do canal arterial e forâmen oval, com piora da hipoxemia e acidoses iniciais, estabelecendo-se assim um círculo vicioso. Além da deficiência do surfactante, o aumento do líquido intersticial e alveolar contribui significativamente para a gravidade da DMH (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003).

Patogenicamente falando, Filho (2000) conclui que as membranas hialinas são formadas nos casos de deficiência na síntese do surfactante ou em situações que resultem em agressão epitelial. O resultado final da deficiência primária de surfactante é o colapso alveolar, com as consequentes anormalidades da perfusão e oxigenação.

2.4.2 Anatomopatologia

Conforme Bertagnon (2004), o exame anatomopatológico revela pouco ar nos pulmões, que se apresentam com aspecto vermelho rutilante, de consistência endurecida, semelhante ao fígado e, por isso mesmo, denominado “pulmões hepatizados”. Contudo se forem colocados na água, certamente afundarão.

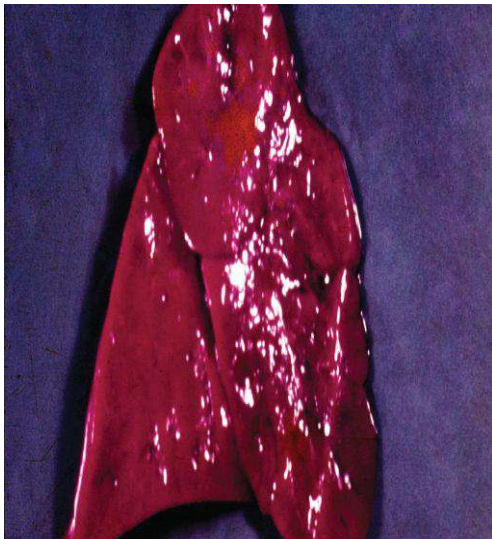


Figura 1: Pulmão hepatizado.
Fonte: Bertagnon (2004)

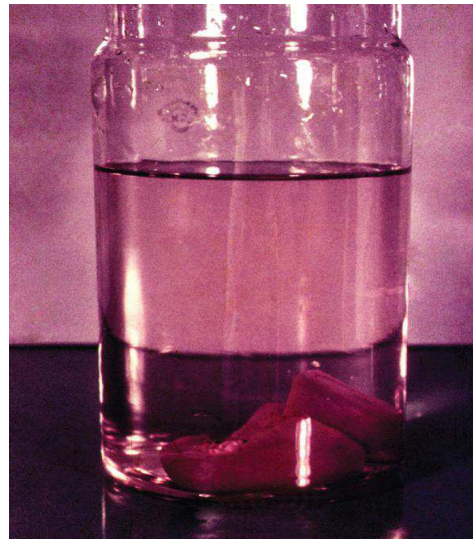


Figura 2: Pulmão sem ar, afundando ao ser colocado em água.
Fonte: Bertagnon (2004)

Corroborando para a anatomopatologia, Kumar et al. (2010, p. 464) diz que “os pulmões são peculiares durante o exame macroscópicos. Embora de tamanho normal, eles são

sólidos, desprovidos de ar e roxo avermelhados, com uma cor semelhante à do fígado, e costumam afundar na água”.

2.4.3 Histopatologia

Conforme mostra Bertagnon (2004), o exame histopatológico demonstra a presença de membranas eosinofílicas que dão origem ao nome “doença de membranas hialinas” e que “foram” completamente os bronquíolos terminais e ductos alveolares.

Essas membranas consistem de matriz fibrinosa e materiais oriundos do sangue, contendo ainda restos celulares provenientes de lesão epitelial. O parênquima pulmonar revela considerável grau de atelectasia e ingurgitamento capilar (BERTAGNON, 2004).

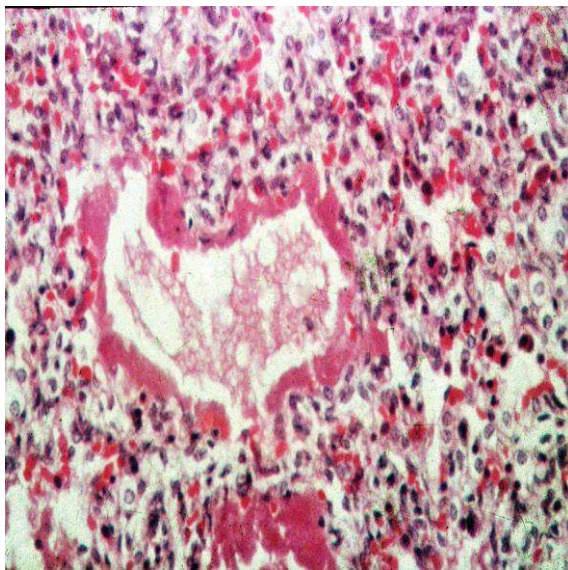


Figura 3: Aspecto histopatológico. Presença de membranas hialinas, atelectasia e engurgitamento capilar.
Fonte: Bertagnon (2004)

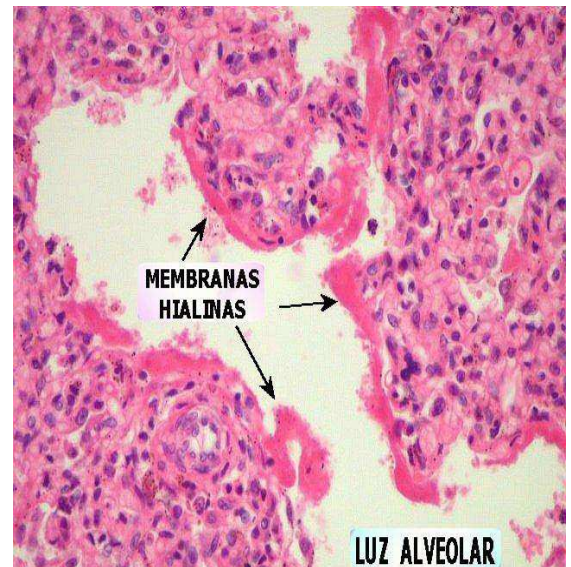


Figura 4: Aspecto histopatológico. Presença de membranas hialinas.
Fonte: Doença... [2010]

Na DMH, Quintal; Nagaiassu; Troster (1997 apud Eger, 2003) observam alterações histológicas, como alvéolos uniformemente colabados, ductos alveolares e bronquíolos terminais distendidos. Estas últimas estruturas também estão trabeculadas, em suas faces internas, por uma camada de fibrina, a chamada membrana hialina.

Entretanto, esta membrana não se forma imediatamente após a instalação do quadro de DMH; por isso, alguns RN's, que morrem no primeiro ou segundo dia após o nascimento, freqüentemente não mostram a formação das membranas hialinas nos alvéolos

“No estudo histológico os alvéolos são mal desenvolvidos, e os presentes sofreram colapsos. Quando o neonato morre no início do curso da doença, restos celulares necróticos podem ser observados nos bronquíolos terminais e ductos alveolares” (KUMAR ET AL., 2010, p. 464).

A membrana hialina resulta do extravasamento de proteínas dos capilares e células de revestimento danificados dos ductos alveolares e bronquíolos terminais. Este dano provavelmente é consequência da hipóxia grave, podendo ser agravada pela administração de altas concentrações de oxigênio.

Informa Filho (2000), que microscopicamente é possível observar colapso dos espaços aéreos distais com necrose do epitélio dos bronquíolos terminais e ductos alveolares, que ficam delineados por densas membranas eosinofílicas, que são formadas em geral duas horas após o nascimento.

2.4.4 Quadro clínico

As manifestações clínicas inicialmente discretas tornam-se progressivas em intensidade e gravidade. O desconforto respiratório progressivo se caracteriza principalmente por gemido expiratório, cianose, taquipnéia, batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal e subcostal (DINIZ; VAZ, 2010).

À ausculta pulmonar, conforme mostra Diniz; Vaz (2010) descreve que há diminuição global do murmúrio vesicular. A progressão desse quadro clínico, se não for interrompido, conduz à falência respiratória e ao óbito na maioria dos casos, nas primeiras 72 horas de vida.

Apresentando um quadro de dispnéia progressiva que se traduz por retração xifoidéia, com pouca entrada de ar nos pulmões (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003).

O RN é incapaz de manter adequada oxigenação e eliminação de gás carbônico. A respiração torna-se laboriosa, taquipneica (> 60/min), desenvolve-se acidose metabólica e respiratória. O neonato apresenta-se cianótico ao ar ambiente, com estertores pulmonares pela má aeração (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Manifestações sistêmicas surgem especialmente nos casos graves, como hipotonia e depressão neurológica, hipotensão, menos volume urinário com retenção de uréia e aumento de potássio agravado pelo catabolismo presente, íleo paralítico com distensão abdominal e retardo na eliminação de mecônio, que desaparecem com o tratamento, nos casos de boa evolução (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003).

Segundo Atwood (2007), ainda é possível o RN apresentar escarro espumoso, temperatura corporal baixa, edema periférico, oligúria, história de parto prematuro ou cesariano, história de diabetes melito materno ou de hemorragia pré-termo, retração subcostal e apnéia.

Contemplando e generalizando a sintomatologia clínica, Kumar (2010, p. 464) apresenta a evolução típica apresentada pelo RNPT que não é tratado com surfactante

A ressuscitação pode ser necessária ao nascimento, mas, em geral, dentro de alguns minutos a respiração rítmica e a coloração normal são restabelecidas. Pouco tempo depois, com frequência dentro de 30 minutos, a respiração torna-se mais difícil e, dentro de poucas horas, a cianose torna-se evidente. Estertores crepitantes tornam-se audíveis em ambos os campos pulmonares. Conforme a doença progride, o distúrbio respiratório persiste, a cianose aumenta, e até a administração de 80% de oxigênio através de uma variedade de métodos ventilatórios falha na melhora da situação. Não obstante, se o tratamento evitar a morte nos primeiros 3 a 4 dias, o RN tem excelentes chances de recuperação (KUMAR ET AL., 2010, p. 464).

2.4.5 Complicações

Na Doença da Membrana Hialina, são observadas algumas complicações resultantes tanto pela doença quanto pelo seu tratamento. Entre as complicações mais frequentes, destacam-se sob a ótica de Ribeiro; Boaro; Alencar (2003):

- Displasia Broncopulmonar (DBP), resultante de altas concentrações de oxigênio, por tempo prolongado;
- Pneumotórax, pneumomediastino e enfisema intersticial que são complicações que ocorrem mais frequentemente em RN submetido à CPAP ou a ventilação mecânica com PEEP e picos de insuflação altos;
- Fibroplasia Retrolenticular (FRL) em decorrência de concentrações alta de oxigênio nos vasos retinianos;

- Persistência do Canal Arterial (PCA): os principais sinais são taquicardia persistente, taquipnéia, hiperatividade do precórdio, pulsos periféricos cheios, e sopro sistólico contínuo e audível;
- Hemorragia Cerebral Intraventricular (HCIV): nas formas mais leves e moderadas, observa-se diminuição da atividade espontânea, hipotonicidade, irritabilidade, convulsões, nistagmo, queda do hematócrito e acidose metabólica. Nos quadros mais tardios, observa-se uma súbita queda de hematócrito, aumento da tensão na fontanela, diminuição do consumo de O₂ e tendência à hiperglicemia;
- Outras complicações: aquelas relacionadas com uso de cateter umbilical, ou seja: sepsis, fenômenos trombóticos (artéria renal, aorta, artéria mesentérica) e isquemia de vasos periféricos. E complicações observadas em longo prazo como lesões de nariz, orofaringe, laringe, traquéia e pulmões, além de anormalidades dos dentes incisivos, desde a mudança da coloração à ausência parcial, devido à pressão das sondas endotraqueais e da lâmina do laringoscópio durante a intubação.

2.4.6 Diagnóstico

O diagnóstico da DMH fundamenta-se na análise de dados maternos, do parto e do recém-nascido, nos exames complementares e na eliminação de outras causas de dificuldades respiratórias (LAGE et al., 2008 apud RIBEIRO et al., 2003).

2.4.6.1 Diagnóstico Clínico

Para o diagnóstico clínico da DMH é importante o conhecimento da história materna obstétrica e familiar, as condições de nascimento, além da identificação dos fatores de risco mais determinantes da DMH como seja a prematuridade e o peso baixo de nascimento (DINIZ; VAZ, S/A).

Contemplam ainda, Ribeiro; Boaro; Alencar (2003), que o diagnóstico da DMH baseia-se na análise da exclusão de outras causas de dificuldade respiratória. Os sinais da

doença iniciam-se precocemente, na maioria das vezes minutos após o nascimento, com piora nas primeiras 3 a 6 horas.

O desconforto respiratório é progressivo nas primeiras 24 a 36 horas, atingindo o pico por volta de 48 horas e melhora gradativa após 72 horas de vida. Nos casos de má evolução, os sinais clínicos acentuam-se com crises de apnéia e piora do estado hemodinâmico e metabólico (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003).

2.4.6.2 Diagnóstico Radiológico

Os raios X são indispensáveis para o diagnóstico, ao certificar padrão difuso reticulogranular dos pulmões (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Ao exame radiográfico, os pulmões apresentam uma aparência tipicamente opaca (SILVA et al., 2006).

As radiografias de tórax podem revelar um padrão reticulonodular fino e faixas escuras, indicando bronquíolos dilatados e cheios de ar (ATWOOD, 2007).

Conforme mostra Ribeiro; Boaro; Alencar (2003), no que se refere ao diagnóstico radiológico, observa-se um aspecto reticulogranular difuso em ambos os pulmões (vidro móido), com broncogramas aéreos superpostos, de intensidade variada, aumento da vasculatura, e de líquido pulmonar:

- Leve (grau I): podem ser observados broncogramas aéreos mínimos;
- Moderado (grau II): os broncogramas já estão estendendo-se para fora do mediastino;
- Grave (grau III): esses broncogramas já alcançam a periferia;
- Opacidade total (grau IV): opacificação total de campos pulmonares a imagem cardíaca é normal nos graus I e II, pouco perceptível no grau III e invisível no grau IV.

Este aspecto clássico, de infiltrados reticulogranulares, é a representação radiológica das vias aéreas distais atelectasiadas e está presente nos RN's com DMH nas primeiras horas de vida. De modo que, uma radiografia de tórax normal após 6 horas de vida, praticamente exclui a possibilidade diagnóstica da doença (MIYOSHI, 2001 apud EGER, 2003).



Figura 5: Aspecto radiológico de doença da membrana hialina grau IV. Radiografia de tórax em momento pré-surfactante observa-se velamento difuso em ambos os pulmões e infiltrado macronodular. Cateter endotraqueal contrastado.

Fonte: Martinho (2004)



Figura 6: Aspecto da doença da membrana hialina seis horas após a administração do surfactante. Radiografia de tórax. Observar pulmões de transparência normal.

