

ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA À CRIANÇA EM NUTRIÇÃO PARENTERAL

Anézia Moreira Faria Madeira *
Lindalva Carvalho Armond *

MADEIRA, A.M.F.; ARMOND, L.C. Análise da assistência de enfermagem prestada à criança em nutrição parenteral. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 2, p. 239-52, ago. 1991.

Este trabalho teve por finalidade verificar em Instituições hospitalares a operacionalização da Nutrição Parenteral em criança e também oferecer subsídios para melhoria da assistência de enfermagem utilizando os recursos disponíveis da Instituição. Foi realizado em três hospitais, sendo dois fundacionais e um hospital de ensino. Os resultados mostraram que nas Instituições pesquisadas não existe um local adequado para o preparo da Nutrição Parenteral nem para acomodação da criança; os cuidados concernentes a esta terapêutica não são padronizados e a criança não é assistida em sua totalidade.

UNITERMOS: Criança. Nutrição Parenteral. Assistência de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O nosso interesse em realizar um estudo sobre a assistência de enfermagem prestada à criança em Nutrição Parenteral (NP) decorreu após verificarmos que havia uma desvirtualização entre o que é recomendado teoricamente e a forma como vem sendo operacionalizada a N.P. em diferentes clínicas pediátricas.

Esta técnica vem sendo utilizada em Pediatria, com sucessos consideráveis, conseguindo reduzir o índice de morbidade e mortalidade, possibilitando o crescimento e o desenvolvimento normal da criança em uso desta terapia.

Ela consiste no fornecimento de nutrientes por meio de uma via que não o gastrointestinal e, sim, intravenosa com o objetivo de permitir completo repouso do intestino, diminuir a motilidade intestinal, favorecer a recuperação de processos intestinais corrigindo e repondo os nutrientes em quantidade e qualidade pré fixadas. FISCHER⁴.

A Nutrição Parenteral pode ser utilizada sob duas formas: total (N.P.T.) que é utilizado quando o paciente não pode e não deve alimentar-se via oral e parcial (NPP), quando o paciente é capaz de alimentar-se parcialmente por via digestiva. POLACK¹³.

* Enfermeiras Especialistas. Professores Assistentes do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública (DEMISP) da Escola de Enfermagem da UFMG.

A hiperalimentação intravenosa, embora bem padronizada, mostrou não ser isenta de riscos e complicações vinculadas não somente à técnica de introdução de nutrientes como também, pela possibilidade de complicações metabólicas, eletrolíticas, sépticas e de sobrecarga de volume.

Tendo conhecimento teórico através da bibliografia consultada, e como docente de enfermagem pediátrica foi possível sentir deficiências e variações na assistência de enfermagem à criança em N.P.

Como guia para o presente estudo objetivamos:

1. Verificar em três Instituições hospitalares a operacionalização da nutrição parenteral em criança, com relação ao local e técnica de preparo e assistência de enfermagem prestada.
2. Oferecer subsídios para melhoria da assistência de enfermagem à criança em N.P. de acordo com o estudo realizado.

MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho foi realizado em três Instituições hospitalares.

A primeira a quem denominamos de A é um hospital fundacional de grande porte, com 542 leitos, sendo 65 para crianças de 0 a 12 anos. O Hospital B é uma Instituição de ensino com convênio com o INAMPS, possuindo 52 leitos para pediatria e 380 leitos em sua totalidade. A outra Instituição pesquisa (C) tem caráter filantrópico, de médio porte com 320 leitos, sendo 35 pediátrico.

Num primeiro momento realizamos:

- a) uma observação assistemática do procedimento do preparo e administração da N.P. nas três Instituições (anexo I);
- b) levantamento de dados relativos à Instituição e à unidade pediátrica, através de um questionário dirigido à enfermeira da unidade (anexo II);
- c) entrevista com pergunta aberta à pessoa responsável pelo preparo da NP (anexo III).

Num segundo momento, fizemos um levantamento estatístico de todas as crianças que estiveram em nutrição parenteral nas três Instituições de janeiro a abril de 1986, cujos dados coletados estão representados no anexo IV.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Preparo da Nutrição Parenteral

Este preparo constitui na adição de eletrólitos (sódio, potássio, etc.) e oligoelementos (ferro, zinco, complexos vitamínicos, entre outros)

às soluções de aminoácidos recebidas da farmácia, conforme prescrição médica.

Após o levantamento feito nas três Instituições quanto às crianças em N.P., observamos que na Instituição B, elas são mantidas em seu leito de internação e que nas Instituições A e C existe uma rotina de tentar agrupá-las numa unidade determinada.

O preparo das soluções é realizado: na Instituição A, no posto de enfermagem onde há maior fluxo de pessoal, favorecendo a contaminação e dificultando o trabalho; na Instituição B é realizado numa pequena sala isolada, sem pia; na Instituição C este preparo ocorre numa sala isolada específica para diluição de medicamentos de toda a Unidade Pediátrica.

Quanto às condições ambientais, chegamos à conclusão que às vezes a iluminação é precária, a ventilação é inexistente, nenhuma das salas possui paredes com cantos arredondados, apesar de serem laváveis.

Visto tudo isto, concluímos que as condições ambientais não favorecem a operacionalização da N.P., facilitando os riscos de contaminação.

Segundo POLACK¹³ e SILVA¹⁶, deveria haver uma Central de N.P., objetivando oferecer uma assistência quantitativa e qualitativamente satisfatória, onde os pacientes seriam tratados especificamente em regime temporário por uma equipe qualificada. O tratamento nesta Central, envolveria desde o momento da inserção do catéter até o término dessa terapêutica.

Distribuição de pessoal de enfermagem

Um dos pontos chaves para o êxito desta terapêutica, é a prestação da assistência à criança nas 24 horas, razão pela qual o número de pessoal de enfermagem deve ser suficiente tanto em quantidade como em qualidade.

Nas Instituições pesquisadas, o total de pessoal de enfermagem das unidades pediátricas, está distribuído da seguinte forma:

TABELA I — NÚMERO DE LEITOS E DISTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS BELO HORIZONTE 1986.

INST.	CATEGORIAS LEITOS PED.	ENFERMEIRO		AUXILIAR ENFERMAGEM		ATENDENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	65	01	2	20	38	32	60	53	100
B	52	08	20	28	68	05	12	41	100
C	35	02	14	02	14	10	72	14	100

Conforme FELDMAN³, o número ideal de pessoal, numa unidade pediátrica, levando em consideração o número de leitos, a média de horas de enfermagem, os dias das semanas e as horas trabalhadas, e mais uma percentagem para cobrir folgas, férias e licença, é o seguinte:

TABELA II — RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFORME NÚMEROS DE LEITOS PEDIÁTRICOS.

INST.	CATEGORIAS	ENFERMEIRO		AUXILIAR ENFERMAGEM		ATENDENTE		TOTAL	
	LEITOS PED.	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	65	06	10	18	30	37	60	61	100
B	52	07	11	09	14	50	75	66	100
C	35	03	10	08	30	16	60	27	100

O que percebemos é que apesar desta literatura se datar de 1973, são escassos no Brasil trabalhos sobre este tema.

Outro fato a ser considerado é que, pela Lei do Exercício da Enfermagem, as funções do atendente devem ser limitadas às atividades indiretas ao paciente, buscando inclusive a capacitação deste pessoal num prazo de 8 anos à partir da promulgação da referida lei (Decreto 94.406 — Lei 7498 de 25 de junho de 1986).

Comparando os dados entre o real e o esperado verificamos que:

- A Instituição A, apesar de possuir um número maior de auxiliar de enfermagem, tem uma grande defasagem no número de enfermeiros e nenhuma defasagem no número de atendentes, o que influencia a qualidade da assistência de enfermagem;
- A Instituição B, tem seu número de enfermeiros e auxiliares superiores ao indicado com redução do número de atendente. O que analisamos através dos dados colhidos e da observação realizada é que por ser esse, um hospital de ensino e pesquisa, por admitir crianças com cuidados intermediários à intensivos, por permitir o sistema de internação conjunta, exige um tempo de assistência de enfermagem maior e melhor qualificação de seu pessoal;
- A Instituição C, tem seu número total de pessoal bastante reduzido em relação aos auxiliares, aos atendentes e até mesmo em relação ao enfermeiro.