Fonte: Martinho (2004)

2.4.6.3 Diagnóstico Laboratorial

A comprovação da deficiência de surfactante no líquido amniótico ou suco gástrico é realizada pelo teste de Clements ou shake test. Na gasometria, observa-se acidose mista, hipóxia e hipercapnia (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003). Esse teste de Clementes avalia a maturação pulmonar fetal através da mensuração dos fosfolipídeos no líquido amniótico, relação lecitina/esfingomielina e dosagem de dipalmitoilfosfatidilcolina e do fosfatidilglicerol e pela dosagem da proteína A (MIYOSHI, 2001 apud EGER, 2003).

2.4.6.4 Diagnóstico Diferencial

No diagnóstico diferencial é importante destacar, como informa Ribeiro; Boaro; Alencar (2003): dispnéia transitória do RN ou síndrome do pulmão úmido, pneumonias, persistências da circulação fetal, Síndrome da Aspiração Meconial (SAM) e cardiopatias congênitas cianóticas (CCC).

Fala-se em taquipnéia transitória quando, em quadro clínico com as mesmas características da DMH, a recuperação do neonato se completa em 24 horas (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

2.4.7 Conduas Terapêuticas

No momento em que se suspeita de DMH, o RN deve ser transferido imediatamente para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), cuja infra-estrutura deve permitir perfeito acompanhamento clínico e terapêutico (DINIZ, 1999 apud EGER, 2003).

O tratamento, segundo Montenegro; Rezende Filho (2008) é voltado para os sinais e sintomas apresentados e é feito na UTIN, procedimento que revolucionou o atendimento do pré-termo, o qual promove:

- Ventilação adequada. O O₂ deve ser administrado em concentração suficiente para manter o pO₂ arterial entre 60 a 70 mmHg;
- Correção da acidose metabólica com o bicarbonato de sódio;
- Infusão de glicose a 10% para diminuir o catabolismo;
- Hemotransfusão para os recém-nascidos chocados.

A alta incidência de deficiência de surfactante em recém-nascidos muito imaturos, diagnosticados com DMH, por exemplo, com IG menor de 30 semanas, pode parecer boa justificativa para uma abordagem terapêutica profilática de uso de surfactante (FREDDI; FILHO; FIORI, 2003).

A manutenção das condições térmicas apropriadas são cuidados que favorecem e condiciona a uma adequada assistência, e para isso é necessário equipe multidisciplinar como expõe Atwood (2007), pois o estado do RN com DMH é crítico, e requer além dos serviços da UTIN, a terapêutica proposta por pneumologistas, terapeutas respiratórios, nutricionistas e assistentes sociais, além de outros que se fizerem convenientes e necessários.

2.4.8 Prognóstico

A sobrevida dos RN's está fundamentalmente relacionada à gravidade da DMH, idade gestacional e utilização de técnicas terapêuticas adequadas (DINIZ, 1999 apud EGER, 2003).

2.4.9 Profilaxia

O reconhecimento e a prevenção dos fatores de risco pré e pós-natal contribuem não só para a diminuição do número de casos da doença como também da morbimortalidade. Uma das formas consiste na melhoria das condições de nascimento e na prevenção da prematuridade (MARTINHO, 2004).

Em consonância, Silva et al. (2006) adita que a abordagem mais bem-sucedida na prevenção da síndrome da angústia respiratória é a prevenção do nascimento pré-maturo, especialmente os partos eletivos precoces e a cesariana.

O uso de corticóide está consagrado em Obstetrícia: ele tem reduzido não só a frequência de DMH, como também a de hemorragia intraventricular e, conseqüentemente, a morbiletalidade perinatal (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

O aprimoramento dos métodos para avaliar a maturidade do pulmão fetal por amniocentese permite uma previsão razoável quanto ao provável desenvolvimento de membrana hialina no feto de uma gravidez de alto risco (SILVA et al., 2006).

Quanto à ação do corticóide, Montenegro; Rezende Filho (2008), dizem que o mesmo estimula a síntese e a liberação de surfactante no alvéolo pulmonar. Embora todos os corticóides exerçam esse efeito, apenas betametasona, e em menor grau a dexametasona, alcançam concentrações terapêuticas no feto.

Um único curso de corticóide, como a betametasona, deve ser administrado a mulheres entre 24-34 semanas sempre que houver risco de parto pré-termo, incluindo grávidas com rotura das membranas, pré-eclampsia, gestação múltipla e nas quais o parto pode ocorrer em menos de 24 horas, e na prática neonatal moderna em que o surfactante é disponível (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Tão notável o uso do corticóide é a administração pós-natal de surfactante pulmonar especialmente de ordem profilática em gestações de menos de 30 semanas (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Em consonância com Pessoa (2000), são medidas preventivas: evitar cesárea eletiva sem avaliação cuidadosa da maturidade pulmonar fetal, corticosteróides administrados à gestante de 29 a 34 semanas de Gestação e reposição do surfactante pulmonar logo após o nascimento.

A profilaxia tem sido utilizada imediatamente após o nascimento, antes da primeira ventilação ou após estabilização inicial, já com alguns minutos de vida. Se o objetivo é prevenir a lesão provocada pela deficiência de surfactante nos recém-nascidos com imaturidade pulmonar, o ideal seria administrá-lo mesmo antes da primeira inspiração, informam Freddi; Filho; Fiori (2003).

2.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Cuidar em enfermagem é, segundo Horta (1979), fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

O cuidado com outro estabelece idealizar relações que propicie as manifestações das particularidades distintas, que deverão não mais ser compreendidas simplesmente como diferenças, mas como riquezas da extraordinária e complexa substância humana. Entender esse fenômeno fomenta e direciona os seres humanos a dispensarem maneiras mais cuidadas de ser (BOFF, 1999).

O cuidado humanizado ao RNPT que se encontra em assistência na UTIN é imprescindível em todos os procedimentos, sendo para isso indispensável considerar que se deve cuidar do paciente como um todo, estendendo o cuidado humanizado para o contexto familiar e social, devendo na prática associar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada pessoa (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Os cuidados de enfermagem são para Doenges; Moorhouse; Geissler (2003), um fator-chave na obtenção de resultados positivos para o paciente e na manutenção, reabilitação e prevenção de certos aspectos de cuidado de saúde.

De acordo com a lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da profissão, artigo 11, que diz: “cabe ao enfermeiro privativamente os cuidados diretos de enfermagem a clientes graves com riscos de vida; e os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade para tomar decisões imediatas” (FIGUEIREDO; SILVA; SILVA, 2006).

O trabalho da enfermagem, para Oliveira et al. (2006), é considerado como um processo particular do trabalho coletivo em saúde, conferindo a este um caráter subsidiário e complementar, transformando então o mesmo objeto de trabalho, que é o corpo humano individual e coletivo.

Conforme Atwood (2007), o processo assistencial de enfermagem dispensada ao RNPT que apresenta DMH, baseia-se nos seguintes cuidados:

- Monitoração das alterações dos sinais vitais e administração de oxigênio, conforme prescrição;
- Avaliação da coloração e integridade da pele e das alterações do estado cardiopulmonar;
- Monitoração das leituras da oximetria de pulso, a cada 1 a 2 horas, e avaliação dos resultados da gasometria arterial, mediante prescrição. Ajustar os controles da PEEP ou CPAP, de acordo com os resultados da gasometria;
- Verificar o peso todos os dias e monitoração do balanço hídrico e providenciar nutrição parenteral total e evitar alimentação enteral ou oral;
- Administração de medicamentos, conforme prescrição e realizar aspiração se necessário;
- Verificação da existência de hipotensão arterial ou venosa no cateter umbilical, conforme a indicação e instituir medidas de prevenção de infecção;
- Mudar o local onde foi colocada a derivação do monitor da PaO₂ transcutânea, a cada 2 a 4 horas e promover períodos de repouso ao RN;
- Cuidar da boca e da pele do RN, a cada 2 horas;
- Estimular a família a participar do cuidado do RN e oferecer apoio emocional à família;
- Encaminhar o RN para acompanhamento com oftalmologista neonatal, quando indicado.

As intervenções de enfermagem são executadas pelos pilares propostos através do Processo de Enfermagem (PE), que é uma ferramenta importante na realização dos cuidados de enfermagem ao RN com DMH. Lefèvre (2007) descreve como sendo uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem, promovendo cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo.

O PE é um constante movimento das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos (HORTA, 1979).

Para a implementação do PE de forma eficiente, é necessário que este se desenvolva em cinco etapas, as quais Lefèvre (2007) as descrevem como: investigação, diagnósticos (identificação de problemas), planejamento, implementação e avaliação.

Como a abordagem deste tema é mais direcionada às intervenções de enfermagem, não desconsiderando em momento algum a importância e necessidade das outras etapas constituintes do PE, Lefèvre (2007) conceitua a 4ª etapa do PE, implementações/intervenções, como não sendo simplesmente a colocação de um plano em prática, mas o momento ideal para pensar e refletir sobre o que se está fazendo.

O conhecimento do processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTIN permite compreender a percepção da equipe de enfermagem, quanto aos elementos constituintes do processo de trabalho (objeto, instrumento, finalidade e produto final) e apreender, na assistência de enfermagem prestada às crianças, as medidas necessárias de humanização a serem adotadas e se as mesmas propiciam efeitos na qualidade da assistência de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2006).

2.5.1 Oxigenação

A função de enfermagem de maior importância é observar a resposta da criança frente à oxigenioterapia prescrita, uma vez que a concentração de oxigênio e a pressão positiva contínua são prescritas de acordo com a cor e a gasometria da criança. A quantidade de oxigênio administrada é baseada nessas observações (SILVA et al., 2006).

Conforme Martinho (2004), a oxigenioterapia é uma medida que se mostra eficaz, apesar disso deve ser utilizada de maneira cautelosa a fim de se evitar os efeitos tóxicos do oxigênio.

Apesar de o oxigênio constituir-se de um elemento de maior importância no tratamento da insuficiência respiratória, seu uso deve ser cauteloso a fim de se evitar a toxicidade sobre a retina e o pulmão do RN (DINIZ, 1999 apud EGER, 2003). As diferentes técnicas de oxigenioterapia incluem: campânula ou capacete, cânula nasal, máscara facial, peça nasal moldada (pronga) e tubo endotraqueal (EGER, 2003).

De acordo com o exposto fica expressamente evidente que umas das intervenções primordiais da enfermagem no tocante à oxigenação do RNPT com DMH, é examinar miudamente a reação do pequeno paciente à terapia instituída, para deste modo poder programar e planejar as condutas terapêuticas subsequentes.

2.5.2 Pressão Positiva Contínua Nas Vias Aéreas (CPAP)

Cerca de 30% dos RNPT com DMH geralmente requerem o uso de pressão de distensão contínua, quer na forma de pressão positiva contínua na via aérea (CPAP), quer através de entubação traqueal com pressão positiva no final da expiração (PEEP) (CONSOLO; PALHARES; CONSOLO, 2002).

Recomenda-se uso precoce para prevenir o colapso dos alvéolos ainda abertos e melhorar a conservação da função do surfactante alveolar, o que leva à necessidade de menor suporte ventilatório no curso da doença (EGER, 2003). Acrescenta ainda o mesmo autor que a CPAP é também indicada nos casos de pós extubação.

Desta forma, é imprescindível a não interrupção da intervenção de enfermagem no que se refere à CPAP, uma vez que o sucesso desse procedimento depende da regulação e monitoramento que são mediados pelos parâmetros obtidos por gasometria.

2.5.3 Ventilação Mecânica (VM)

A Ventilação Mecânica é para Knobel (2009), um método artificial para manutenção da ventilação em pacientes impossibilitados de respirar espontaneamente, feito através da introdução de prótese na via aérea do paciente e mediante ventiladores mecânicos, capazes de fornecer uma pressão positiva ao sistema respiratório para expansão pulmonar.

Para certificar-se de que os pacientes que necessitam de VM recebam um tratamento adequado, o profissional deve ter conhecimento adequado, Swearinger; Keen (2005) presumem que o profissional de enfermagem deve ter conhecimento adequado sobre o equipamento e sobre os processos envolvidos na VM.

No tratamento ao RNPT com doença da membrana hialina, principalmente no qual o RN é submetido à ventilação mecânica, uma monitoração mais intensa, sobretudo da mecânica respiratória, deve ser realizada (CONSOLO; PALHARES; CONSOLO, 2002).

O planejamento dos cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos à ventilação mecânica tem como objetivos, segundo Knobel (2009):

- Reconhecer o equipamento e seus acessórios;

- Assegurar o bom funcionamento do aparelho e conferir parâmetros ventilatórios e ajustes de alarmes;
- Checar sincronismo ventilador/paciente e interpretar valores gasométricos;
- Monitorar ventilação e padrão respiratório, reconhecer sinais de hipoxemia e hipercapnia e manter conforto do paciente em VM e evitar extubação;
- Prevenir complicações relacionadas à VM e estabelecer e padronizar técnicas no cuidado com o paciente;
- Reduzir ansiedade de pacientes e familiares, e manter comunicação por métodos alternativos.

2.5.4 Cuidados Gerais

Manter o RN em ambiente térmico neutro (36,5 °C), no sentido de reduzir o consumo de oxigênio e a produção de gás carbônico. Para isso pode ser utilizado a incubadora ou o berço de calor irradiante com monitores acoplados (DINIZ, 1999 apud EGER, 2003).

Ribeiro; Boaro; Alencar (2003) consideram que a asfixia é um dos principais fatores que limitam a sobrevivência na DMH. É fundamental a presença na sala de parto de uma equipe de profissionais apta para uma reanimação imediata e eficiente do recém nascido.

Eger (2003) orienta a necessidade de realizar restrição hídrica nos primeiros dias, que deverá ser aumentada nos dias subsequentes de forma gradativa, com o intuito de manter o débito urinário de 1 ml/kg/h, a pressão arterial média entre 30 e 50 mmHg, o hematócrito por volta de 40%, e o sódio sérico entre 135 e 145 mEq/l.

A determinação da pressão arterial (PA) nestas crianças é primordial, esclarece Ribeiro; Boaro; Alencar (2003), podendo ser realizada através de técnica direta ou indireta. A estimativa da PA pela técnica de Doppler é largamente usada na UTIN, é um método não-invasivo, que afere a pressão sistólica e também a diastólica.

Nos casos de hiperbilirrubinemia, são indispensáveis as dosagens de bilirrubina e a indicação de fototerapia. No RN com peso ao nascimento menor que 1000g e que apresentam equimose, Ribeiro; Boaro; Alencar (2003) declaram que a fototerapia tem sido utilizada como método de prevenção.

Um dos cuidados primordiais é procurar afastar o processo infeccioso através da avaliação de leucogramas, proteína-C reativa e hemoculturas seriadas (EGER, 2003).

Iniciar o mais precocemente possível a alimentação enteral e, na impossibilidade desta, introduzir nutrição parenteral, após 72 horas de jejum e em condições hemodinâmicas estáveis (ALMEIDA; KOPELMAN, 1994 apud EGER, 2003).

2.5.5 Unidade De Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

O papel desempenhado pela enfermagem que atua dentro da UTIN é de uma importância extraordinária, uma vez que a busca de medidas que minimizam o sofrimento e a dor para o RNPT, deve irradiar-se também para a diminuição e enfrentamento da dor e sofrimento da família (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

E uma ferramenta apresentada e realçada por Pessini; Bertachini (2009) para complementar a assistência, no sentido de torná-la mais eficaz, é a implementação da humanização na UTI, na qual o científico e o econômico devem estar a serviço do ser humano e não o ser humano a serviço da ciência e da economia.

A UTIN sob a ótica de Reichert; Lins; Collet (2007) é um ambiente hospitalar onde são utilizadas técnicas e procedimentos sofisticados, que podem propiciar condições para a reversão dos distúrbios que colocam em risco a vida dos bebês de alto risco, para tanto, exige de toda a equipe um preparo que sustente a complexidade das atividades desenvolvidas.

Conforme Cheregatti; Amorim (2010), a unidade de terapia intensiva (UTI), caracteriza-se como uma unidade reservada, complexa, dotada de monitoração contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de sistemas orgânicos.

A descrição da UTIN apresentada por Lima et al. (2007 apud Brasil; Barbosa; Cardoso, 2009), é como sendo um ambiente terapêutico apropriado ao tratamento de RN's de alto risco, como é o caso dos RNPT que apresentam a DMH, constituindo-se de equipamentos e uma equipe multidisciplinar, sendo considerada de alta complexidade assistencial, devido à gravidade das condições de vitalidade dos clientes e pelo grande uso da tecnologia.

Além da equipe médica e de enfermagem, a UTIN necessita de atendimento multiprofissional e interdisciplinar, constituído por fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, dentre outros profissionais que sejam necessários. (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

2.6 SURFACTANTE

“Em 1959, Avery e Mead descobriram que os pulmões de bebês prematuros que tinham morrido de doença da membrana hialina continham pouco surfactante” (KOEPPEN; STANTON, 2009, p. 428).

O surfactante pulmonar é uma substância fundamental na mecânica pulmonar. Ele está presente em todas as espécies que respiram através de pulmões, pois, na sua ausência, o líquido presente entre o alvéolo e o ar apresenta uma tensão superficial alta, que exerce uma força de colapamento sobre estas estruturas pulmonares (FREDDI; FILHO; FIORI, 2003).

O surfactante é uma substância responsável pelo não colapamento dos alvéolos no processo respiratório (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003). Benzecry (2001) confirma que se não fosse o surfactante o fluxo de ar não chegaria às vias aéreas de menor calibre (e aos alvéolos) devido à alta pressão destas vias e os alvéolos se colabariam, dando lugar a extensas áreas de atelectasias. A primeira resposta ao tratamento com surfactante é um rápido e intenso aumento na oxigenação, o que ocorre minutos depois da administração, permitindo uma rápida redução nas concentrações de oxigênio inspirado (REBELLO et al., 2002).

A DMH é uma lesão pulmonar em que o sistema surfactante se apresenta alterado por causa da sua inativação e comprometimento da sua composição e metabolismo. A síntese do surfactante é influenciada pelo pH, temperatura, perfusão, e pode ser comprometida pela hipotermia, hipoxemia e acidose (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003).

O complexo surfactante, segregado pelas células epiteliais tipo II dos alvéolos pulmonares, parece capaz de reduzir a tensão superficial da interface ar-líquido e assim manter a luz dos alvéolos, evitando o seu colapso após o nascimento (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). As células pulmonares do tipo II são células cubóides, e em virtude de sua forma elas ocupam menos de 5% da superfície alveolar, sua função é sintetizar

e secretar o surfactante. Estas células se proliferam nos casos de lesão (MALINOWSKI; WILSON, 2000 apud EGER, 2003).

O surfactante é um agente ativo de superfície na água, o que significa que ele reduz bastante a tensão superficial da água. É secretado por células epiteliais alveolares tipo II, que constituem cerca de 10% da área de superfície alveolar. Essas células são granulares, contém inclusões lipídicas que são secretadas no surfactante dentro dos alvéolos. (GUITON; HALL, 2006).

Complementando Montenegro; Rezende Filho (2008), relatam que cerca de 85% do complexo surfactante estão compostos por fosfolípido, dos quais a lecitina representa 80% e o fosfatidilglicerol 10%.

A composição dos fosfolípides no surfactante varia com a idade gestacional. No feto imaturo há uma quantidade relativamente grande de fosfatidilinositol, no pulmão maduro este fosfolípide é progressivamente substituído pelo fosfatidilglicerol. O fosfatidilglicerol é um marcador de maturidade pulmonar (ABREU et al., 2000 apud EGER, 2003). Benzecry (2001), diz que além de lipídeos o surfactante é formado por proteínas: as apoproteínas. Estas são constituídas por cinco compostos protéicos: proteína-surfactante A, B, C, D e E.

Miyoshi (2001) apud Eger (2003) expõe que o papel mais conhecido do surfactante pulmonar é o de estabilizar os alvéolos e os bronquíolos respiratórios durante a fase expiratória, evitando o colapso das vias aéreas distais e o aumento da resistência pulmonar. O surfactante previne atelectasias e edema, devido à diminuição da tensão superficial na interface ar-líquido alveolar; com isto, melhoram as trocas gasosas e diminui o trabalho respiratório, tendo ainda ação lubrificante, protegendo as vias aéreas e promovendo o transporte mucociliar (DINIZ, 1999 apud EGER, 2003).

E, ainda, durante a inspiração, o surfactante promove um recrutamento alveolar uniforme, reduzindo o gradiente pressórico entre o interstício e o alvéolo, diminuindo assim a formação de edema alveolar. Além disso, é importante esclarecer que o surfactante apresenta propriedades imunológicas, antibacterianas e antiinflamatórias (MIYOSHI, 2001 apud EGER, 2003).

2.6.1 Surfactante Exógeno

O surfactante exógeno na DMH tem sido utilizado objetivando prevenção, em que tem sido mais indicado em RNPT de muito baixo peso (menor que 30-32 semanas de IG) dentro de 10 a 20 minutos após o nascimento; e no tratamento da doença estabelecida (RIBEIRO; BOARO; ALENCAR, 2003).

Quanto à administração do surfactante exógeno Ribeiro; Boaro; Alencar (2003) informam que a utilização de surfactante exógeno na UTIN fez com que houvesse queda de até 50% na mortalidade dos recém-nascidos pré-termos. Confirmando a eficácia, os autores supraditos acrescentam que a utilização do surfactante pulmonar exógeno é uma opção terapêutica que visa manter a estabilidade alveolar, propiciando, melhora da complacência pulmonar, da oxigenação e da mecânica respiratória.

Atua em decorrência de suas propriedades fisicoquímicas nas vias aéreas, e não pela ligação a receptores específicos. São administrados diretamente na árvore traqueobrônquica através da cânula endotraqueal (RANG, 2007).

Em consonância com Rebello et al. (2002) existem duas escolhas básicas para a terapêutica com surfactante exógeno, que são: os surfactantes “naturais”, obtidos de animais por um processo de extração lipídica de lavado ou homogenado pulmonar, com ou sem adição de fosfolípidos ao produto final; e os surfactantes sintéticos, produzidos em laboratório.

2.6.1.1 Técnicas de administração do surfactante

São várias as técnicas existentes para a administração do surfactante, todas passíveis de serem executadas pela enfermagem, uma vez que a administração de medicamentos é conduta típica da enfermagem, conforma expõe Potter; Perry (2009), que a enfermagem é possuidora do papel essencial da preparação e administração do medicamento, assim como da orientação sobre o medicamento e da avaliação da resposta do paciente ao tratamento.

Quanto às técnicas para a administração do surfactante, Rebello et al. (2002) apresentam as consecutivas técnicas:

- Por nebulização: foi afastado após várias tentativas, uma vez que, mesmo utilizando nebulização ultra-sônica, a quantidade de surfactante que atinge os alvéolos é bastante reduzida. No entanto, deve ser salientado que esta técnica leva a uma distribuição mais homogênea do que a instilação tradicional;

- Em bolos: foi utilizada com base em estudos experimentais, os quais se mostraram eficaz;
- Instilação após o nascimento: anterior à primeira respiração, resultando em uma distribuição uniforme de surfactante, com excelente resposta clínica;
- Após manobras de reanimação: de preferência que ocorra na UTIN;
- Por ventilação mecânica: a técnica mais recomendada.

“Em casos graves, o oxigênio pode ser administrado por CPAP nas vias respiratórias, por meio de tubo nas narinas ou máscara facial. Em tais casos, o surfactante pode ser administrado diretamente nos pulmões” (TORTORA; DERRICKSON, 2010, p. 888).

Apesar do sucesso obtido com a utilização do surfactante exógeno na DMH No recém-nascido, questões permanecem indefinidas, como o momento do seu emprego, muito precoce (profilático), baseado na idade gestacional ou em testes rápidos de maturidade pulmonar, ou então mais tardiamente, após o quadro clínico instalado (FREDDI; FILHO; FIORI, 2003).

Independente da técnica utilizada pela enfermagem para a realização da administração do surfactante exógeno torna-se imprescindível a capacitação técnica e o conhecimento do procedimento a ser realizado, como também a avaliação contínua e sistemática do paciente ao tratamento instituído.

3 METODOLOGIA

Metodologia é o caminho do pensamento e a prática desempenhada na abordagem da realidade, que inclui concomitantemente a teoria da abordagem (o método) os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

3.1 TIPO DE PESQUISA

O tipo de pesquisa utilizada para o alcance dos objetivos deste estudo enquadrou-se em uma pesquisa do tipo exploratória descritiva, com abordagem quantiquantitativa. Mediante Mattar (1997 apud Franco; Franco, 2006), este tipo de pesquisa visa promover ao pesquisador maior conhecimento a cerca do tema ou problema de pesquisa em perspectiva.

Conforme Ludke; André (2001 apud Nóbrega et al., 2007), a pesquisa exploratória qualitativa faz com que compreendamos a complexidade das experiências e seus significados, permitindo apreender os fenômenos capturando os diferentes significados das experiências no ambiente investigado, facilitando assim a compreensão das relações entre os indivíduos, seu contexto e suas ações.

De acordo com Figueiredo (2004), pesquisas exploratórias são pesquisas que geralmente proporcionam maior familiaridade com o problema, ou seja, têm o intuito de torná-lo mais explícito. Essas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Realçando tal conceito sobre pesquisa do tipo exploratória

Gil (2007) formaliza que a principal finalidade é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Consoante com Figueiredo (2004), as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática.

As pesquisas descritivas, empregadas ao método das exploratórias, são as realizadas habitualmente pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2007).

Na pesquisa qualitativa, os elementos do delineamento do estudo evoluem durante o curso do projeto, em outras palavras, as decisões sobre a melhor maneira de obter os dados, de quem e como deve ser obtido, como programar a coleta e quanto tempo deve durar uma coleta de dados, são feitas no campo, à medida que o estudo se desenvolve (POLIT; BECK; HUNGLE, 2004).

Triviños (1987), diz que para alguns autores a pesquisa qualitativa compreende atividades de investigação que podem ser denominadas específicas, e que todas elas podem ser caracterizadas por trações comuns. Na pesquisa qualitativa a interpretação assume um foco central, uma vez que é o ponto de partida (porque se inicia com as próprias interpretações dos autores) e é o ponto de chegada (porque é a interpretação das interpretações) (GOMES et al., 2005 apud MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

Quanto ao método quantitativo, Richardson (2007) coloca que é possível primariamente garantir e assegurar a garantia e a precisão dos resultados, evitando com isso distorções de análise e interpretação, possibilitando com isso uma margem de segurança no tangente às interferências.

Contribuindo para o entendimento da abordagem quantitativa, Oliveira (2000) diz que trabalhar com o quantitativo significa quantificar opiniões e dados nas formas de coleta de informações, assim como também o utilizar o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde a mais simples até o uso mais complexo.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Maternidade Almeida Castro, situada na cidade de Mossoró/RN. Esta maternidade é uma instituição filantrópica mantida pela Assistência e Proteção à Maternidade e à Infância de Mossoró (APAMIM). Maternidade essa que compõem em sua estrutura física o setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, local mais apropriado para o fornecimento do suporte terapêutico aos recém-nascidos que apresentam o quadro sintomatológico, o qual caracteriza e o predispõe à DMH.

A Maternidade Almeida Castro foi preferencialmente escolhida por ser a única maternidade da cidade de Mossoró, que contém em sua estrutura física o setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e conseqüentemente o local mais conveniente para a coleta dos dados.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA LOCAL

A população da pesquisa foi constituída por enfermeiros (as) que dispõem atividades de enfermagem, dentro da UTIN, aos recém-nascidos com diagnóstico de Doença da Membrana Hialina. A amostra deveria constituir-se por 06 enfermeiros, essa era a proposta inicial desse estudo, que deveriam ser selecionados de forma aleatória e que aceitassem voluntariamente contribuir com tal pesquisa, onde se submeteriam previamente a processo de formalização de participação instituída através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Entretanto, durante o processo de coleta de dados, a amostra configurou-se realmente com 5 profissionais, pois este era o número de profissionais de enfermagem que estavam oficialmente trabalhando no setor de UTIN da instituição hospitalar, onde foi aplicado do mesmo modo com os critérios acima.

3.4 INSTRUMENTO

Para atingir os objetivos da investigação optou-se como instrumento, um roteiro de entrevista (APÊNDICE B) composto por perguntas diretas e objetivas, que se relacionam à caracterização profissional da amostra, e questões concernentes à temática, Intervenções de Enfermagem na Doença da Membrana Hialina.

Pois através da entrevista é possível a obtenção de dados que é interessante à investigação. Caracterizando-se como uma forma de interação social, onde por meio de um diálogo assimétrico consegue-se coletar dados diante da fonte de informação (GIL, 2007).

Sendo assim, este método torna-se a melhor situação para participar na mente de outro ser humano, onde a interação face a face adquire caráter inquestionável, de proximidade entre as pessoas, promovendo as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos (RICHARDSON, 2007).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados ser de fato implementada foi necessário primeiramente o encaminhamento deste projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, onde este se submeteu a avaliação, e tendo obtido êxito (aprovação do CEP – ANEXO A), foi então liberado e formalmente realizado. Inicialmente a participante da pesquisa teve que assinar o TCLE, onde foi informada além de outras informações, que poderá desistir de participar a qualquer momento da pesquisa sem obter prejuízo algum.

A coleta de dados foi desenvolvida com os profissionais de enfermagem que prestam assistência na UTI Neonatal da Maternidade Almeida Castro. Quanto ao dia, local e horários para a realização da entrevista, estes foram determinados de acordo com a disponibilidade, conveniência e aceitabilidade de cada participante.

É interessante e conveniente saber que o método que propicia segurança, exatidão e preservação da realidade obtida na entrevista é assegurado pelo mecanismo da transcrição, ou seja, do registro e da gravação por meio de aparelho gravador, pois os limites da memória humana não possibilitariam a retenção da totalidade da informação, levando a possíveis distorções decorrentes dos elementos subjetivos que se projetam durante a reprodução da entrevista (GIL, 2008).