Estes resultados levam-nos a perceber que com o número de enfermeiros existentes nas Instituições A e C é muito difícil o planejamento da assistência de enfermagem e o treinamento da equipe.

Operacionalização da Nutrição Parenteral

— Instituição A

Pela observação feita na Instituição A, o elemento responsável pelo preparo da N.P., é o auxiliar de enfermagem treinado pela enfermeira da unidade. O auxiliar paramenta-se usando gorro, máscara, capote e luvas, e a higienização do material é feita com álcool iodado e inclui limpeza do suporte de soro, dos frascos, ampolas e mesa. Após essa limpeza, as superfícies são protegidas com campos esterilizados e inicia-se o preparo das soluções seguindo a técnica específica.

Pela nossa observação, verificamos que existe um fluxo muito grande de pessoal no local de preparo da parenteral. O responsável pelo preparo, utilizando de técnica adequada e conhecimento do assunto, tenta minimizar todas as deficiências da planta física inadequada (ausência de pia, deficiência na ventilação e iluminação, área comum na unidade de internação).

— Instituição B

Nessa Instituição, é o enfermeiro quem prepara a solução utilizando-se somente da máscara. A limpeza do material é feita com álcool iodado e o preparo inicia-se a seguir.

Constatamos que, pela ausência de pia, a higienização pessoal é feita fora do local de preparo, facilitando interferência, como: contaminação das mãos e do material, dispêndio de tempo, etc.

Além disto, a enfermeira não dispõe de campos estéreis nem de armário de armazenamento (a simples perda de uma solução implica na paralisação do preparo — saída e retorno ao local).

Pelo uso da bolsa de solução, observamos maior manipulação dos eletrólitos, pois estes foram acondicionados em um frasco vazio de soro e através de um equipo, transferidos para a bolsa.

— Instituição C

Também nessa Instituição, é o enfermeiro quem prepara a N.P., paramentando-se com gorro, máscara, capote e luvas. A solução utilizada para a limpeza do material é o álcool iodado e nas mãos, utiliza-se sabão de côco e água. Toda a superfície é coberta com campos esterilizados, e a solução depois de preparada, é envolvida também em campos esterilizados.

O que nos foi possível perceber é que o local é isolado, porém, não é específico da N.P., funcionando com central de diluição de medicamentos. A ausência de ventilação seria suprimida pelo uso do ar condicionado que, no momento da observação não estava em funcionamento.

Segundo os autores consultados, a N.P., deve ser preparada com técnica asséptica rigorosa, evitando-se ao máximo, a possibilidade de

contaminação, em ambiente privativo, isolado e rigorosamente higienizado. SILVA ¹⁶, OSAWA ¹¹.

CIOSAK ², indica um local adequado, e nunca em sala de serviços de enfermagem. Dá-se preferência a um local reservado apenas para o preparo destas soluções, com desinfecção de todo material e ambiente (mesa, foco de luz, suporte, etc.).

Assistência de enfermagem prestada às crianças

Esta foi verificada através da entrevista com o pessoal de enfermagem e avaliação de todos os prontuários das crianças pesquisadas.

QUADRO 1 -- INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELO RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM N.P. E AS RESPECTIVAS ANOTAÇÕES NOS PRONTUÁRIOS

INSTITUIÇÃO	INFORMAÇÃO	REGISTRO NO PRONTUÁRIO
A	<ul style="list-style-type: none"> . Verifica os dados vitais 3 vezes ao dia . Verifica o peso diariamente . Não pesquisa glicosúria como rotina . Troca o curativo diariamente . Não realiza o balanço hídrico 	<ul style="list-style-type: none"> . Veracidade da informação . Não há registro . Veracidade da informação . Veracidade da informação . Veracidade da informação
B	<ul style="list-style-type: none"> . Verifica os dados vitais 3 vezes ao dia . Verifica o peso diariamente . Pesquisa glicosúria diariamente . Troca o curativo 3 vezes por semana . Realiza o balanço hídrico a cada 12 horas 	<ul style="list-style-type: none"> . Temperatura verificada frequentemente. Outros dados de 1 a 3 vezes ao dia . Peso nem sempre é registrado . Veracidade da informação . Veracidade da informação . Balanço hídrico na maioria das vezes não é fechado
C	<ul style="list-style-type: none"> . Verifica os dados vitais 3 vezes ao dia . Verifica o peso diariamente . Não faz glicosúria como rotina . Troca o curativo diariamente . Balanço hídrico não é realizado 	<ul style="list-style-type: none"> . Registrado somente a temperatura de 12/12 horas . O peso não é registrado . Veracidade da informação . Curativo não é registrado . Veracidade da informação

Após o estudo realizado, concluímos que não existe coerência entre o pensar e o fazer daqueles que prestam assistência à criança e nem a sistematização dos cuidados de enfermagem.

Com o auxílio do referencial bibliográfico sugerimos a seguinte assistência de enfermagem à criança em uso de N.P.P.:

QUADRO II — CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CRIANÇA EM N.P. E SUAS RESPECTIVAS JUSTIFICATIVAS

Cuidados de Enfermagem	Justificativa
— Verificar e controlar os sinais vitais (T.P.R.P.A = 4/4 h.)	— Identificar precocemente alterações da terapia tais como: hipertermia, taquidispnéia, hipotensão, hipertensão.
— Controle de peso diário	— Verificar se existe recuperação da massa corpórea.
— Balanço hídrico rigoroso	— Prevenir alterações ligadas ao metabolismo, averiguar ganho de peso e retenção hídrica.
— Pesquisar glicosúria a cada 4 horas	— Observar nível de tolerância do organismo à glicose hipertônica e ajudar na adaptação do organismo ao tratamento.
— Manter curativo seco e oclusivo trocando-o a cada 48 horas	— Permitir maior longevidade do cateter. Prevenir infecções e promover conforto físico: evitar traumatismo à criança com trocas repetidas.
— Fazer desinfecção do cateter com gaze e álcool iodado, no sentido paciente — frasco de solução	— Evitar colonização de fungos e bactérias.
— Verificar alterações na cor da solução, presença de partículas e precipitações	— Detectar alterações na solução a ser administrada.
— Verificar o rótulo da solução preparada observando: . composição da solução . data de validade . aditivos . nome do paciente . gotejamento	— Evitar troca de soluções.
— Pesquisar sinais de infiltração de líquidos no local de inserção do cateter.	— Detectar precocemente sinais de infiltração de líquidos.
— Proibir o uso do cateter de N.P. para transfusões de sangue e administração de outros medicamentos.	— Evitar problemas de ordem vascular e manter o programa de N.P. sem alterações.
— Controlar gotejamento da solução impedindo: . gotejamento rápido . aumento do gotejamento da solução atrasada . gotejamento lento . término da solução sem que haja outro vidro para substituição.	— Favorecer a reposição adequada. Manter o esquema de N.P. sem alterações. Evitar problemas de ordem vascular, pulmonar e outros. Evitar obstrução do cateter sem que haja outro vidro para substituição.

Cuidados de Enfermagem	Justificativa
— Promover a estimulação ativa e passiva do paciente.	— Evitar problemas de ordem vascular, cutânea, muscular, articular, pulmonar e outros.
— Estimular a atividade psico-motora da criança.	— Manter a criança com o seu desenvolvimento físico e motor.
— Observar sinais de hipo e hiper glicemia, desidratação, hiper hidratação, infecção e outros provenientes do uso da N.P.	— Detectar precocemente sinais de alteração.

Administração da Nutrição Parenteral

POLACK¹³ afirma ser perigoso o uso da solução nutritiva em veia periférica, devido à irritação do endotélio e a alta osmolaridade das soluções, no entanto observamos ser essa a via preferencialmente utilizada nas Instituições pesquisadas: A e C utilizam a cateterização da veia com scalpe e a B, a dissecação da veia.