Objetivando segurança, exatidão e preservação da realidade obtida na entrevista, a mesma foi gravada e para isso utilizou-se um aparelho mp3 e, em seguida, as falas foram transcritas e analisadas para uma melhor estratificação dos resultados. Ressaltando a importância da transcrição de uma entrevista gravada, Richardson (2007) considera que esse modo permite estudar cada entrevista e fazer uma análise preliminar dos resultados

alcançados. Infelizmente a gravação não foi possível, mas a análise dos dados foi realizada em sua magnitude.

Para a manutenção da privacidade e sigilo dos sujeitos, em qualquer situação onde for necessário apontar alguém da amostra, será utilizado pseudônimo.

A coleta de dados realizou-se no mês de setembro do ano de 2010.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme Marconi; Lakatos (2007), analisar significa estudar, decompor, dissecar, dividir, interpretar. A análise de um texto refere-se ao processo de conhecimento de determinada realidade e implica o exame sistemático dos elementos.

Os dados qualitativos foram analisados através da técnica de análises do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre; Lefèvre (2005) que esclarece que o DSC é um discurso síntese elaborado por pedaços de discurso de sentidos semelhantes reunidos em um só discurso, extraído-se de cada relato a idéia principal e suas expressões chaves.

O DSC é assim, uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2003).

Quanto aos dados quantitativos, estes foram analisados estatisticamente utilizando planilhas do programa Microsoft Excel e Microsoft Word apresentados por meio de gráficos e tabelas (TABELAS – APÊNDICE C). Isso se deu por estudos através de procedimentos estatísticos, que foram contemplados e representados pela manipulação dos dados numéricos que descreveram os fenômenos permitindo avaliar a proporção assim como a confiabilidade dos dados em questão (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

Ética, para Fortes (1999), é um dos mecanismos de regulação social do homem que visa garantir a coesão social e harmonizar interesses individuais e coletivos.

Este estudo desenvolveu-se observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 196/96 CNS/MS e Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Para isso o mesmo fora submetido à avaliação do Comitê de Ética em pesquisa da FACENE.

Para Costa et al. (2000) a Resolução nº 196/96 CNS/MS, é sem dúvida, um documento de suma importância no campo da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte aos pesquisadores na realização de pesquisa com seres humanos.

Vale salientar que, as pesquisas realizadas no campo da saúde são eticamente movidas pelo princípio da beneficência, objetivando aumentar o bem-estar do ser humano. O bem-estar das pessoas que se submetem a pesquisa deve prevalecer sobre os interesses industriais e comerciais (FORTES, 1998).

4 ANÁLISE E RESULTADOS DOS DADOS

4.2 DADOS QUANTITATIVOS – GRÁFICOS

4.2.1 Caracterização da Amostra

Caracterizar uma amostra possibilita traçar o perfil da mesma para poder com isso compreender como um determinado fenômeno se manifesta em seu contexto. E com um perfil determinado é possível de modo específico, para uma dada situação, buscar métodos que melhore e/ou otimize tal fenômeno.

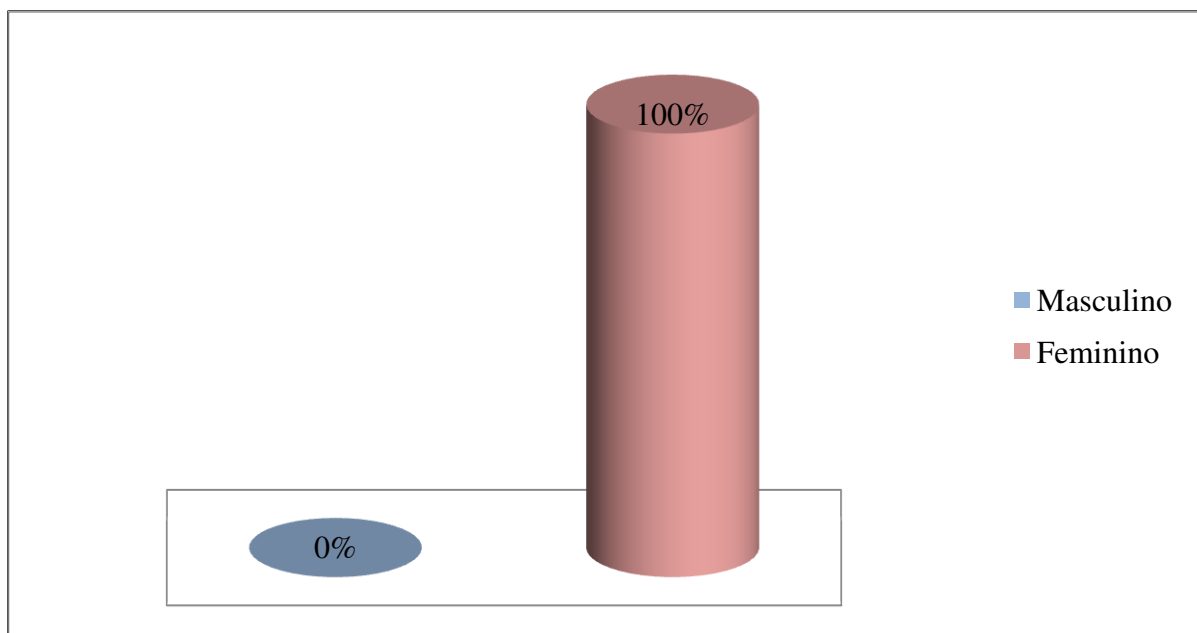


Gráfico 1: Caracterização da amostra pesquisada de acordo com o sexo

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O gráfico 1 mostra o resultado da pesquisa quanto ao sexo dos profissionais estudados, o próprio revela que 100% (5) da amostra são constituída por profissionais de enfermagem do sexo feminino.

A profissão de enfermagem tem essa característica ainda marcante, de ser uma profissão feminina, desde meados de sua concepção, desde os tempos em que era exercida meramente por preceitos empíricos. Hoje isso ainda é um tanto acentuado, porém em ritmo de mudança.

A identificação histórica da enfermagem como profissão feminina, a vocação religiosa, junto com o importante elemento manual da enfermagem tem exercido grande influência na evolução e posição da enfermagem contemporânea (PEREIRA, 1991).

A enfermagem e as enfermeiras não são mulheres na sua maioria por acaso. É o que explica Lopes; Leal (2005), em que os valores característicos e vocacionais são um exemplo de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área.

O trabalho da enfermagem coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher (LOPES; LEAL, 2005).

E a presença acentuada de mulheres no cuidados com recém-nascidos é explanada e justificada por Lopes; Leal (2005), pois a atuação no desenvolvimento de técnicas com recém-nascidos e prematuros, os estudantes/profissionais homens não têm habilidade para cuidar com destreza, segurança e carinho, visto a fragilidade dos pacientes e os “modos de ser” mais “masculinos”.

Independente do sexo que exerce a enfermagem, o que se espera é competência e condutas que contribuam para diminuir as diferenças e impasses existentes no exercício profissional e na relação com a equipe multiprofissional, sobretudo na valorização do exercício da enfermagem (PEREIRA, 1991).

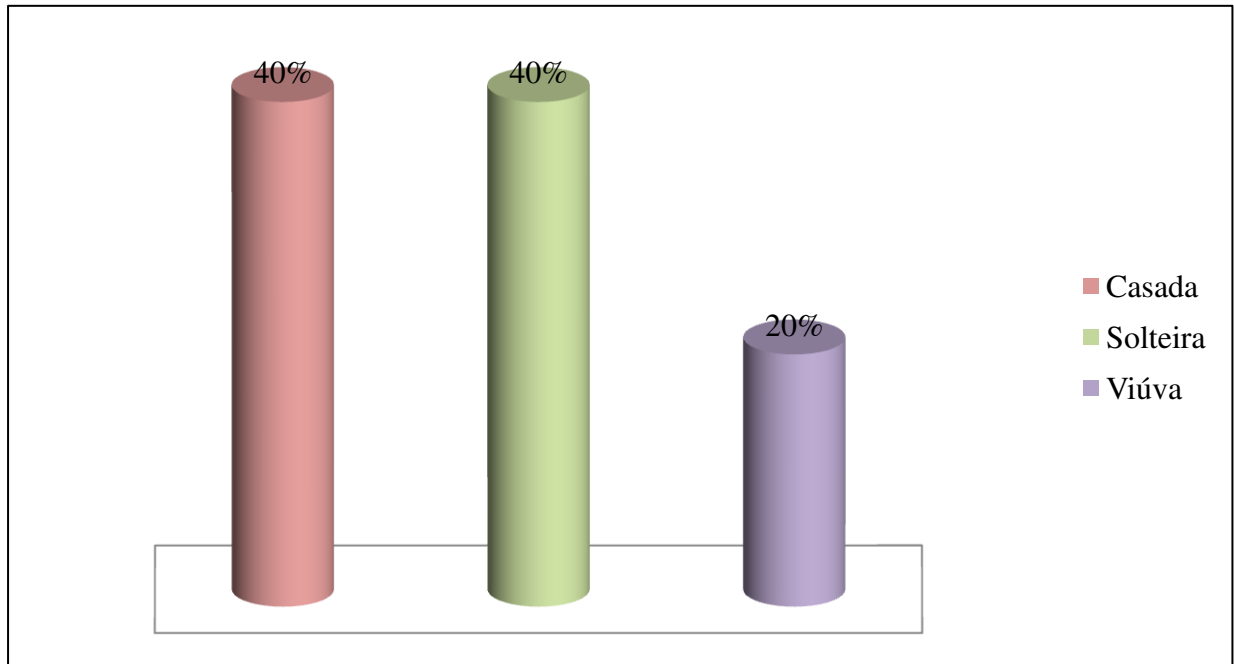


Gráfico 2: Caracterização da amostra pesquisada conforme o estado civil

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O gráfico 2 revela o estado civil da amostra estudada, onde foi constatado que 40% (2) são casada, igualmente 40% (2) é solteira e 20% (1) possuem condição civil de viúva.

Caracterizar uma amostra quanto ao estado civil é um tanto significativo para avaliar um determinado evento inserido em um determinado contexto, uma vez que a prática profissional, a prestação e gestão de cuidados, as relações interpessoais e o desenvolvimento profissional modificam-se de acordo com esta variável, mas não em sua totalidade. No entanto por mais ínfima que seja a variação, esta pode ocasionar consideráveis alterações em uma assistência (MARTINS; DIAS, 2008).

Para caracterizar o perfil do profissional de enfermagem é interessante conhecer o seu estado civil, uma vez que este é vinculado aos valores sociais adquiridos na família, na escola enfim em toda a trajetória de vida desse indivíduo e isso comprova e define a identidade socioprofissional (DAJUI, 2006).

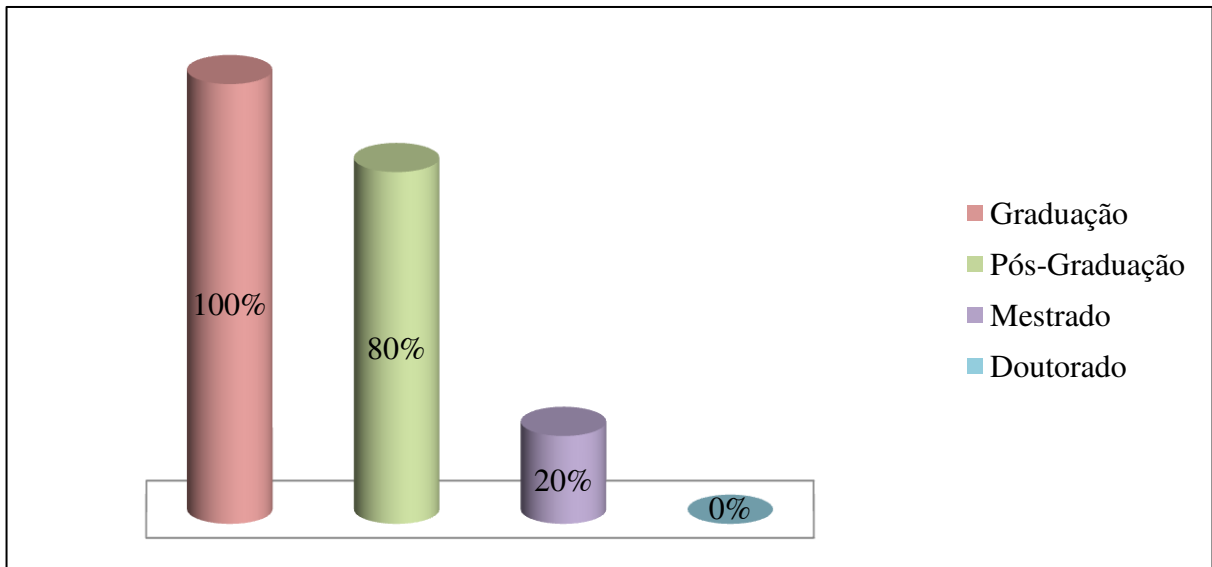


Gráfico 3: Caracterização da amostra da pesquisada de acordo com o nível de escolaridade
Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O gráfico 3 apresenta o grau de escolaridade da amostra e vem reafirmar a condição da enfermagem como científica, uma vez que para a prática legal, dessa linda e especial profissão, se faz necessário a graduação mediada pelo ensino superior. A amostra do estudo, como não podia ser diferente, são 100% (5) graduada, 80% (4) possuem especialização em uma determinada área de atuação provida pelos cursos de pós-graduação e 20% (1) possui mestrado.

Os cursos de pós-graduação existentes desde a década de 1940 atendem não somente aos profissionais que desejam o ensino/ instrução, mas também possibilitar ao enfermeiro graduado atuar em áreas de seu interesse (GEOVANINI et al., 2010).

No intuito de proteger os indivíduos do exercício ilegal da enfermagem, os órgãos reguladores esforçam-se para que o profissional de enfermagem, para assim ser, é necessário ser submetido ao processo de graduação (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

A enfermagem após o período de conclusão da graduação pode e deve se apoderar dos mais diversificados conhecimentos, de modo específico para as áreas de atuação que tenha mais afinidade, e isto é possível pelas etapas posteriores a graduação que são a especialização, mestrado e doutorado.

Tornar-se enfermeira exige uma quantidade significativa de educação formal. Após essa formação pode-se seguir o estudo e realizar um mestrado ou um doutorado. O mestrado em enfermagem possui valor para quem almeja cargos de ensino, administração ou prática avançada. Já os programas de doutorados em enfermagem preparam seus graduados para aplicar achados de pesquisa na enfermagem clínica. Alguns programas enfatizam a pesquisa

básica e a teoria, formando uma enfermeira preparada para pesquisa e doutora em filosofia (PhD) (POTTER; PERRY, 2010).

O resultado obtido neste estudo vai de encontro com a literatura, no que se refere ao ínfimo número de profissionais de enfermagem que possuem a titulação de mestres e doutores. E essa realidade justifica-se pela distribuição geográfica e o quantitativo de cursos/programas de mestrado que tem diminuído o acesso dos profissionais de enfermagem aos mesmos (SECAF; KURCGANT, 1999).

A centralização de cursos de mestrados e doutorados na região Sudeste do país que obrigam, sem dúvida, os enfermeiros a deslocamentos distantes da sua cidade de origem para realização de cursos pode ser um dos motivos que dificultem o acesso dos profissionais de enfermagem aos cursos de mestrado e doutorado (FRAGA, 1994 apud SECAF; KURCGANT, 1999).

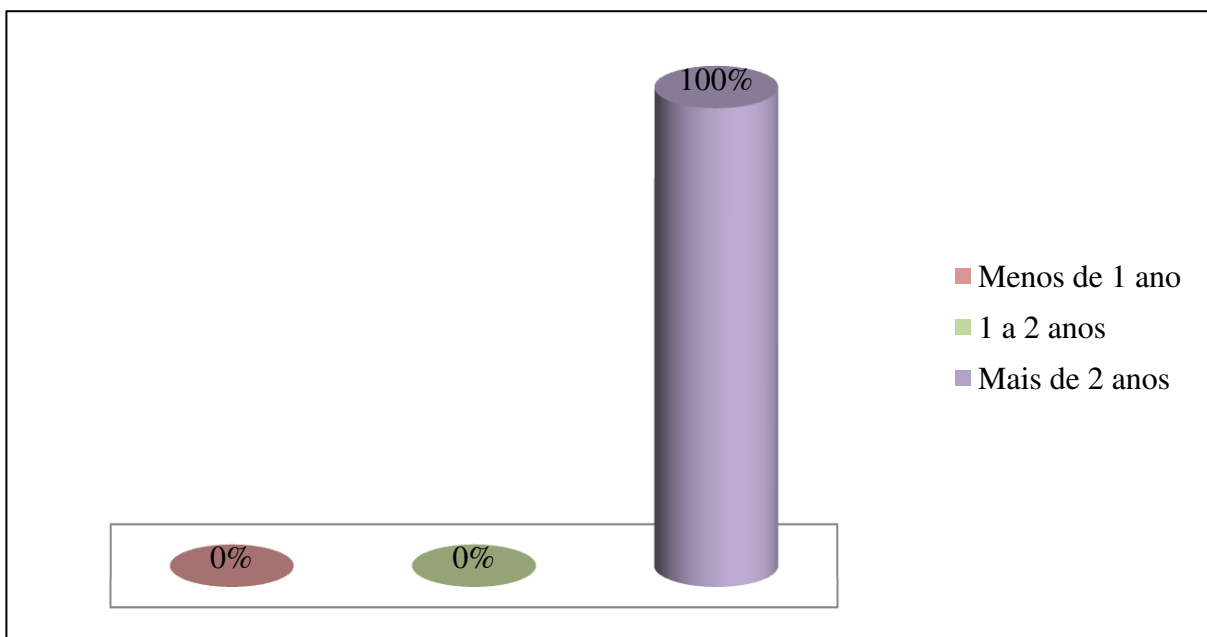


Gráfico 4: Caracterização da amostra quanto ao tempo de formação acadêmica

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O gráfico 4 exhibe o tempo em que os profissionais que compuseram a amostra, concluíram o curso de graduação, ou seja, o tempo de conclusão da formação acadêmica de nível superior para a profissão em questão. Foi verificado que, 100% (5), concluíram a mais de dois anos a grade curricular da graduação.

É conveniente inferir que o tempo de conclusão da graduação importa em grande escala para alguns colegas de trabalho assim como para os pacientes e acompanhantes, que

relacionam o tempo de serviço na profissão com experiência, conhecimento e capacidade para realizar determinados procedimentos.

O tempo de formado pode ser um indicativo do tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade. O bacharelado revela as competências e habilidades dos enfermeiros, assim como o tempo de formação em dada época reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período (Martins et al., 2006).

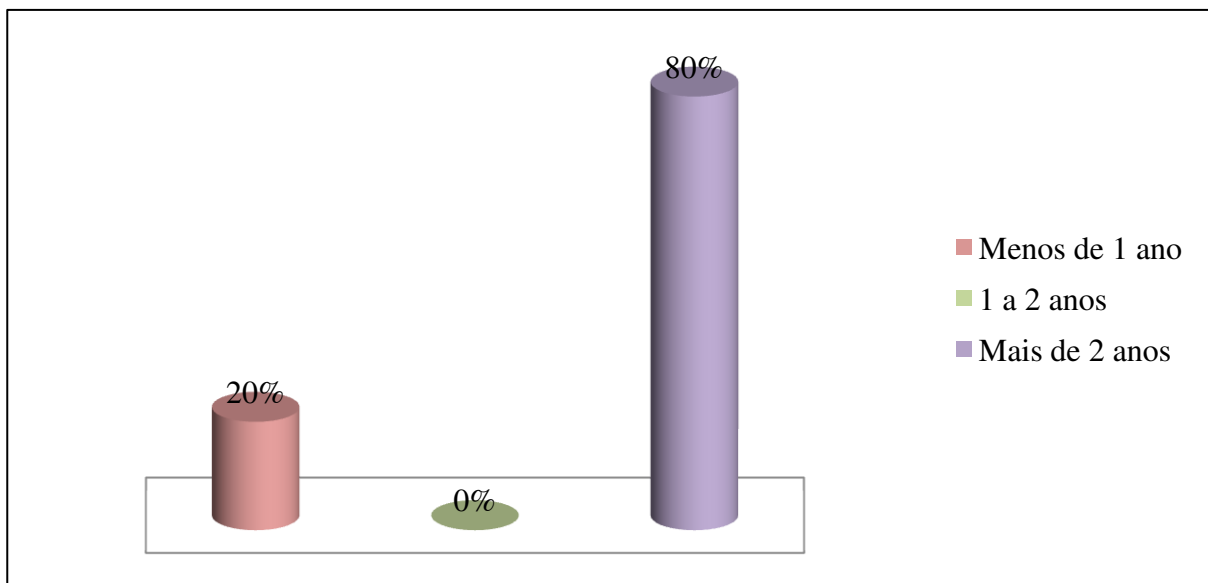


Gráfico 5: Caracterização da amostra pesquisada no tocante ao tempo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Em conformidade com o gráfico 5, fica elucidado que a amostra de profissionais de enfermagem estudada trabalha na qualidade de enfermeiros, no setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a mais de 2 anos, fato esse que equivale a 80% (4), e 20% (1) trabalha a menos de 1 ano.

É sabido que profissionais que trabalham durante muito tempo em um determinado cargo/setor adquirem um alto grau de experiência (essa afirmação é inegável) e por isso passam a sentir-se mais seguros nas atividades inerentes ao mesmo, no entanto por confiarem demasiadamente em si próprios acabam fechando-se para novos pensamentos e métodos de trabalho (TALHAFERRO; BARBOZA; OLIVEIRA, 2008).

Outra questão em relação ao tempo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva é abordada por Santos; Alves; Rodrigues (2009), na qual o tempo é considerado como fator determinante para o surgimento do estresse, principalmente para um tipo de estresse

denominado Síndrome de Bornout, uma síndrome na qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho e faz com que as coisas já não tenham mais importância, qualquer esforço parece ser inútil (SANTOS; ALVES; RODRIGUES, 2009).

Acrescenta ainda os mesmos autores que após algum tempo maior de atuação em um determinado setor, o profissional pode entrar em um período de sensibilização, tornando-se mais vulnerável. Essa sensibilização deve-se ao fato de que, após esse tempo de exercício profissional, já houve a transição das expectativas idealistas iniciais da profissão para a prática cotidiana, visualizando-se que as recompensas pessoais, profissionais e econômicas não são as mesmas daquelas esperadas.

Em contrapartida Martins et al. (2006) opina e esclarece que o tempo de trabalho em um setor além de contribuir para a experiência profissional prove o envolvimento institucional e estabilidade que são fatores que estimulam a permanência no setor e que ainda o tempo de trabalho pode estar associado à proposta de trabalho da instituição e satisfação individual.

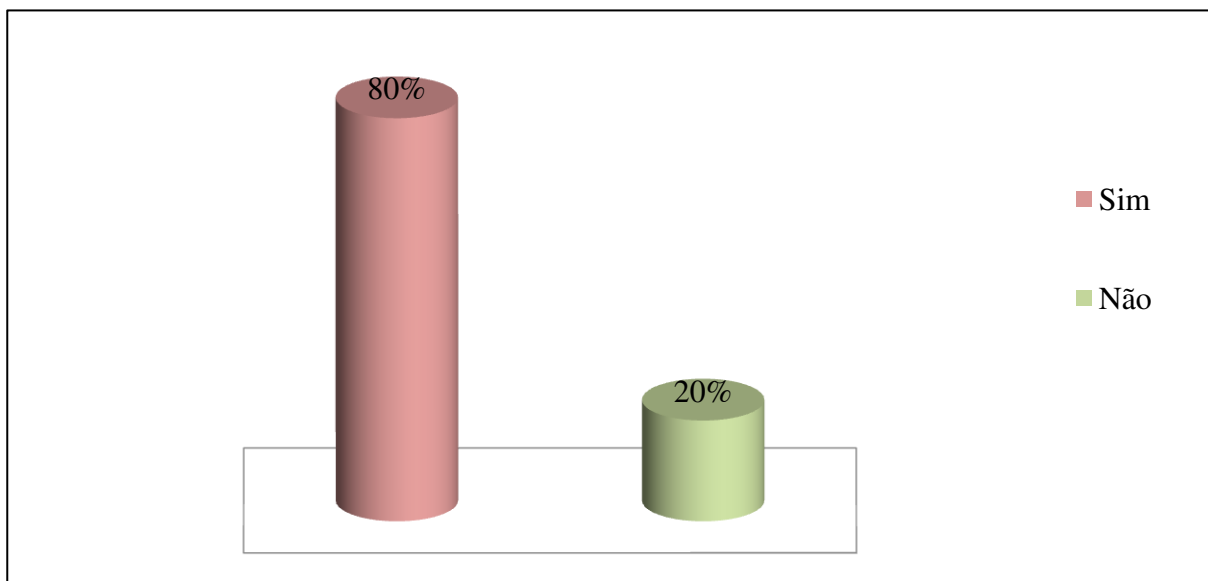


Gráfico 6: Caracterização da amostra dos profissionais de enfermagem, quanto ao trabalho dispensado em mais de um estabelecimento hospitalar

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O gráfico 6 caracteriza a amostra estudada de profissionais de enfermagem, no que se refere à questão desta trabalhar em outros estabelecimentos hospitalares, que não a instituição hospitalar que eles trabalham no setor de UTIN. Constatou-se que a maior parte 80% (4) trabalha em outros estabelecimentos hospitalares.

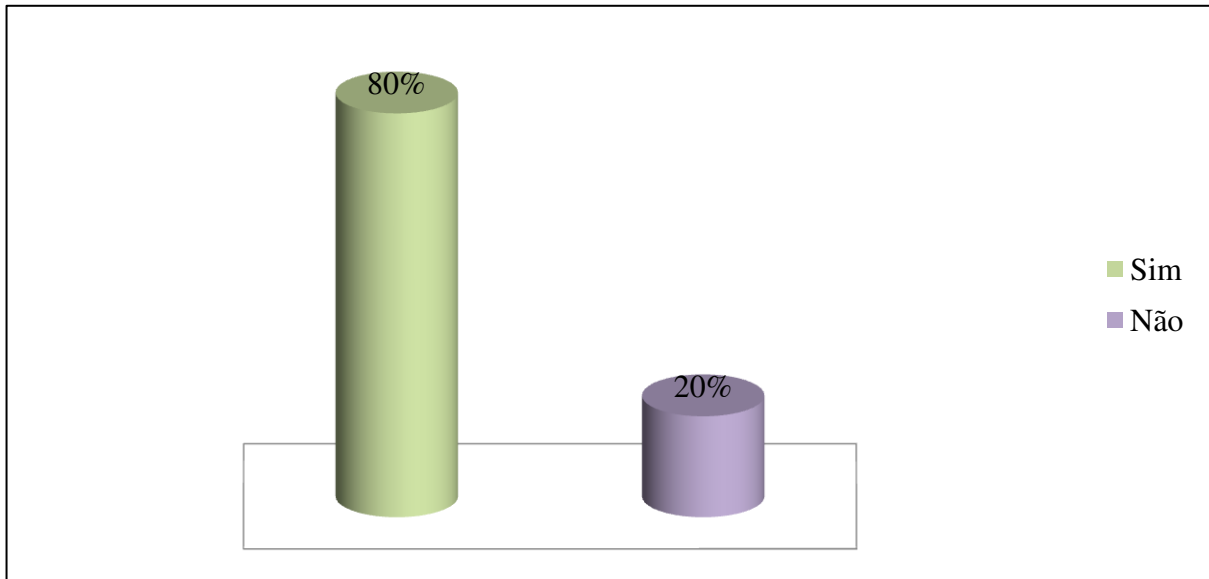


Gráfico 7: Caracterização da amostra quanto à questão da execução de atividades de enfermagem em setores diferentes da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

No gráfico 7, foi averiguado um detalhe que caracteriza a amostra estudada de profissionais de enfermagem a questão da execução de atividades de enfermagem em setores distintos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde 80% (4) da amostra exercem suas atividades em setores diferenciados quanto à especialidade e complexidade e apenas 20% (1) trabalha exclusivamente na UTIN.

Infere-se nesse momento análise ao gráfico 6 e 7:

A característica provida da exclusividade em trabalhar em uma única instituição ou dispensar atividades específicas de apenas uma especialidade, fomenta a competência profissional, na qual se adquire saber agir responsável e reconhecido, que implica em mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo, adicionando à noção de competência, o conceito de entrega e contribuição (MARTINS et al., 2006).

Quando um profissional trabalha em setores de saúde diferenciados e/ou estabelecimentos distintos, por motivos convenientes ao próprio, ou não, certamente acarreta-se a isso um novo mundo de experiências, de relacionamentos pessoais, de acesso a novos conhecimentos, possibilidades de obter pensamento crítico sobre um determinado evento de um ponto de vista diferente. Isto só engrandece e valoriza o profissional.

Mas é preciso discernimento para apreender a magnitude do novo, da mudança, para não tirar uma impressão negativa da situação, ou assumí-la sem a competência para tal, e este

novo passar a ser um fardo que possa comprometer a eficiência profissional, e mais, a qualidade de vida do indivíduo.