Segundo GHANDIMI⁵ o risco de infecção em veia dissecada é muito grande. Catéteres venosos, permanentes e prolongados são fontes de infecção. O catéter, corpo estranho no trato sanguíneo, pode agir como foco de crescimento bacteriano, mesmo que os organismos penetrem por um local distante. A veia em que está sendo administrada a N.P. deve ser exclusivamente para este fim.

O que detectamos foi que de 27 crianças que receberam N.P. no período de janeiro a abril, 13 crianças apresentaram septicemia correspondendo cerca de 50% e dessas 13, 10 faleceram, totalizando 80%.

Quanto ao controle do gotejamento verificamos várias interferências: antibióticoterapia, soroterapia, hemoterapia, perda de veia por manipulação do paciente, acarretando sobrecarga vascular, alteração do gotejamento e término da solução sem haver outra para substituição, colocando em risco a vida da criança, principalmente prematuros e baixo peso.

Ações de enfermagem

As ações de enfermagem envolvem várias etapas, tais como: preparo físico e emocional do binômio mãe-filho, preparo do material e prestação dos cuidados inerentes à N.P. Para isto realizamos uma entrevista com o elemento que presta a assistência à criança em N.P.

Os entrevistados consideraram importante: local em condições físicas e materiais adequados, elemento operacionalizador capacitado, preparo emocional da criança e família. Nesta interação enfermagem-paciente e família é importante o máximo de informações sobre o paciente, sua família, para identificar os problemas existentes, determinar as necessidades afetadas e planejar a assistência.

A enfermagem deve estar preparada para interrelacionar com seus pacientes através de uma comunicação terapêutica e portanto, deve adquirir ou desenvolver suas habilidades em interagir com os pacientes em uso de N.P.

Atuação do enfermeiro

A participação do enfermeiro na N.P., em todas as suas fases é de suma importância por possibilitar o diagnóstico precoce dos estados carenciais, a continuidade terapêutica, o planejamento de ações específicas para cada alteração que possa advir em decorrência do uso de N.P. prolongada e à sistematização das ações de enfermagem.

MIYADAHIRA¹⁰ diz que, ao enfermeiro, cabe atuar junto ao paciente desde a instalação até o término desta terapêutica. É da sua responsabilidade orientar o paciente quanto ao tratamento a que será submetido, assisti-lo durante a introdução, manutenção e retirada do catéter, controlar a infusão da solução e detectar precocemente as possíveis complicações.

Na realidade, verificamos que nem sempre o enfermeiro está presente na assistência direta ao paciente, delegando a operacionalização e os cuidados à criança em N.P., ao auxiliar de enfermagem e, até mesmo, ao atendente de enfermagem.

CONCLUSÃO

Pelo exposto, concluímos que o enfermeiro e a equipe de enfermagem tem um importante papel junto à família e à criança em nutrição parenteral, desde a sua implantação até o término da terapêutica.

A organização de uma Central de Nutrição Parenteral é uma atividade que deve ser proposta da Instituição, e de responsabilidade de toda equipe multi-profissional, desde a fase de seu planejamento até a avaliação.

É necessário a internação da criança em uma unidade onde essa terapêutica possa ser implantada, com o objetivo de oferecer uma assistência quantitativa e qualitativamente satisfatória.

Além disto, é preciso muito mais. Necessário se faz, um compromisso maior das Instituições no sentido de aumentar e qualificar o número de pessoal de enfermagem na unidade de Nutrição Parenteral, através da contratação de pessoal capacitado e permitindo a esse, a oportunidade de atualizar-se.

Outro aspecto relevante a ser levado em conta é que face à multiplicidade de ações que a equipe de enfermagem desenvolve e, por ser a equipe catalisadora e propulsora das ações nela desenvolvidas, é importante a sistematização do plano assistencial de enfermagem.

Não deve ser esquecida a parte emocional da criança, durante o tratamento. É fundamental que a equipe de enfermagem tenha conheci-

mento dos fatores que influenciam o comportamento infantil, a fim de minimizá-los, já que estes pequenos seres são portadores não só de carência nutritiva, mas muitas vezes também, possuidores de carência afetiva.