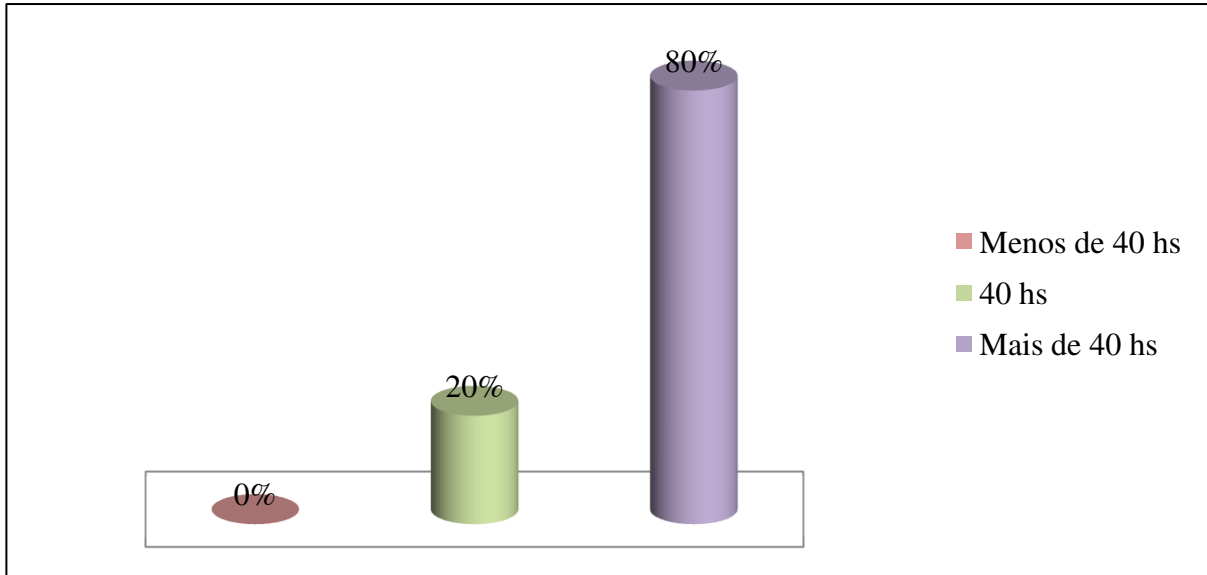


Gráfico 8: Distribuição da amostra quanto à carga horária semanalmente trabalhada
Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O gráfico 8 contempla a carga horária/semana trabalhada pelos profissionais que estabeleceram a amostra, e percebe-se que esta em sua acentuada maioria, 80% (4), ultrapassam às 40 horas semanais.

Segundo a presidente da Federação Nacional de Enfermeiros (FNE), Silvia Casagrande, a categoria defende a regulamentação da jornada de trabalho em 30 horas semanais, uma vez que a Enfermagem não tem uma carga horária regulamentada “Os profissionais de Enfermagem são os únicos que ficam 24 horas com os pacientes e qualquer trabalho que exija mais de 6 horas consecutivas na saúde prejudica a qualidade do trabalho e compromete a saúde do trabalhador, podendo, com isso, expor o usuário da saúde a graves riscos” (PELA..., 2009).

Deve-se sempre lembrar que uma dupla jornada de trabalho, que poderia aumentar a carga horária semanal, levaria a um desgaste emocional maior dos profissionais de enfermagem (SANTOS; ALVES; RODRIGUES, 2009).

Jornadas extensas estão associadas a acidentes de trabalho e afastamentos por estresse. Carga horária de trabalho muito grande compromete não só a qualidade de vida, mas também a qualidade da assistência que é prestada, colocando em questão a valorização do profissional (PELA..., 2009).

Corroborando com a informação acima Quirino; Collet (2009) reafirmam que a assistência de enfermagem prestada por um profissional submetido a uma rotina exaustiva apresenta-se vulnerável em diversos aspectos, podendo interferir na finalidade de seu processo de trabalho. Submeter-se a dupla ou tripla jornada de trabalho, acaba propiciando desgaste físico e emocional, tornando o profissional propenso ao maior risco de acidentes (TALHAFERRO; BARBOZA; OLIVEIRA, 2008).

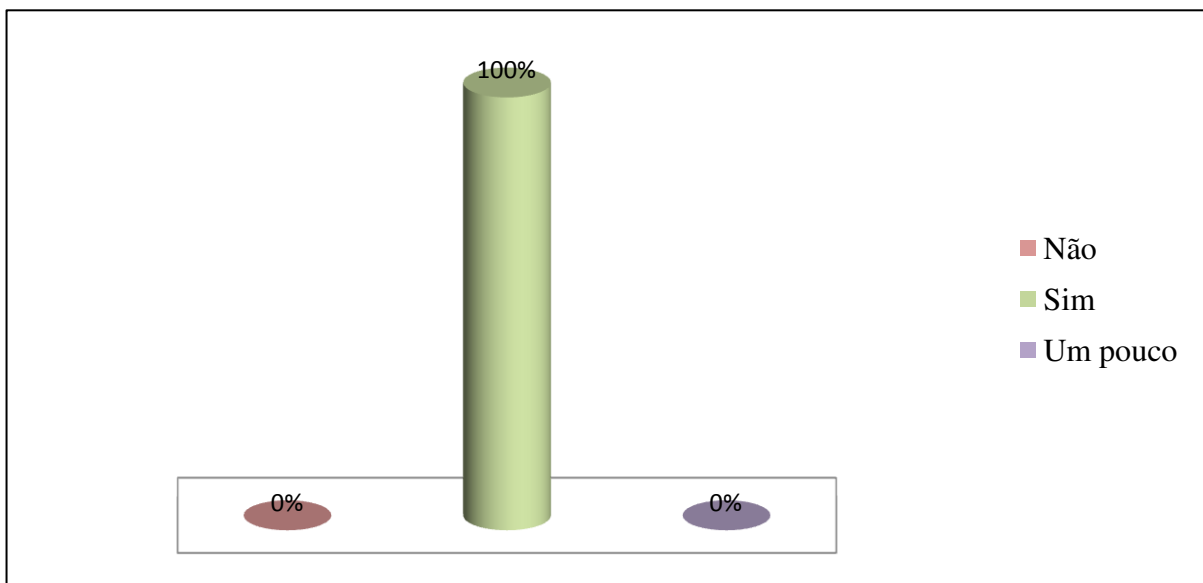


Gráfico 9: Distribuição da amostra quanto ao conhecimento dos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a cerca do processo fisiopatológico da Doença da Membrana Hialina

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O gráfico 9 apresenta e caracteriza a amostra no que tange ao conhecimento do processo fisiopatológico da doença da membrana hialina em recém-nascidos prematuros. Ficando evidente que 100% (5) dizem ter conhecimento sim sobre a fisiopatologia que envolve a patologia em questão.

Conhecer o processo fisiológico e patológico de uma determinada doença permite compreender como esta se manifesta no organismo do indivíduo, e possibilita além de tudo entender como se origina os sinais e sintomas inerentes a doença, e com isso prover métodos adequados para o alívio destes (POTTER; PERRY, 2009).

É extremamente importante inferir que quando se conhece a fisiopatologia da DMH, instantaneamente elimina-se a possibilidade de confundir-se com patologias que apresente sintomatologia clínica parecida, uma vez que esta situação faz confusões à DMH e as afecções condicionantes de desconfortos respiratórios no recém-nascido.

Por isso se faz saber que a Doença da Membrana Hialina é sim uma síndrome do desconforto respiratório, no entanto nem toda síndrome do desconforto respiratório é Doença da Membrana Hialina, pois para ser DMH é necessário que a etiologia de tal desconforto seja ocasionada pela ausência ou deficiência da substância surfactante.

4.2 DADOS QUALITATIVOS – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

4.2.1 Questões concernentes à temática, Intervenções de Enfermagem na Doença da Membrana Hialina

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<p><i>Sinais Vitais e Exame Físico</i></p>	<p>“(…) é possível sim prover assistência de enfermagem independente ao RN com Doença da Membrana Hialina através da periodicidade da aferição dos sinais vitais e para examinar fisicamente o RN, basta achar necessário e conveniente, não é preciso nenhum outro profissional pedir para fazê-lo (…)”.</p> <p>“(…) a verificação dos sinais vitais é conduta de enfermagem e garante a continuidade da assistência de enfermagem (…)”.</p> <p>“(…) o exame físico realizado pela enfermagem é o primeiro procedimento de rotina após a reversão e estabilização do problema apresentado pelo RN ao chegar à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (…)”.</p>
Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<p><i>Monitoramento do Recém-Nascido</i></p>	<p>“(…) o RN fica 24 horas monitorado pela enfermagem (…)”.</p> <p>“(…) a monitoração contínua do recém-nascido fornece parâmetros para as condutas de enfermagem (…)”.</p>
Idéia Central – III	Discurso do Sujeito Coletivo
<p><i>Equipe multiprofissional</i></p>	<p>“(…) a assistência de enfermagem é desenvolvida junto à equipe multiprofissional com trabalho interdisciplinar (…)”.</p>

Quadro 1: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas, sobre a realização da assistência de enfermagem independente ao recém-nascido com Doença da Membrana Hialina

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 1 evidencia que a enfermagem realiza dentro da unidade de terapia intensiva assistência de enfermagem independente ao recém-nascido com doença da membrana hialina, e tal afirmação é considerada quando as enfermeiras da amostra estudada responderam ao questionamento com realização de sinais vitais, exame físico e monitoramento do recém-nascido. É conveniente ressaltar que a assistência de enfermagem independente vai muito, além disso, haja vista que os citados procedimentos fazem parte sim dessa assistência, porém não se resume aos mesmos.

Ainda através do quadro 1 é possível notar profissionais da enfermagem que desconhecem seu processo de trabalho, quando dizem que a assistência de enfermagem é parte de toda uma assistência da equipe multiprofissional.

Pode-se inferir que a assistência efetiva-se e aperfeiçoa-se quando realizada pela interdisciplinaridade dos saberes, porém a enfermagem tem um processo de trabalho que lhe é próprio e, sobretudo lhe fornece mecanismo adequados para prover intervenções adequadas aos recém-nascidos que necessitam de cuidados.

Os sinais Vitais são indicadores do estado de saúde, e as medidas desses indicadores indicam a eficiência das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo. Considerados tão importante que são assim denominados: “Sinais Vitais” (POTTER; PERRY, 2009).

A enfermagem cuidadora é para Potter; Perry (2009) responsável pela mensuração dos sinais vitais, podendo a realização deste procedimento ser delegado. Entretanto é preciso analisá-los para interpretar seu significado e com isso tomar decisões sobre as intervenções.

Examinar fisicamente o paciente representa em geral o primeiro momento de contato físico, e nada mais é que o levantamento das condições globais do paciente, tanto físicas como psicológicas, no sentido de buscar informações significativas para a enfermagem, capazes de subsidiar a assistência a ser prestada ao paciente (BARROS, 2010). Completa ainda o mesmo autor, que em conjunto com a entrevista, o exame físico compõe a coleta de dados, parte fundamental para sistematização da assistência de enfermagem.

A monitoração contínua é própria da UTI, pois é necessária a pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Equipe multiprofissional na assistência ao recém-nascido com doença da membrana hialina</i>	“(...) a equipe é composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, técnicas de enfermagem (...)”.

Quadro 2: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas, a cerca da presença e composição da equipe multiprofissional que executa atividades ao recém-nascido com doença da membrana hialina

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 2 mostra que realmente existe equipe multiprofissional dentro da UTIN, são eles: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem.

Entretanto a referida equipe citada, refere-se excepcionalmente aos profissionais que prestam assistência direta ao recém-nascido com DMH, sendo esquecidos pela maioria da amostra, outros profissionais que também fazem parte dessa equipe multiprofissional, mas que seus serviços são realizados de forma indireta, como no caso do serviço de radiologia, laboratório, serviços gerais, dentre outros.

Todas as pessoas que constituem os mais diversos setores hospitalares por mecanismo direto ou indireto, seguramente fazem parte da equipe multiprofissional que compõe a interdisciplinaridade da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pois, se o departamento de compras fizer o pedido do medicamento surfactante e porventura a entrega do citado medicamento não chegar à data que fora combinada, sem sombra de dúvidas o tal atraso influenciará na qualidade da assistência que será prestada pela equipe ao recém-nascido prematuro com Doença da Membrana Hialina.

Corroborando com a idéia acima, Londoño; Morera; Laverde (2010) explicam que são poucas as instituições, como os hospitais que contam, com equipe multiprofissional tão diversa e com complexidades diferenciadas.

Saber a importância da equipe multiprofissional é primordial para o sucesso e alcance dos objetivos de uma equipe de saúde, entretanto para isso é preciso conhecer e entender a importância dos componentes desta em sua totalidade, pois não conhecer seus membros acaba-se mesmo que sem querer, desvalorizando-a e/ou negligenciando-a.

Os profissionais que integram a equipe de um hospital necessitam trabalhar e aprender em grupos a desenvolver o hábito do diálogo. E devem além de tudo compartilhar da mesma visão estabelecida pela liderança e participar da sua formulação, devem também se

tornar hábeis na crítica constante de suas próprias idéias, conceitos e preconceitos, à procura de soluções inteligentes formuladas e testadas com métodos científicos. Tudo isso com a finalidade de prover o melhor cuidado para o paciente (KNOBEL, 2009).

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<p style="text-align: center;"><i>Qualidade da assistência</i></p>	<p>“(...) o processo de enfermagem visa à melhoria do cuidado ao recém-nascido (...)”.</p> <p>“(...) as etapas do processo são histórico, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e evolução, todas garantem a melhora da assistência, mas nem sempre são aplicadas (...)”.</p> <p>“(...) aplicamos o processo de enfermagem para a melhora do recém-nascido, principalmente o processo assistir/intervir que são as fases possíveis aqui na UTIN (...)”.</p>
Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<p style="text-align: center;"><i>Dificuldade para sua aplicação</i></p>	<p>“(...) o processo de enfermagem é aplicado às vezes, o que mais dificulta a sua aplicação é o acúmulo de atividades de enfermagem que toma muito tempo (...)”.</p>

Quadro 3: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas sobre a implementação do Processo de Enfermagem (PE)

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Já o quadro 3 demonstra que a enfermagem tem conhecimento da importância da sistematização da assistência proposta pelo Processo de Enfermagem, no entanto sua aplicação fica comprometida pelo acúmulo de serviços os quais estão sob a sua responsabilidade.

Para pensar realmente como enfermeiro, é preciso aprender e apreender o Processo de Enfermagem é o que declara Lefevre (2010), uma vez que ele oferece uma Meira organizada e sistemática de pensar sobre o cuidado da enfermagem, além de fornecer uma estrutura padronizada de referência que promove a comunicação efetiva entre os enfermeiros.

Realmente essa é a realidade que vivenciamos hoje no dia-a-dia no serviço de enfermagem, não desempenhar ao máximo, ou como deveria ser o que foi ensinado e apreendido na academia, em decorrência da sobrecarga de trabalho que lhe é incumbida.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (TRUPPEL, 2009).

O Processo de Enfermagem consiste em cinco etapas inter-relacionadas que são: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Estas etapas que são cíclicas, e não lineares, e tem como metas fundamentais organizar e priorizar o cuidado do paciente; manter o foco no que é importante, ou seja, o estado de saúde e a qualidade de vida e desenvolver a praxe de raciocínio para se conseguir confiança e habilidades para o pensamento crítico em situações clínicas, teóricas e de teste (LEFEVRE, 2010).

Todavia, não podemos permitir que tal situação se perdue por tempo longo e indeterminado. Tenho plena consciência do desafio árduo que é mudar um fato instituído há anos, no entanto devemos desde já buscar medidas que possam contribuir para a mudança desejada, mesmo que isso ocorra em passos lentos.

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Recursos materiais</i>	<p>“(...) os recursos utilizados nos cuidados ao recém-nascido portador da patologia em questão, são os ventiladores mecânicos, CPAP, incubadora aquecida, surfactante, oxímetro (...)”.</p> <p>“(...) avaliação contínua por meio dos monitores (...)”.</p>

Quadro 4: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas a respeito dos recursos utilizados pela enfermagem direcionados aos cuidados com o recém-nascido com Doença da Membrana Hialina

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Apreende-se no quadro 4 a apresentação dos recursos utilizados pela enfermagem direcionados aos cuidados com o recém-nascido com doença da membrana hialina. A amostra

estudada citou os recursos materiais como ventiladores mecânicos, CPAP, incubadora aquecida, surfactante, oxímetro, dentre outros.

Quanto aos recursos materiais, estes devem ser sempre fornecidos de maneira oportuna, nas quantidades exatas, com um nível ótimo de qualidade e no local apropriado, de tal forma que o hospital, por intermédio de seus funcionários também, tenha os meios pelos quais possam cumprir plenamente com suas metas e objetivos no que se refere à prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde (LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2010).

Porém não se deve esquecer que o cliente é o centro da prática da enfermagem. Este inclui o indivíduo, a família e/ou a comunidade, que apresentam uma ampla variedade de necessidades, experiências, vulnerabilidades e expectativas, que devem ser levadas em consideração para o ótimo resultado de uma terapêutica instituída (POTTER; PERRY, 2009).

A UTIN deve possuir uma variedade de materiais e equipamentos para monitorar os doentes e auxiliar a equipe de trabalho. A padronização desses equipamentos reduz custos de manutenção e facilita o treinamento da equipe. A escolha dos equipamentos dependerá do tamanho da instituição e do tipo de unidade (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

A UTI deve ter recursos que propiciem segurança para os pacientes e funcionários sob condições normais e de emergência (KNOBEL, 2009). O dimensionamento e a adequação dos recursos materiais são fontes de preocupação da enfermagem, principalmente da enfermagem gerencial. Essa preocupação procede porque se sabe que a qualidade da assistência está atrelada à adequação desses recursos, pois, normalmente, eles são escassos (MARGARIDO; CASTILHO, 2006).

É sabido que as atividades administrativas da enfermagem de supervisão auxiliam na redução dos custos no controle dos recursos materiais, classificados como de consumo e permanente, contribuindo com isso para a organização geral e desperdício desnecessário do âmbito hospitalar (SOUZA et al., 2010).

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Recursos Humanos</i>	“(...) outros recursos que temos para contemplar a assistência ao RNPT com DMH é sem dúvida os recursos humanos (...)”.

Quadro 5: Respostas da amostra estudada quanto à questão de existirem “outros” recursos utilizados pela enfermagem à assistência ao recém-nascido com doença da membrana hialina
Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 5 apresenta as respostas da amostra quanto ao uso de outros recursos que são utilizados pela enfermagem na UTIN para cuidar dos RNPT com DMH, e o que mais prevaleceu nas respostas foi o ponto dos recursos humanos em termos de indivíduo humano.

Não restam dúvidas que os recursos humanos são peças fundamentais para prover cuidados, pois de nada adiantaria o mais moderno equipamento se não tivesse o indivíduo para manipulá-la. Daí a importância de reconhecer o indivíduo como parte desse processo de assistência e capacitá-lo para efetivá-la com prudência e eficiência.

No entanto, em momento algum foi mencionado à atenção estendida à família, o carinho dado ao RN, o sorriso, a resolução das dúvidas dos pais sobre o problema que seu pequeno e frágil bebê apresenta. Em outras palavras, os recursos que só o ser humano pode sentir e repassar ao outro, e que para isso não se faz necessário técnica nem muito a utilização de tecnologia. Estou falando do recurso “humanização”.

Uma vez que, quando desempenhamos qualquer atividade, independente de seu grau de complexidade, mas quando esta é feita sem os preceitos pilarizados pelos cuidados com fins de humanização, ou seja, sem respeito ao contexto do ser que os recebe, certamente a essência e eficácia de tal feito é perdida em sua total magnitude.

Utilizar o recurso da humanização na UTIN é sinônimo de cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social, devendo na prática associar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada pessoa (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Resgatar o recurso humanizado para o cuidado não se faz à custa do trabalho excelentemente técnico, e sim mediante uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho. Para isso o ser humano precisa voltar-se a si mesmo e descobrir seu modo-de-ser-cuidado (BOFF, 1999).

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Gratificação</i>	<p>“(…) muitos recém-nascidos evoluem de forma surpreendente. Assim torna-se gratificante todo o nosso trabalho (…)”.</p> <p>“(…) trabalhar com prematuros é muito gratificante (…)”.</p>

	“(…) é muito gratificante saber que a nossa assistência salva vidas (…)”.
Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Assistência específica da unidade de terapia intensiva</i>	“(…) também gosto das atividades que realizamos em unidade de terapia intensiva (…)”. “(…) eu me identifico com a UTI, gosto muito desse setor (…)”.

Quadro 6: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas sobre o motivo que justifica o gosto em trabalhar na Unidade de Terapia intensiva Neonatal

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 5 prontamente retrata a motivação pela qual as enfermeiras da amostra trabalham na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. E o que foi mais observado nos discursos das mesmas foi o fato desta sentirem-se gratas com o resultado da assistência proporcionada, além da afinidade com as práticas inerentes ao setor da Unidade de Terapia Intensiva.

Sentir-se satisfeito e feliz onde trabalhamos é sem dúvida alguma o objetivo de todo ser que presta serviços ou de quem deseja prestá-los. E foi percebido na fala das enfermeiras pesquisadas que mesmo com todos os fatores que contribuem para o contrário, elas revelaram gratificação e prazer em trabalhar na UTIN, e tal afirmação foi divulgada de modo oral que se reforçava pelas expressões faciais.

Ao ajudar um recém-nascido que está necessitando de cuidados intermitentes a encontrar o alívio de sua dor, assim como vê-lo recuperar-se uma vez que, seu prognóstico prever o contrário, ou auxiliar uma jovem mãe nas atividades maternas, estas são, dentre muitas outras, as maneiras pelas as quais a profissão enfermagem torna-se desafiadora e gratificante, oferecendo riquíssimas e impagáveis recompensas pessoais e profissionais diariamente (POTTER; PERRY, 2009).

Gostar de trabalhar na Unidade de Terapia intensiva, especificamente falando a Neonatal e gostar de trabalhar com recém-nascidos não é o suficiente. É preciso que o profissional de enfermagem tenha um perfil capaz de trazer dinamismo, inteligência e criatividade a sua assistência (KNOBEL, 2009).

Complementa ainda o mesmo autor que ao enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é imprescindível a fundamentação teórica aliada à capacidade de discernimento, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, liderança e responsabilidade. Enfim, autoconfiança e um trabalho metódico, apoiados em amplo conhecimento técnico-científico são essenciais para liderar a equipe, atender o paciente e manejar os equipamentos com segurança.

Gostar de daquilo que faz é algo importante, principalmente quando o objeto de trabalho é o cuidado com o ser humano. Isto significa ter escolhido a profissão pela qual tinha interesse, ter escolhido trabalhar no setor pelo qual tem afinidade ou gosto, bem como ter-se identificado durante o processo de formação e ter encontrado gratificação/satisfação no desempenho do trabalho (MARTINS et al., 2006).

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Disponibilização de recursos indispensáveis</i>	<p>“(…) acho importante que os recursos técnicos estivessem sempre disponíveis (…)”.</p> <p>“(…) a disponibilidade de recursos materiais entre outras coisas são fundamentais para a otimização da assistência ao recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva (…)”.</p>
Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Educação continuada</i>	<p>“(…) discussão com os neonatologistas sobre a fisiopatologia e o tratamento da doença (…)”.</p> <p>“(…) educação continuada sobre as patologias que trazem o recém-nascido para este setor, é muito conveniente (…)”.</p> <p>“(…) facilitação do acesso a congressos que abordem a doença da membrana hialina e suas particularidades (…)”.</p>
Idéia Central – III	Discurso do Sujeito Coletivo
	“(…) sistematizar a assistência melhora a

<p><i>Sistematização da assistência</i></p>	<p>atenção ao recém-nascido (...).”</p> <p>“(…) Programar e colocar em prática a SAE sem dúvida é um caminho para a melhora da assistência, mas é preciso tempo para desenvolvê-la em sua totalidade (...).”</p> <p>“(…) seria interessante que fosse criado um protocolo para a implantação do processo de enfermagem para organizar realmente a assistência (...).”</p>
---	---

Quadro 7: Análise das respostas coletadas das enfermeiras pesquisadas no tocante a sugestão para a melhora e/ou otimização das intervenções de enfermagem dentro da unidade de terapia intensiva neonatal ao recém-nascido com doença da membrana hialina

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 6 oferece sugestões propostas para melhorar e/ou otimizar a assistência de enfermagem, apresentadas pelas enfermeiras que compuseram a amostra deste estudo.

E o que foi mais aludido sobre a referida questão, diz respeito à disponibilização dos recursos necessários para efetivar a assistência ao RN com DMH, assim como atualização sobre a patologia em questão por intermédio de educação continuada, e um modo que facilite a sistematização da assistência de enfermagem. Conforme a fala das pesquisadas, um protocolo de serviço para este fim poderia ajudar a almejada execução.

Os protocolos são práticas e documentos elaborados de forma sistemática para auxiliar e orientar os profissionais de saúde sobre as decisões apropriadas na assistência ao paciente em condições clínicas específicas (ZYLBERSZTEJN et al., 2006).

Certamente, estar em dia com o que ocorre de novo nas formas de prevenir, tratar e curar as patologias, é obrigação de todos os profissionais da área da saúde, deste modo, a educação continuada deveria existir de forma constante e rotineira nos ambientes que se têm pessoas envolvidas nas referidas formas acima.

A educação continuada é imprescindível para a alimentação da prática. Portanto para a sua real concretização, deve ir além do comprometimento com a prática curativa, deve voltar-se para o avanço da qualidade da assistência de enfermagem e acima de tudo voltar-se para despertá-lo da consciência crítica (GEOVANINI et al., 2010).

A capacitação representa para o profissional o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento, experiência para que possam exercer determinada

função, quanto melhor o profissional for capacitado, maior é a probabilidade de serem competentes no exercício de suas funções (MARTINS et al., 2006).

Incentivos deveriam ser dados para a participação do pessoal no processo de educação continuada, dentre eles, o que mais deveria ser priorizado e colocado como foco seria a qualidade do serviço e a aquisição mais rápida possível, e com o mínimo de seqüelas, do bem-estar da pessoa receptora dos tais serviços de saúde.

A idéia central III mostra o que Cunha (2008) relata em seus estudos, que embora os enfermeiros estejam conscientes da relevância da sistematização da assistência de enfermagem – SAE, pela importância que lhe é atribuída no ensino de enfermagem e nas organizações de saúde, muitas dificuldades têm sido identificadas nesse processo o que dificulta a implementação e manutenção da SAE nas diversas unidades assistenciais.

Os recursos materiais devem sempre ser fornecidos aos setores em tempo hábil em quantidades suficientes, em especial na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para isso deve-se haver planejamento prévio, uma vez que a grande variedade de materiais hospitalares a serem adquiridos, suas quantidades, qualidade e o valor frente aos recursos econômicos e sempre limitados, é sempre passível de imprevistos, acarretando com isso o declínio da continuidade e qualidade da assistência (LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O epílogo deste estudo delinea-se na convicção de que os objetivos foram realmente alcançados, em que foi possível analisar a concepção dos enfermeiros acerca das Intervenções de Enfermagem ao Recém Nascido com Doença da Membrana Hialina na UTI Neonatal.

É considerável concluir que a Doença da Membrana Hialina constitui-se em um problema respiratório que comumente direciona o recém-nascido na condição de prematuro para o setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde terá os cuidados necessários para a estabilização do seu quadro. E a enfermagem contribui em grande e importante grau para essa finalidade.

Diante disso e na busca de contribuir com uma assistência de qualidade este estudo conclui-se, propondo uma reflexão a cerca da responsabilidade que temos enquanto cuidadores, uma vez que a magnitude do cuidado dá-se pelo minucioso estudo sobre o contexto que envolve uma determinada doença. Por isso foi abordado aqui todas as características inerentes a doença da membrana hialina e que são relevantes para a prática da assistência de enfermagem, no sentido de conhecer intimamente seu processo para poder com isso, prudentemente trabalhá-lo.

E isso é o que se espera realmente da enfermagem, competência, prudência e respeito ao indivíduo que necessita de seus cuidados. Por isso devemos sempre buscar conhecer intimamente os assuntos que nos instiga ao conhecimento, para com isso configurar-se realmente o caráter científico que a enfermagem possui, ou seja, sabendo o que, porque, para que e para quem está se fazendo algo ou alguma coisa.

Entretanto, apreendeu-se que a enfermagem no sentido assistencialista, necessita além do embasamento teórico que detém, de ferramentas que propiciem a tal, para que deste modo ela ocorra em sua real essência e alcance a meta a que se propõe.

Espero que este estudo venha contribuir e que seja relevante com os dos colegas da enfermagem ou áreas afins, que tenham de alguma forma relação com o tema aqui abordado. E também para qualquer pessoa que tenha interesse em conhecer de modo mais íntimo a Doença da Membrana Hialina em recém-nascidos prematuros, especificamente falando como a enfermagem prover sua assistência nesse evento.

REFERÊNCIAS

ATWOOD, Kimberly et al. **Enfermagem Materno Neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite de. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BENZECRY; Roberto. **Tratado de Obstetrícia**: Febrasg. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

BERNE, Robert M.; LEVY, Matthew N.; KOEPPEN, Bruce M.; et al. **Fisiologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BERTAGNON, José Ricardo Dias. Síndrome do Desconforto Respiratório do Recém-Nascido. **Einstein**. 2004; 2(2): 146. Disponível em: <<http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vo12Num2/Sindrome%20desconforto.pdf>> Acesso em: 27 maio 2010.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra**. 12ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL, Thays Bezerra; BARBOSA, Andrea Lopes; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Perfil Clínico-Epidemiológico Dos Recém-Nascidos Em Uso De oxigenioterapia Internados Em Uma Unidade De Terapia Intensiva Neonatal. Fortaleza/CE: **61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01558.pdf> Acesso em: 10 mar. 2010.

CHEREGATTI, Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão. **Enfermagem: unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.

CONSOLO, Luis C.T.; PALHARES, Durval B.; CONSOLO, Lourdes Z.Z. Avaliação da Função Pulmonar de Recém-nascidos com Síndrome do Desconforto Respiratório em diferentes pressões finais positivas. Mato Grosso do Sul: **Jornal de Pediatria** - Vol. 78, Nº5, 2002. Disponível em: <http://www.assobrafir.com.br/imagens_up/artigos//Avaliacao_da_Funcao_Pulmonar_na_SDR_A.pdf> Acesso em: 10 mar. 2010.

COSTA, S. F. G. da et al. **Metodologia da Pesquisa: coletânea de termos**. João Pessoa: Idéia, 2000.

CUNHA, Káthia de Carvalho. **Gerenciamento na Enfermagem: novas práticas e competências.** São Paulo: Martinari, 2008.