O sucesso portanto da Nutrição Parenteral, depende de tudo que foi exposto neste trabalho e, cabe a todos lutar para que os objetivos principais sejam alcançados, contribuindo para a melhoria do estado da criança, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento normal com o mínimo de complicações possíveis.

MADEIRA, A.M.F.; ARMOND, L.C. Analysing the nursing assistance to the child taking parenteral nutrition. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 2, p. 239-52, Aug. 1991.

The purpose of this study was to collect information on nursing care of children receiving parenteral nutrition in order to gain knowledge to improve nursing care according to the resources available in the hospital. Our results showed that in the three hospitals studied there were no adequate physical space to prepare parenteral nutrition. There were no suitable accommodations for the children, the nursing care on P.N. were not standardized and the follow up was not well done.

UNITERMS: *Children. Parenteral Nutrition. Nursing care.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANAIS NESTLÉ, Lípidos e Nutrição. São Paulo, v. 102, 1979, 104 p.
2. CIOSAK, S.I. & BRAZ, E. A evolução da nutrição parenteral no Hospital da Beneficência Portuguesa. *Rev. da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, 16(1):75-84, 1982.
3. FELDMAN, M.A. *Administração do Serviço de Enfermagem*. São Paulo, S.B.I.C., 1978.
4. FISCHER, J.F. *Nutrição Parenteral*. Rio de Janeiro, Koogan, 1978.
5. GHADIMI, M.D. *Alimentação Parenteral*. São Paulo, E.P.U., 1975, IV.
6. ———. *Alimentação Parenteral*. São Paulo, E.P.U. 1975, 3.V.
7. WAECHTER, R.N. et al. Preparação para a hospitalização. In: ———. *Enfermagem Pediátrica*. 9ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979, cap. 3, p. 55-62.
8. MACEDO, H. Nutrição Parenteral. *O Jornal Brasileiro de Enfermagem*. São Paulo, 2(19): 5, out. 1978.
9. MACHADO, D.V.M. Cuidados psicológicos à criança enferma. In: MARCONDES, E. *Pediatria Básica*. 6ª ed. São Paulo, Sarvier, 1978. v. 1, cap. 2, p. 140-2.
10. MIYADAHIRA, A.M.K. et al. Controle da tolerância à glicose na nutrição parenteral. *Rev. da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, 14(1):21-8, 1980.
11. OSAWA, C. et al. Organização de uma unidade de preparo de nutrição parenteral. *Rev. Paulista de Enfermagem*. São Paulo, 4(2):78-9, abr./jun. 1984.
12. PETER, M.D. Tensão psicológica em famílias de crianças que estão em um centro de tratamento pediátrico intensivo. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*. México, Interamericana. 3:646-53, ago. 1980.
13. POLACK, I.N.S. *Enfermagem em Nutrição Parenteral*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1983.
14. SANTOS, E.M.L. Aspectos do relacionamento psico-físico-espiritual e social do enfermeiro junto ao paciente grave. *Enfoque*. São Paulo, 8(2):15-7, nov., 1979.
15. SEMMONS, S. Nursing care plan for patient receiving total parenteral nutrition. *Critical care Nurse*. Kansas - USA, 2(5):86-9, set./oct., 1982.
16. SILVA, M.A.C. et alii. *Alimentação Parenteral do Paciente Pediátrico*. São Paulo, USP - Curso de Pós-Graduação — nível mestrado, 1983. (datilografado).

Recebido em 18/12/90

Aprovado em 04/03/91

ANEXO II

QUESTIONÁRIO — ENFERMEIRA DA UNIDADE

I — Dados relativos à Instituição

1. Nome da Instituição:
2. Categoria:
3. Tipo de Hospital:
4. Número de leitos:
 - . hospital:
 - . unidade pediátrica
5. Quadro de pessoal da Unidade Pediátrica:
 - . Distribuição do pessoal por turno:
 - . enfermeiro:
 - . auxiliar de enfermagem:
 - . acadêmica de enfermagem:
 - . atendente de enfermagem:
6. Serviço de limpeza da unidade:
 - . Vinculado à enfermagem: SIM — NÃO —

II — Dados relativos à execução da Nutrição Parenteral:

1. Local específico para as crianças em N.P.
2. Pessoal responsável pela assistência à criança em N.P.
3. Local de preparo da N.P.

ANEXO III

ENTREVISTA ABERTA

1. Para você como deve ser feito o preparo da Nutrição Parenteral?
2. a) O que você pensa sobre o preparo do paciente em N.P.
b) Em relação à família?
3. Como você cuida de uma criança em N.P.?
4. Na sua opinião, o que você faria para melhorar a assistência prestada à criança em N.P.?

ANEXO IV — CRIANÇAS QUE FIZERAM USO DE N.P. DE JANEIRO A ABRIL DE 1966, NAS INSTITUIÇÕES A, B e C

INSTITUIÇÃO	IDADE DAS CRIANÇAS	INDICAÇÃO DA N. P.	TEMPO DE PERMANÊNCIA NA N. P.	COMPLICAÇÕES DA N. P.
A	1 dia	. Prematuridade, septicemia, anemia	10 dias	óbito
	3 dias	. Septicemia, distensão abdominal, vômitos	3 dias	S/C
	20 dias	. Cardiopatia congênita + I.C.C., insuficiência respiratória	5 dias	S/C
	26 dias	. Obstrução intestinal, ressecção porção terminal, dilatação de ileostomia	9 dias	óbito
	1 mês	. Semiobstrução intestinal, correção má rotação + colostomia	34 dias	S/C
	2 meses	. Miocardiopatia, gastroenterite e septicemia	5 dias	S/C
	3 meses	. Desnutrição IIº grau, diarréia crônica, distúrbio hidroeletrólítico	18 dias	S/C
	6 meses	. Diarréia aguda	10 dias	S/C
	6 meses-27 dias	. Diarréia infecciosa aguda, desidratação, fissura analprolapso retal	14 dias	S/C
	1 ano - 1 mês	. Septicemia, insuficiência urinária, colangite, atresia das vias biliares	7 dias	S/C
	3 anos	. Teratoma, infecção bacteriana, monilíase oral	10 dias	S/C
	3 anos - 16 dias	. Diarréia crônica, desnutrição IIº grau	15 dias	S/C
	5 anos - 16 dias	. Desnutrição IIº grau, ascite, linfadenomegalia, blastomicose	9 dias	S/C
	6 anos	. Desnutrição IIIº grau, miocardiopatia descompensada, infecção oral, osteomielite	17 dias	S/C

INSTITUIÇÃO	IDADE DAS CRIANÇAS	INDICAÇÃO DA N.P.	TEMPO DE PERMANÊNCIA NA N.P.	COMPLICAÇÕES NA N.P.
B	1 mês	• Enterocolite necrotizante, desnutrição	7 dias	Septicemia + óbito
	2 meses	• Obstrução intestinal por bridaperito neal, endocardite bacteriana, desnutrição	7 dias	S/C
	3 meses	• Diarréia aguda protraída, desidratação IIº para IIIº grau	34 dias	Septicemia + óbito
	4 meses	• Diarréia protraída	41 dias	Septicemia + óbito
	5 meses	• Infecção septicêmica, desnutrição IIIº grau, diarréia protraída agutizada, desidratação IIº grau	4 dias	Choque séptico + óbito
	6 meses	• Diarréia protraída, desnutrição	8 dias	Choque séptico + óbito
	5 meses	• Enterocolite necrotizante, B.C.P.	26 dias	I.C.C. edema agudo de pulmão septicemia, óbito
	10 meses	• Desnutrição IIIº grau, diarréia protraída, desidratação Iº grau	21 dias	Septicemia + óbito
	3 a 10 meses	• Anemia, linfoma, aporte para quimioterapia	2 dias	S/C
	11 meses	• Colagenose, desnutrição de IIIº grau	17 dias	Pneumonia + I.C.C.
	C	1 dia	• Onfaloccele, enterite	4 dias
2 meses		• Atresia de vias biliares	11 dias	óbito
4 meses		• Diarréia crônica e desnutrição de IIIº grau	12 dias	óbito