DAJUI, Esteban Martínez. **In Monografia:** A Construção da Cidadania Através da Identidade socioprofissional das Mulheres Rurais que Participam em Programas de Microfinanciamento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre, 2006. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7907/000560166.pdf?sequence=1> > Acesso em: 10 out. 2010.

DINIZ, Edna Maria de Albuquerque; VAZ, Flávio Adolfo Costa. Doença das Membranas Hialinas. Artigo de Revisão. São Paulo: **Revista Brasileira de Medicina, S/A.** Disponível em: < <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id materia=216> > Acesso em: 10 mar. 2010.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; GEISSLER, Alice C. **Planos de Cuidados de Enfermagem: Orientações para o Cuidado Individualizado do Paciente.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

EGER, Maicon Fernando. **Incidência de Complicações Respiratórias em Neonatos com**

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica.** São Caetano do Sul/ São Paulo: Difusão Editora, 2004.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; SILVA, Carlos Roberto Lyra da; SILVA, Roberto Carlos Lyra da. **CTI: atuação, intervenção e cuidados de Enfermagem.** São Caetano de Sul, SP: Yendis, 2006.

FILHO, Geraldo Brasileiro. **Bogliolo: Patologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e Saúde.** São Paulo: E.P.U., 1998.

FRANCO, Jeferson; FRANCO, Ana. **Como Elaborar Trabalhos Científicos:** nos padrões da ABNT aplicando recursos de informática. Rio de Janeiro: Ciência Moderna Ltda., 2006.

FREDDI, Norberto A.; FILHO, José Oliva Proença; FIORI, Humberto Holmer. Terapia com Surfactante Exógeno em Pediatria. **Jornal de Pediatria** - Vol.79, Supl.2, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s2/v79s2a10.pdf> > Acesso em: 26 Maio 2010.

GEOVANINI, Telma et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUYNTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HIALINA, Síndrome da Membrana. In: **Trabalho de Conclusão de Curso**: Cascavel, 2003. Disponível em: < http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2003/mono_/17.pdf > Acesso em: 10 mar. 2010.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

KNOBEL, Elias. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2009.

KOEPPEN, Bruce M.; STANTON, Bruce A. **Berne & Levi: fisiologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

KUMAR, Vinay et al. **Robbins & Cotran: patologia – bases patológicas das doenças**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LAGE, Clara Bretas et al. Doença da Membrana Hialina: aspectos clínicos e abordagem fisioterapêutica. **Universidade Vale do Rio do Rio Doce**. Minas Gerais: 2008. Disponível em:< <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Doencadamembranhialinaaspectosclinicoseabordagemfisioterapeutica.pdf> > Acesso em: 28 jun. 2010.

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: UDUCS, 2003.

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito Coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa**. 2ª Edição. Caxias do Sul: UDUCS, 2005.

LEFÉVRE, Rosalinda Alfaro. **Aplicação do Processo de Enfermagem:** promoção do cuidado colaborativo. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEFEVRE, Rosalinda Alfaro. **Aplicação do Processo de Enfermagem:** uma ferramenta para o pensamento crítico. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LONDOÑO, Gustavo Malagón; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel, Pontón. **Administração Hospitalar.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A Feminização Persiste na Qualificação da Enfermagem Brasileira. **Cadernos Pagu** (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125. Rio Grande do Sul: 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>> Acesso em: 09 Nov. 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico.** 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARGARIDO, Elisabete Sabbeta; CASTILHO, Valéria. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v40n3/v40n3a15.pdf> > Acesso em: 28 out. 2010.

MARTINHO, Mariana Gobbi. Doença da Membrana Hialina ou Síndrome do Desconforto Respiratório. São Paulo: **Faculdade de Fisioterapia da UNISA - Universidade de Santo Amaro**, 2004. Disponível em: <<http://www.cpep-fisio.com.br/PDF/semdmh1.pdf>> Acesso em: 28 maio 2010.

MARTINS, Cristiane et al. Perfil do Enfermeiro e Necessidade de Competência Profissional. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis: 2006. Disponível em:< <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415312.pdf> > Acesso em: 28 jun. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Sueli Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e criatividade. 26ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Sueli Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2010.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F. **Anatomia Orientada para a Clínica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MOORE, Keith L. **Embrilogia clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T.N. **Embriologia Básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T.V.N.; SHIOTA, Kohei. **Atlas colorido de Embriologia Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NÓBREGA, Tânia Cinira Vieira da Costa; et al. Assistência de Enfermagem: Análise ao paciente no Centro cirúrgico. João Pessoa-Paraíba: **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**. Série Monografias. Vol. 05-Número 02-Dez., 2007.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves et al. O Processo de Trabalho da Equipe de Enfermagem na UTI Neonatal e o Cuidar Humanizado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 105-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 12 maio 2010.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica**. 2. ed., São Paulo: Pioneira, 2000.

PEDROSA, Linda Délia C. O.; SARINHO, Sílvia W.; ORDONHA, MANOELINA R. Análise da qualidade da informação sobre causa básica de óbitos neonatais registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo para Maceió, Alagoas, Brasil, 2001-2002. **Cad. Saúde Pública** vol.23 nº. 10. Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: <[file:///G:/MONOGRAFIA/artigos%20utilizados%20n o% 20TCC/texto21325.html](file:///G:/MONOGRAFIA/artigos%20utilizados%20n%20o%20TCC/texto21325.html)> Acesso em: 06 mar. 2010.

PELA redução da jornada de trabalho. In: **Jornal ABEN: uma publicação da associação brasileira de enfermagem**. Ano 50 – nº 04/ Ano 51 – nº 01, pag. 04. Brasília: ABEN, 2009. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/ABEN-WEB.pdf>> Acesso em: 19 set. 2010.

PEREIRA, Alvaro. Reflexões Sobre a Evolução da Enfermagem e o Surgimento do Homem na Profissão. **Acta Paulista Enf**. Vol. 4 nº 2/4. São Paulo: 1991. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/1991/4_2-4/pdf/art6.pdf> Acesso em: 24 out. 2010.

PESSOA, Fernando Pinto. **Pneumologia Clínica e Cirúrgica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheyl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos De Pesquisa Em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

QUIRINO, Daniela Dias; COLLET, Neuza. Fácies do trabalho de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(3):681-7Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a28.pdf> > Acesso em: 24 out. 2010.

REBELLO, Celdo M. et al. Terapia com Surfactante Exógeno - O Que Estabelecido e o Que Necessitam Determinar. **Jornal de Pediatria** - Vol. 78, Supl.2, 2002. Disponível em: < <http://www.jped.com.br/conteudo/02-78-S215/port.pdf> > Acesso em: 13 maio 2010.

RANG, H.P. et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; Lins, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neuza. Humanização do cuidado da UTI neonatal. Paraíba: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2007. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm> > Acesso em: 17 abr. 2010.

RICHARDSON, Robert Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SADLER, T.W. **Langman**: Embriologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SANTOS, Faustino Eduardo dos; ALVES, Joubert Araújo; RODRIGUES, Andrea Bezerra. Síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Einstein**. São Paulo: 2009. Disponível em: < http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/979-Einsteinv7n1p58_63.pdf > Acesso em: 12 nov. 2010.

SECAF, Victória; KURCGANT, Paulina. Doutores e Doutorandos em Enfermagem: motivos do mestrado em outras áreas. **Rev.latino-am. enfermagem** - v. 7 - n. 1 - p. 5-10 - janeiro 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13443.pdf> > Acesso em: 12 nov. 2010.

SILVA, Edson Arlindo et al. Síndrome da Angústia Respiratória em Recém-Nascidos. Muriaé (MG): **Revista Científica da FAMINAS**, 2006. Disponível em: <<http://www.stimulusense.com.br/s%EDndome%20da%20angustia%20respiratoria%20em%20recem%20nascidoa.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2010.

SILVA, Francinete D.S.; SOUZA, Nájala B. Ventilação Mecânica em recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório em UTI neonatal. São Luiz (MA): **Fisioweb Wgate**, 2007. Disponível em: < <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicin>> Acesso em: 15 mar. 2010.

SOUZA, Antonio Artur de et al. Custeio Baseado em Atividades em Hospitais: modelagem das atividades do setor enfermagem. VI **Congresso Nacional de Excelência em Gestão: energia, inovação, tecnologia e complexidade para a gestão sustentável**. Niterói, RJ, Brasil: 2010. Disponível em: < http://www.excelenciaemgestao.org/portal/2/duments/cneg6/anais/T10_0324_1289.pdf > Acesso em: 24 out. 2010.

SWEARINGER, Pâmela L.; KEEN, Janet Hicks. **Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico: Intervenções em Enfermagem e Problemas Colaborativos**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TALHAFERRO, Belisa; BARBOZA, Denise Baretta; OLIVEIRA, Andrea Ranucci de. Adesão ao Uso dos Equipamentos de Proteção Individual pela Enfermagem. **Revista Ciênc. Méd.**, Campinas, 17(3-6): 157-166 maio/dez., 2008. Disponível em: <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v17n3-6a5.pdf> Acesso em: 23 jul. 2010.

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Brian. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TORTORA; Gerard J.; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TORTORA; Gerard J.; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução À Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUPPEL, T, C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.2.n.2, mar-abril. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>> acesso em: 20 mar.2010.

ZIEGEL, Erna; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem Obstétrica**. 8^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

ZYLBERSZTEJN, J; et al. **Protocolos Clínicos e sua Interface com Ensino, Pesquisa, Assistência e Política de Gestão**. 2006. Disponível em:<<http://www2.ghc.com.br/gepnet/docscursos/gestao/gestaojaco.pdf>> Acesso em: 14 maio 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada de Intervenções de Enfermagem ao Recém Nascido com Doença da Membrana Hialina. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Maria Juraci de Oliveira Lima, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da Professora Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra. A mesma apresenta como objetivo geral: analisar a concepção dos enfermeiros acerca das Intervenções de Enfermagem ao Recém-Nascido com Doença da Membrana Hialina na UTI Neonatal. E como objetivos específicos os seguintes: caracterizar a situação profissional dos enfermeiros entrevistados; analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre a Doença da Membrana Hialina; averiguar na opinião dos enfermeiros entrevistados como as Intervenções de Enfermagem são realizadas e verificar na opinião dos enfermeiros entrevistados a capacidade de instalação da UTI neonatal na otimização das Intervenções de Enfermagem.

Solicitamos sua contribuição e informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Informamos ainda que o referido estudo aos participantes não apresenta riscos aparentes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um roteiro de pesquisa, onde o senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais que caracterizarão os profissionais da amostra e perguntas relacionadas às questões concernentes com a temática, Intervenções de Enfermagem na Doença da Membrana Hialina, os dados informados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional como internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, RG: _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma copia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, ____/____/2010.

Prof^a Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra
Pesquisadora Responsável

Maria Juraci de Oliveira Lima
Pesquisadora Participante

Participante da Pesquisa

Pesquisadora Responsável: Prof^a. Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra.

Endereço: Av. Presidente Dutra, nº 710, Alto de São Manoel. Mossoró/RN. Fone/Fax: (84) 3312-0143.

E-mail: patriciafernandes@facenemossoro.com.br

Pesquisadora Participante: Maria Juraci de Oliveira Lima.

Endereço: Rua Adauto Câmara, nº 390, Doze Anos. Mossoró/RN. Fone: (84) 3317-1726/88193672.

E-mail: jur_lima@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro: Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil. CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777.

E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DA AMOSTRA

Sexo: Masculino Feminino.

Estado Civil: Casado(a) Solteiro(a) Viúvo (a) Outros.

Escolaridade: Graduação _____
 Pós-Graduação _____
 Mestrado _____
 Doutorado _____

Quanto tempo de formado: menos de 1 ano 1 a 2 anos mais de 2 anos.

Trabalha a quanto tempo nesse setor: menos de 1 ano 1 a 2 anos mais de 2 anos.

Trabalha em outros estabelecimentos: Não Sim.

Executa atividades de enfermagem em setores diferentes da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Sim Não.

Quantas horas por semana você trabalha: menos de 40 hs 40 hs mais de 40 hs.

2 QUESTÕES CONCERNENTES À TEMÁTICA, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA DOENÇA DA MEMBRANA HIALINA

- Você conhece o processo fisiopatológico da Doença da Membrana Hialina:
 Não Sim Um pouco.

- Você realiza assistência independente ao recém-nascido com Doença da Membrana Hialina:
 Não Sim. Justifique sua resposta.

- Você desempenha atividades de enfermagem dentro de uma equipe multiprofissional:
 Não Sim. Quais profissionais compõem essa equipe?

- Você aplica o Processo de Enfermagem aos recém-nascidos com Doença da Membrana Hialina: Não Às vezes Sim. Justifique sua resposta.

- Quais recursos materiais são utilizados pela enfermagem direcionados aos cuidados com o recém-nascido com Doença da Membrana Hialina?

- Que outros tipos de recursos são utilizados?

- Você gosta de trabalhar nesse setor (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal): () Não () Sim.
Por quê?

- Que sugestão você daria para a melhora e/ou otimização das intervenções de enfermagem dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ao recém-nascido pré-termo com Doença da Membrana Hialina?

APÊNDICE C - TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo sexo

SEXO	Nº	%
Masculino	0	0%
Feminino	5	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo o estado civil.

ESTADO CIVIL	Nº	%
Casada	2	40%
Solteira	2	40%
Viúva	1	20%
Outros	0	0%

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo ao nível de escolaridade.

ESCOLARIDADE	Nº	%
Graduada		0%
Pós-Graduação	4	80%
Mestrado	1	20%
Doutorado	0	0%

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Tabela 4: Distribuição da amostra quanto ao tempo de formação acadêmica.

TEMPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	Nº	%
Menos de 1 ano	0	0%
1 a 2 anos	0	0%
Mais de 2 anos	5	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Tabela 5: Distribuição da amostra quanto ao tempo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

TEMPO DE TRABALHO NA UTIN	Nº	%
Menos de 1 ano	1	20%
1 ano	0	0%

Mais de 2 anos	4	80%
----------------	---	-----

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Tabela 6: Distribuição da amostra quanto à questão desta trabalhar em outros estabelecimentos.

TRABALHA EM OUTROS ESTABELECEMENTOS	Nº	%
Sim	4	80%
Não	1	20%

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Tabela 7: Distribuição da amostra quanto à questão da execução de atividades de enfermagem em setores diferentes da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

EXECUTA ATIVIDADES DE ENFERMAGEM EM OUTROS SETORES	Nº	%
Sim	4	80%
Não	1	20%

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Tabela 8: Distribuição da amostra quanto às horas trabalhadas por semana.

HORAS TRABALHADAS/SEMANA	Nº	%
Menos de 40 hs	0	0%
40 hs	1	20%
Mais de 40 hs	4	80%

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

Tabela 9: Distribuição da amostra quanto ao conhecimento dos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a cerca do processo fisiopatológico da Doença da Membrana Hialina (DMH).

CONHECIEMNTO FISIOPATOLÓGICO DA DMH	Nº	%
Não	0	0%
Sim	5	100%
Um pouco	0	0%

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

ANEXOS

**ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA**