

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ  
CURSO ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

**ESTUDO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A NEONATOS COM  
MIELOMENINGOCELE**

ERMELINDA DE FÁTIMA MACEDO DA SILVA

Rio de Janeiro  
2013

ERMELINDA DE FÁTIMA MACEDO DA SILVA

**ESTUDO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A NEONATOS  
COM MIELOMENINGOCELE**



Monografia de finalização do curso de pós-graduação em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientador:

Flávio Freinkel Rodrigues

RIO DE JANEIRO

Junho /2013

SILVA, Ermelinda de Fátima Macedo da.

Estudo sobre a assistência de enfermagem a neonatos com mielomeningocele / Ermelinda de Fátima Macedo da Silva. Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2013.

*18 f. : il. ; 31 cm.*

*Orientador: Flávio Freinkel Rodrigues*

*Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Curso de Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, 2013.*

*Referências Bibliográficas: f.17-18*

*1. Assistência de Enfermagem. 2. Mielomeningocele . 3.*

*Unidade Intensiva Neonatal. 4. Saúde Materno-Infantil –*

*Monografia. I. Rodrigues, Flávio Freinkel. II. Universidade*

*Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISMI. III.Título.*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



MATERNIDADE-ESCOLA

Ermelinda de Fátima Macedo da Silva

ESTUDO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A NEONATOS COM  
MIELOMENINGOCELE

Monografia de finalização do Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Flávio Freinkel Rodrigues

---

Iris Bazilio Ribeiro

Conceito: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a vocês que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e me ajudaram a concretizar este estudo, meus filhos Luiz e Diego e irmã Ana Carla.

E a você Joaquim, companheiro no amor, na vida e nos sonhos, que sempre me apoiou nas horas difíceis e compartilhou comigo as alegrias.

## AGRADECIMENTO

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. A ele, minha eterna gratidão.

Meus agradecimentos a todos que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse este estudo, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Em especial agradeço à minha família: filhos e esposo, que estiveram sempre ao meu lado, entendendo-me nos momentos de ausência, dando-me apoio e carinho.

Lembrando também das amigas Ana Carla e Diani, meu orientador Prof<sup>o</sup> Flávio que foram incansáveis no apoio e atenção dispensado à mim durante todo o estudo.

A imaginação é mais importante que o conhecimento.  
Conhecimento auxilia por fora, mas só o amor socorre por dentro.  
Conhecimento vem, mas a sabedoria tarda.

*Albert Einstein*

## RESUMO

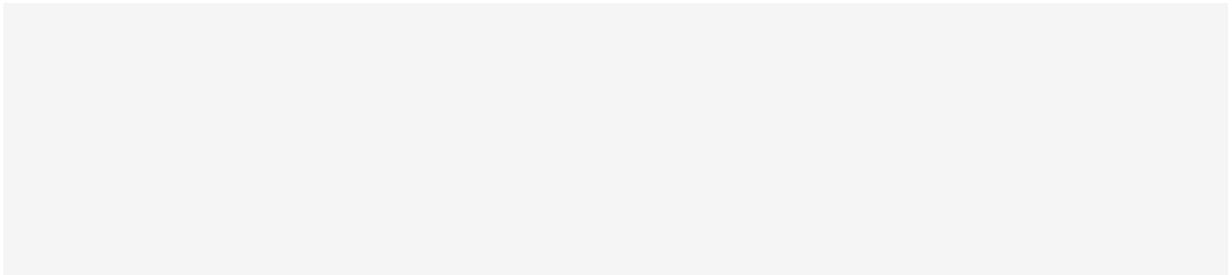
Este é um estudo de assistência de enfermagem a neonatos com mielomeningocele. E traz como objetivo geral identificar os cuidados de enfermagem aplicados na assistência destes neonatos e como objetivo específico propor um plano assistencial a ser seguido pelos profissionais de enfermagem. A contribuição do estudo consiste em proporcionar conhecimento técnico e científico aos profissionais de saúde que atuam na assistência de bebês com mielomeningocele. O método utilizado no estudo foi revisão da literatura nos últimos 25 anos. A consideração final do estudo é um plano de ação sistematizado proposto.

Palavras chave: Assistência de Enfermagem; Mielomeningocele; Unidade Intensiva Neonatal

## ABSTRACT

This is a study of nursing care for neonates with myelomeningocele. And has as general objective to identify nursing care applied in the care of these neonates and aimed to propose a specific care plan to be followed by nursing professionals. The contribution of this study is to provide scientific and technical knowledge to health professionals working in the care of infants with myelomeningocele, in the neonatal intensive care unit. The method used in the study was a literature review in the last 25 years. The final consideration of the study is a systematic plan of action proposed.

Keywords: Nursing care; Myelomeningocele; Neonatal intensive care unit.



## LISTA DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

LCR Líquido Céfalo Raquidiano

MMC Mielomeningocele

RN Recém Nascido

UTIN Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>01</b> |
| <b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>  | <b>02</b> |
| <b>2.1 O primeiro passo ao entendimento de mielomeningocele .....</b>                      | <b>02</b> |
| <b>2.2 Cuidados a neonatos com mielomeningocele descritas por algumas literaturas.....</b> | <b>04</b> |
| <b>2.3 O papel da enfermagem na assistência.....</b>                                       | <b>09</b> |
| <b>3 METODOLOGIA.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>4 DISCUSSÃO.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICA.....</b>  | <b>17</b> |

## **1 INTRODUÇÃO**

O objeto do estudo é assistência de enfermagem a neonatos com mielomeningocele. Sendo esta, uma malformação que consiste em uma grave anormalidade congênita do sistema nervoso e significa herniação dos tecidos meninges e da medula proveniente do não fechamento do tubo neural, desenvolve-se nos primeiros meses de gestação. Sua gravidade varia do tipo oculto, sem nenhum achado, até uma espinha completamente aberta com incapacidade neurológica grave e morte.

A aderência da temática ao contexto profissional deu-se através das experiências vividas como enfermeira no Hospital Municipal de Rio das Ostras e Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde pude perceber as dificuldades e a complexidade dos cuidados com essa criança. Acreditando que uma assistência padronizada, onde priorize e reúna os pontos mais importantes da assistência, descritos pela literatura, poderá aprimorar o desempenho da enfermagem no tratamento deste cliente.

Algumas inquietações emergem do contexto assistencial, tais como: se a prática de enfermagem no cuidado destes bebês está baseada apenas em experiências de trabalhos anteriores, se é direcionada por orientação verbal da equipe, ou se já existe um programa assistencial pertinente a este cuidado.

A pesquisa consiste em um estudo retrospectivo, com revisão da literatura nos últimos 25 anos, sobre os cuidados de enfermagem ao neonato com mielomeningocele.

Pretende-se com o estudo identificar os cuidados de enfermagem aplicados na assistência com mielomeningocele e propor um plano assistencial a ser seguido pelos profissionais de enfermagem, compreendido como um guia prático, composto de informações técnicas, acerca das especificidades próprias do recém-nascido acometido por esta malformação. Contribuindo desta forma para melhoria da qualidade da assistência aos neonatos com MMC.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 O primeiro passo ao entendimento de Mielomeningocele.**

Para Tamez e Silva (2002) a malformação do fechamento do tubo neural é também chamada por Espinha Bífida, considerada a mais frequente, complexa e grave malformação congênita do sistema nervoso central, devido às fibras nervosas estar expostas dentro do saco herniado. Embora, revele que apesar da complexidade e acometimento de múltiplos órgãos a sobrevivência dos recém-natos é prolongada.

Sob a reflexão de Lucareli (2002) a mielomeningocele é um defeito na fusão dos arcos vertebral posteriores, com crescimento anormal da medula espinhal e das membranas que a envolvem. Ocorre a formação de um saco dorsal pelas meninges, o qual no seu interior contém líquido e tecido nervoso, levando o neonato a ter problemas neurológicos abaixo do nível da lesão, como por exemplo, paralisia dos membros inferiores.

Segundo Gaíva e Modes (2006) a incidência da MMC varia em diferentes países e regiões, no mundo a taxa varia de 0,17 a 6,39 por 1000 nascidos vivos. No Brasil os dados estatísticos mais atuais mostram que a proporção varia de 0,83 a 1,87 por 1000 nascimentos no país.

A etiologia da doença possui características multifatoriais entre elas: genéticas e ambientais. O grau de influência de cada um não foi bem estabelecido, mas é sabido que a mielomeningocele com maior frequência ocorre em grupos sociais menos favorecidos e com carência alimentar. Mulheres com carência de ácido fólico possuem maior probabilidade de terem filhos com a malformação. (VICENTE e cols. 2010).

De acordo com Gaíva e Modes (2006) o ácido fólico, quando ingerido na fase periconcepcional, é capaz de reduzir em torno de 50 a 70% dos casos de MMC, porque é uma vitamina do complexo B, que exerce um efeito protetor sobre o sistema nervoso em formação, capaz de reduzir significativamente a incidência de defeitos do tubo neural, quando administrado a mulheres em idade fértil, antes da concepção.

O diagnóstico é possível nos primeiros meses de gestação através de ultrassonografia e também no pré-natal através de um procedimento chamado amniocentese, capaz de dosar alfafetoproteína (substância presente no líquido

amniótico, que se o valor estiver alto é indicativo da doença), (GAÍVA; MODES, 2006).

Para Fujisawa e cols. (2007) as crianças vítimas de MMC podem apresentar diversos tipos de complicações clínicas, como: diminuição da força muscular ou até atrofia de membros inferiores, incontinência vesical e intestinal, além de perda da sensibilidade e reflexos tendíneos e hidrocefalia. Podendo também surgir complicações secundárias como: alterações vasomotoras, diminuição da densidade mineral óssea, fraturas patológicas, contraturas, escolioses, medula presa, infecção urinária, escaras e desordens respiratórias.

O tratamento do bebê com MMC, ao nascimento, envolve procedimentos cirúrgicos e clínicos: fechamento e correção do local herniado, colocação da derivação ventrículo-peritoneal e administração de antibiótico. Posteriormente, os cuidados são voltados à prevenção de complicações clínicas e promoção do desenvolvimento global da criança e da independência funcional (FUJISAWA e cols., 2007).

Com relação ao tratamento clínico Zupancic (2005) confirma que a administração de antibióticos intravenosos, é necessária para diminuir riscos para meningite, particularmente aquela causada por estreptococos do grupo B, uma vez que a meningite é uma complicação particularmente devastadora. Reforça ainda, o uso do antibiótico porque está comprovado que as crianças com defeito espinhal aberto podem receber uma inoculação maciça de bactérias, diretamente no sistema nervoso central se no momento do parto vaginal, ou mesmo in útero, as membranas placentárias se romperem prematuramente.

Quanto ao tratamento cirúrgico Rodrigues (2012) relata que a cirurgia para fechamento da exposição do tubo neural é imprescindível, devendo ser realizado até 48hs após o nascimento do RN. Quanto antes realizar a cirurgia, menor o risco para infecção e novas lesões medulares, as quais estão suscetíveis. A técnica cirúrgica é feita por neurocirurgiões pediátricos que fazem a reconstrução anatômica da medula espinhal, preservando ao máximo a quantidade de tecido nervoso vivo.

Em relação ao tipo de parto a ser escolhido, Ananias Filho (2011) adverte que parto cesárea é a melhor opção para uma mãe com feto portador de MMC, porque ao nascimento, o fino saco frequentemente está vazando. Mas, muito embora a cesárea seja o preferido para essa malformação, na realidade ocorre maior número de parto vaginal. Como explicação para a ocorrência de parto vaginal, em vez de cesárea em gestação de feto com MMC mencionada por Ananias Filho, destacou o estudo de Gaíva e Modes

(2006) cuja abordagem, define a ocorrência de uma maior incidência desta malformação do tubo neural, em face de um grande número de gestações não planejadas. Ocorre que, muitas mulheres desconhecem ou não têm acesso às medidas de prevenção dos defeitos da formação do tubo neural ou espinha bífida e vêm para o parto sem ter a real noção do que seja a malformação do filho e sua gravidade, sem um planejamento do parto previamente.

Quanto ao prognóstico Zupancic (2005) ressalta que a sobrevivência desses recém-natos, em um ano ultrapassa 96% e a média de sobrevivência em 10 anos é cerca de 90%. Estes percentuais estão diretamente relacionados com as decisões de: intervir ou omitir o tratamento clínico e cirúrgico, agressivo no início do período neonatal. Lembrando que, a maioria das mortes restringem-se aquelas crianças mais gravemente comprometidas, certamente relacionadas com disfunção do tronco encefálico, que está presente em um terço dos casos.

Na concepção de Fujisawa e cols. (2007) a notícia da malformação do feto, ainda no útero ou o nascimento de um bebê com MMC é muito angustiante e gera muita preocupação quanto a sua sobrevivência e ao prognóstico funcional dessa criança, tanto para a equipe de saúde, quanto para a sua família. Representando para família o começo de momentos difíceis de estresse, medo e luta pela vida e para a equipe de enfermagem, momentos também de expectativas, responsabilidade, sensibilidade e sem dúvida atenção excessiva nas rotinas e cuidados intensivos.

## **2.2 Cuidados a neonatos com mielomeningocele descritas por alguns autores.**

Com relação às técnicas do cuidado desenvolvidas na assistência de enfermagem, destacamos os seguintes autores:

Nelson (1990), no livro tratado de pediatria recomenda que assistência de enfermagem aplicada aos neonatos com mielomeningocele deve contemplar os seguintes cuidados:

- A posição da criança nas primeiras 48hs é permanecer em decúbito ventral.
- Realizar controle hídrico, a fim de controlar perda de líquido.
- Ter atenção para sinais de infecção.
- Observar dificuldade alimentar, engasgo, estridor, apneia, paralisia das cordas vocais, acumulação de secreções.
- Vigiar aumento de perímetro encefálico, fontanela hipertensão, dilatação das veias do

couro cabeludo, vômitos, irritabilidade, crises convulsivas, alteração do estado de consciência por serem sinais indicativos de hidrocefalia ativa.

-Monitorização de sinais vitais e avaliação neurológica sempre que necessário; na percepção de bexiga neurogênica flácida são importantes treinos vesicais.

-Atenção para observação quanto à prevenção contra acidentes com objetos pesados, fontes de calor devido à baixa sensibilidade dolorosa.

-Se a criança apresenta gessos corretivos é importante vigiar sintomas de comprometimento neurocirculatório, observando características da pele (cor, retorno vascular, temperatura e movimentos voluntários).

Gaíva e Modes (2006) descrevem as técnicas relacionadas aos cuidados necessárias aos neonatos com MMC, durante a assistência de enfermagem, em dois momentos: pré-operatório e pós-operatório.

Durante o pré-operatório são fundamentais os seguintes procedimentos:

-Informar a família sobre o diagnóstico da malformação e apoiá-la em suas necessidades, e ajudá-la a aceitar a malformação do filho.

-Dar apoio à família especialmente durante a primeira visita ao filho na unidade neonatal.

-Facilitar o contato precoce dos pais com o bebê, contribuindo e estimulando o envolvimento afetivo e os cuidados, parte do processo de adaptação dos pais.

-Proporcionar à família momentos para expressar seus sentimentos e preocupações acerca da malformação da criança.

-Aquecer o neonato em incubadora, regulando a temperatura ideal para o bebê, evitando dessa forma uso de roupas para poder ser observado melhor o saco e evitar trauma..

-Manter o tecido herniado úmido e protegido com compressas ou gaze estéril, umedecida com soro fisiológico 0,9% e aquecida, protegendo contra rupturas, perda de líquidos e calor.

-Trocar de 3 a cada 4 horas a compressa evitando o ressecamento da membrana.

-Observação sinais de irritação e de infecção.

-Preservar o recém-nato em posição que não pressione o cisto, por exemplo, a posição ventral, com as pernas em abdução e os joelhos e tornozelos apoiados com coxim, para minimizar a tensão e o trauma e prevenir o contato de fezes e de urina com a lesão.

-Promover a higiene da genitália sempre após eliminações fisiológicas.

-Mudança de decúbito a cada 2 ou 3 horas.

-Promover exercícios suaves com os membros e promover massagens leves na pele com creme protetor para melhorar circulação e evitar contraturas.

- Verificação sinais vitais de acordo com o quadro de gravidade e com a rotina do serviço.
- Observação quanto à ingestão e eliminação.
- Medição perímetro cefálico uma vez ao dia.
- Controlar sinais e sintomas de infecção, alterações nas características do cisto, hipertermia, ruptura, vazamento de líquido, febre e outros sinais. A ruptura do cisto pode ocasionar infecções neurológicas (meningite).
- Observação dos reflexos pupilares a cada 2 horas para avaliar o comprometimento neurológico e o aumento da pressão intracraniana.
- Orientação aos pais sobre o procedimento cirúrgico ao qual a criança será submetida e sobre a rotina do serviço.

O pós-operatório dá ênfase às condutas descritas abaixo:

- Monitorização dos sinais vitais de acordo com o estado clínico e a rotina do serviço.
- Observar e manter a permeabilidade das vias respiratórias.
- Registro dos débitos da drenagem cirúrgica e observação em relação à saída de secreções que podem indicar mau fechamento da lesão ou infecção.
- Monitorização da ingestão e eliminações.
- Troca do curativo de acordo com a rotina do serviço para evitar umidade local e o risco de infecção.
- Posicionar a criança em decúbito ventral para evitar pressão no local da cirurgia.
- Observar drenagem do líquido cefalorraquidiano pela incisão operatória e trocar o curativo cirúrgico sempre que necessário.
- Preservar higiene íntima, mantendo área cirúrgica limpa de fezes e de urina.
- Observação quanto funcionamento da bexiga e volume urinário eliminado, atentando para presença de distensão vesical, que indicam sintomas de bexiga neurogênica e necessidade de sondagem vesical.
- Observação sinais de peritonite em caso de derivação peritoneal: dor à palpação, distensão abdominal, hipertermia e taquicardia.
- Controle do o perímetro cefálico através de medição uma vez ao dia. -
- Monitorar a função neurológica e os movimentos motores das extremidades.
- Manter os cuidados gerais anteriores ao período pré-operatório.
- Identificar e apoiar a família a enfrentar a situação de malformação do filho.
- Orientar aos pais a fazerem sobre as condições do filho.
- Proporcionar vínculo afetivo pais-filho.
- Mostrar aos pais a importância de sua presença.

- Estimular a família, especialmente a mãe, a cuidar do recém-nascido.
- Ajudar a família a identificar as fontes de apoio das quais poderão dispor após a alta.
- Estimular a família a participar de encontros com grupos de apoio, no intuito de preparar a família para conviver com o filho com espinha bífida.

Sob a reflexão de Kim e Borelli (1996) a assistência de enfermagem aplicada aos neonatos com mielomeningocele deve seguir as seguintes técnicas dentro dos cuidados prestados:

- Local da lesão coberto com curativo estéril, umedecido solução fisiológica até a cirurgia;
- Uso de antibiótico a critério médico.
- Posição da criança em decúbito ventral ou lateral, de forma confortável, evitando traumatismo local.
- Evitar contaminação com as fezes e a urina, trocando as fraldas periodicamente, mantendo a higiene.
- Manter a hidratação e nutrição.
- Observar os sinais vitais, observando a criança em uma incubadora.
- Após a cirurgia, continuar os mesmos cuidados, trocando o curativo periodicamente.
- Manter uma assistência ventilatória, se necessário.
- Estimular o relacionamento afetivo pais-filho.
- Diante da alta, esclarecer dúvidas remanescentes e encaminhar para o ambulatório de seguimento.

Tamez e Silva (2002) também descrevem as particularidades do cuidado e suas respectivas técnicas, empregadas na assistência de enfermagem, diante do neonato com esta malformação:

- Proteger a lesão com compressas ou gaze esterilizada, umedecida com soro fisiológico 0,9% morno. Trocar a gaze a cada 2 horas, usar técnica asséptica.
- Posicionar o paciente de tal forma que não pressione a lesão. Dar preferência à posição ventral.
- Administrar antibióticos de acordo com a prescrição médica.
- Proceder ao esvaziamento da bexiga via sondagem vesical contínua, intermitente, ou através de manobras externas (manobra de crede) cada duas horas.
- Preservar higiene íntima adequada após eliminação de fezes e urina.
- Mudar o decúbito com frequência cada 2 a 3 horas de acordo com a tolerância do paciente.
- Verificar o perímetro cefálico diariamente.

- Estimular vínculo mãe-filho, focar os aspectos saudáveis e normais do paciente.
- Observar sinais e sintomas de infecção como irritabilidade, hipertermia, ruptura da bolsa ou vazamento do LCR através da incisão cirúrgica.
- Avaliar os reflexos das pupilas e simetria de 2 em 2 horas.
- Após o fechamento da lesão, observar o curativo, drenagem e sinais de infecção localizada e geral, cada 2 horas.

De acordo com King Edward Memorial Hospital (2010) a importância da assistência de enfermagem, no período de internação neonatal destes bebês, consiste em prestar os seguintes cuidados:

- Evitar qualquer contato com produtos que contenham látex, devido ao risco elevado de desenvolver alergia.
- Providenciar o processo para o fechamento da lesão aberta cirurgicamente nas primeiras 24hs de vida, para reduzir a incidência de infecção e trauma para os tecidos expostos e prevenir estiramento de raízes nervosas.
- O bebê deve ser amamentado.
- Utilização de uma incubadora ou radiante mais quente para diminuir a necessidade de roupa.
- Imediatamente após o parto a lesão deve ser coberta com um curativo.
- Proteger de sujidade lesão, para evitar contaminação sendo um local de alto potencial para infecção.
- Utilização de um material do tipo fita própria para a pele, devido à sensibilidade do local, a fita é própria para evitar “dérmica stipping”. É o material escolhido por poder ser levantado para inspeção e substituição sem alteração e aplicada com fita mínima na pele.
- Colaborar com a equipe de reabilitação de coluna em relação à educação, tratamento e avaliação da função motora.
- Sustentar a família com uma boa comunicação e informação.
- Providenciar exame de ultrassom de cabeça e rins, além de ressonância magnética da cabeça e da coluna.

Peterson (2005), do Department of pediatrics, University of Utah, descreve a existência de um protocolo para assistência de enfermagem, específico no tratamento de mielomeningocele.

Este protocolo tem como objetivo anterior à cirurgia: proteger o saco de ruptura, proteger o paciente de infecções e a obtenção de dados clínicos. E com relação ao objetivo pós-cirúrgicos: proteger a incisão de danos, prevenir a infecção da incisão e

orientação dos cuidados aos membros da família.

Sendo assim o protocolo compreende:

- Notificar a admissão do RN com mielomeningocele equipe de Neurocirurgia.
- Iniciar hidratação venosa e antibiótico terapia, mantendo conduta até 24h após fechamento cirúrgico.
- Colocar e manter o RN em decúbito ventral.
- A família pode segurar o RN em decúbito ventral desde que o saco esteja protegido;
- Manter protegido com uma compressa úmida estéril.
- Colocar o RN em ambiente livre de látex, pois esse RN esta propicia a reações alérgicas ao látex.
- Realização de exames como tomografia computadorizada e ecocardiograma a serem feitos antes da cirurgia.
- Usa uma proteção abaixo do saco e sobre as nádegas do bebê para evitar contaminação do saco herniado.
- Utilizar sonda de folley para cateterismo sem látex, mantendo o cateterismo de 04-07 dias até a ultrassom esteja agendada.

### **2.3 O papel da enfermagem na assistência**

Para Vieira e Silva (2008) a enfermagem é categorizada uma profissão totalmente comprometida com as inúmeras dimensões do cuidado como: prevenir, proteger, tratar, recuperar, promover e produzir saúde. Evidentemente, tão importante quanto os resultados alcançados é todo o processo que envolve sua atuação dentro do serviço neonatal.

Segundo Horta (1997, p. 45) a enfermagem é:

“a ciência e arte de assistir ao ser humano (indivíduo, família e comunidade), no atendimento de suas necessidades básicas; de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais”.

Na concepção de Martins (2011) a enfermagem enquanto assistência necessita enxergar seu objeto de cuidado (paciente), não como parte isolada de membros e órgãos, mas sim, uma pessoa inteira, que sente, pensa, raciocina, tem medos, desejos e anseios próprios, merecendo ser respeitado como ser integrante de uma família e de uma sociedade.

Martins (2011) ainda discursa que, à atuação de enfermagem esta consagrada pelo modo de fazê-lo, lembrando que o modo de assistência é característico de cada um, porém, o que deve ser feito, a técnica utilizada, necessariamente deve respeitar normas, critérios e rotinas por todos os participantes do cuidado.

Kawamoto (1997) lembra que cabe à enfermagem desenvolver um trabalho de acordo com as orientações da equipe de saúde; essa execução não deverá ser realizada de maneira mecânica, mas utilizando-se de princípios científicos, observação, rapidez de raciocínio e outros instrumentos de trabalho. .

Segundo Calça (2002, p. 11):

“o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo, e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e envolvimento afetivo com outro”.

Sob a visão de Castilho e cols. (2000), a enfermagem na assistência é importante e imprescindível porque tem como característica, perceber as diversas respostas, sejam visuais, táteis, auditivas, o que confere ao ser humano uma qualidade única.

A prestação de cuidados de qualidade se caracteriza pelos seguintes atributos: um alto grau de competência profissional; uso eficiente dos recursos; redução a um nível mínimo de lesões produzidas ou decorrentes da assistência; satisfação dos pacientes quanto às suas demandas, expectativas e acessibilidade aos serviços de saúde; e, um efeito favorável na saúde. (ADAMI; YOSHITOME, 2003).

### **3 METODOLOGIA**

É um estudo retrospectivo de revisão da literatura nos últimos 25 anos sobre os cuidados de enfermagem ao neonato com MMC.

A base de dados pesquisada foi Scielo, e na busca de dados através do portal eletrônico foi utilizado os seguintes descritores: mielomeningocele, assistência de enfermagem e unidade de terapia neonatal. Também foram pesquisados livros, periódicos e revistas sobre o assunto. .

Os critérios de inclusão estabelecidos para a realização deste estudo são: artigos, livros e trabalhos na internet, no período de 1987 a 2012 e somente a malformação congênita do tubo neural: mielomeningocele.

E os critérios de exclusão definidos são: recém-natos portadores de outras malformações e estudos fora deste período (1987 a 2012).

#### **4 DISCUSSÃO**

Após análise de todo o conteúdo consultado nas fontes de pesquisa bibliográfica, relacionadas com o tema proposto, foi possível realizar a discussão do assunto entre os autores.

A leitura nos proporcionou um enriquecimento sobre as técnicas fundamentais envolvidas nos cuidados ao neonato com MMC.

Com relação ao tema abordado, destacamos o estudo de Peterson (2005) que menciona a existência de um protocolo específico, para a assistência de enfermagem no tratamento de MMC. Trata-se de um estudo da literatura internacional que, já valoriza os cuidados de enfermagem de forma planejada e padronizada, representados por um plano assistencial acessível aos profissionais de enfermagem, chamado de protocolo. Os demais estudos pesquisados apenas descrevem os cuidados com esta malformação, relacionando as técnicas imprescindíveis para a prática da assistência de enfermagem.

Diante dos cuidados descritos como necessários e essenciais para ser aplicados na assistência de enfermagem de RN com MMC, durante a hospitalização, percebemos que certos cuidados são um consenso entre os autores. No decorrer do trabalho percebemos que, existem cuidados que não foram unânimes na opinião dos autores, porém também importantes para o tratamento.

Discutiremos em mais detalhes 10 dos 19 cuidados mencionados, escolhidos pelo grau de importância percebido durante o estudo.

Com relação ao cuidado de notificar admissão de neonatos com mielomeningocele, apenas 2 estudos (King Edward Memorial Hospital 2010 e Peterson 2005) mencionam como um dos primeiros e importante cuidado a ser feito é notificar admissão à equipe neurocirúrgica, para que estes, já se programem para um futuro evento cirúrgico nas primeiras 48hs de vida. Acreditamos que os demais autores não valorizam esse cuidado, por talvez acharem ser essa notificação evidente e imprescindível, sendo realizada por todos os hospitais e equipes que se deparam com o caso.

Ainda em relação ao cuidado mencionado acima, deveria acontecer preferencialmente no pré-natal, proporcionando a preparação para o problema, o mais precoce possível, permitindo viabilizar melhor os procedimentos. O ganho de tempo, neste

caso, seria sem dúvida considerável e importante para o prognóstico do paciente em questão e o nascimento do bebê passaria a ser um acontecimento mais tranquilo para a equipe de saúde. Logo, é relevante que este cuidado esteja inserido na prática da assistência sistematizada.

O cuidado de cobrir a lesão foi valorizado com unanimidade pelos autores, dado a sua importância para sobrevivência deste bebê. Por isso, a necessidade de manter a lesão umedecida com soro fisiológico foi abordada pelos autores: Gaíva e Modes (2006), Kim e Borelli (1996), Tamez e Silva (2002), King Edward Memorial Hospital (2010) e Peterson (2005). Esse cuidado foi destacado como imprescindível, a fim de, manter a lesão protegida de rupturas, perda de líquido e calor, evitando com isso o ressecamento das membranas.

Além disso, vale ressaltar que somente Tamez e Silva (2002) chamam atenção para necessidade da troca da compressa úmida cada 2 horas e também a importância da compressa estar morna, com o objetivo de contribuir para preservação das estruturas expostas, aumentando a vascularização. Gaíva e Modes também corroboram com esta ideia, porém divergem apenas no tempo de intervalo que deve ser de 3 a 4 horas.

Diante da argumentação dos autores, percebemos que cobrir lesão com compressa úmida é ação prioritária, e o intervalo da troca da compressa úmida, assim como o uso da compressa morna, são ações que qualificam a assistência prestada.

Sobre o cuidado da correta posição do neonato, o decúbito ventral foi descrito por Gaíva e Modes (2006), Kim e Borelli (1996), Tamez e Silva (2002), Nelson (1990) e Peterson (2005), como sendo a posição ideal para evitar o contato da lesão com o leito do RN, impedindo desta forma a contaminação e o rompimento da lesão. Nessa posição fica mais fácil visualizar o local e fazer as manipulações necessárias, neste caso, os autores reforçam ainda a contraindicação do decúbito dorsal.

Ainda relacionado à mudança de decúbito, somente Tamez e Silva (2002) e Gaíva e Modes (2006), consideram necessário alternar o decúbito entre: ventral, lateral direito e lateral esquerdo, durante o período de internação, com intervalo de 2 a 3 horas. No entanto, os demais não mencionam a valorização desse procedimento, acreditamos que isso se deve ao fato de, respeitarem a manutenção constante da posição em decúbito ventral, considerando o risco de contaminação da membrana exposta e a restrição ao excesso de manipulação.

Outro cuidado abordado foi com relação à higiene íntima, com objetivo de evitar a contaminação da lesão por sujidade. Destacam-se os autores: Gaíva e Modes

(2006), Kim e Borelli (1996), Tamez e Silva (2002) e King Edward Memorial Hospital (2010) e Peterson (2005) que se preocupam e dão ênfase a uma atenção devida para prevenção da sujidade no local da lesão. Sendo impreterível, evitar o contato de eliminações fisiológicas com área do tecido exposto, já que há possibilidade de contaminação da membrana devido à proximidade da lesão com a região perianal.

Sendo necessário o extremo cuidado com relação à troca da fralda periodicamente, na tentativa de evitar tal contato. O protocolo de Utah citado por Peterson (2005) faz menção ao uso de uma proteção específica usada abaixo da lesão e sobre as nádegas para evitar contaminação do saco herniado.

O cuidado que envolve observar sinais de infecção é valorizado pelos autores: Tamez e Silva (2002), Gaíva e Modes (2006) e Nelson (1990), devido a fato da existência de grande possibilidade de: contaminação do saco herniado, traumas, infecções devido à exposição da membrana. Por estas razões o cuidado com relação à infecção da lesão deve ser criterioso com a máxima atenção, pois quando um sinal de infecção é percebido a tempo, torna-se um diferencial na vida desses neonatos. Sendo a infecção um ponto crítico para o bebê, não se pode negligenciar este cuidado, justificando assim a importância de estar inserido num plano assistencial.

Associado ao cuidado acima mencionado vale lembrar que, Tamez e Silva (2002), Kim e Borelli (1996) e Peterson (2005) ressaltam a importância do cuidado de administrar antibioticoterapia, de forma profilática ou terapêutica. O uso deste é explicado pelo fato destes bebês terem grande risco em adquirirem infecções, devido à exposição da membrana. Está comprovada que as crianças com esta malformação, têm maior probabilidade de ser infectadas por diversas bactérias, dentre elas a estreptococos do grupo B (ZUPANCIC, 2005).

Ainda sobre a reflexão do cuidado de administrar antibiótico faz-se necessário entender que a enfermagem atua cumprindo prescrição médica, por sua vez, tem a função puncionar um acesso venoso quando solicitado início de antibiótico para o paciente. Sendo assim, cabe dentro da assistência de enfermagem também a responsabilidade de manter via de acesso pérvia, limpa e segura.

Ressaltamos também o cuidado de realizar cateterismo vesical, Tamez e Silva (2002) e Nelson.(1990), ambos mencionam a necessidade de ser utilizado cateterismo de alívio em detrimento ao de demora. Gaíva e Modes (2006) e Peterson (2005) descrevem que deve apenas seguir a rotina da unidade, e ainda este último no protocolo de Utah mencione a possibilidade de ser realizado cateterismo de demorar de 4 a 7 dias.

A importância desse cuidado está relacionada com a possibilidade destes pacientes apresentarem bexiga neurogênica, bem como evitar ocorrência de infecção urinária, sendo necessário este tipo de intervenção como medida de conforto e prevenção..

Com relação ao cuidado de observar sinais e sintomas, percebemos durante o estudo a importância atribuída aos aspectos relacionados: a alterações neurológicas, perímetro cefálico e reflexos pupilares. Segundo os autores: Tamez e Silva (2002), Gaíva e Modes (2006) e Nelson (1990), tais atenções fazem parte das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem, envolvendo todo o período de tratamento destes neonatos.

Lembrando que cabe a enfermagem as tarefas de vigiar: o aumento do perímetro cefálico e da fontanela, hipertensão craniana, dilatação das veias do couro cabeludo, vômitos, irritabilidade, crises convulsivas, alteração do estado de consciência e simetria da pupila. Quanto à avaliação das pupilas Tamez e Silva (2002) determinam ainda que este cuidado seja desenvolvido a cada 2 horas.

Outro ponto discutido como imprescindível na assistência desses bebês diz respeito à realização do curativo cirúrgico da ferida operatória. Sob a reflexão dos autores Tamez e Silva (2002), Gaíva e Modes (2006) e Kim e Borelli este é um cuidado fundamental para recuperação do neonato, diante dos riscos eminentes de uma cirurgia, descrevem a necessidade deste cuidado de acordo com as normas técnicas de curativo cirúrgico.

Com relação ao intervalo para troca do curativo, não houve um consenso entre os autores estudados, porém observou-se que a importância está compreendida em manter curativo estéril, limpo e seco; qualquer observação de extravasamento de secreção, líquido e outros, o curativo obrigatoriamente tem que ser trocado, cabendo à enfermagem este cuidado. Por isso, quando compreendido dentro de um plano assistencial possibilita a realização dentro de um padrão estabelecido e seguido unicamente por toda a equipe, significando maior eficácia na recuperação cirúrgica.

Por fim, destacamos o cuidado que o profissional de enfermagem deve ter com a família e emocional do neonato. Dos estudos, 5 autores: Gaíva e Modes (2006), Kim e Borelli (1996), Tamez e Silva (2002) e King Edward Memorial Hospital (2010) e Peterson (2005) indicam a importância da valorização e acolhimento da família, assim como promoção do vínculo mãe e bebê e o esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento por parte da equipe de enfermagem. Principalmente porque são os profissionais de enfermagem que mais diretamente estão ligados ao convívio do neonato com a família.

Ficando claro que o papel da enfermagem abrange um leque de ações que vai

das técnicas práticas desenvolvidas na assistência até a responsabilidade de estimular e proporcionar o vínculo mãe-bebê, apoiar, orientar e educar quanto aos cuidados estabelecidos como necessários após ter alta hospitalar.

Registramos nesta discussão um resumo de alguns cuidados, considerados mais necessários à sobrevivência do neonato e destacamos o quanto a assistência de enfermagem precisa atuar conscientemente acerca das técnicas do cuidado, próprias desta malformação.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo me fez pensar sobre a importância da temática acerca do neonato com mielomeningocele, uma vez que, trata-se de uma malformação com alto comprometimento para a vida desta criança. É constatado pela pesquisa, um assunto pouco explorado, tendo em vista a escassez de trabalhos científicos sobre o assunto.

Diante do material encontrado, ficou claro que as técnicas descritas pelos autores com relação ao cuidado específico do recém-nato com mielomeningocele, respondem bem ao entendimento que esta assistência merece um olhar diferenciado. Os profissionais, que atuam na unidade de terapia intensiva, necessitam estar habilitados para eventual surgimento de um evento como este.

Acredito que o estabelecimento de um plano assistencial técnico e científico destinado ao cuidado desta clientela, subsidiará a prática da assistência de enfermagem voltada a esses pacientes. Dessa forma, o uso de técnicas padronizadas e a conscientização do quando, onde e por que fazer, possibilitam aos profissionais de enfermagem maior segurança e certamente representa um diferencial positivo na recuperação do bebê.

O estudo nos permitiu também, perceber que a proposta de um plano assistencial, como estratégia de trabalho, contribui para que quaisquer dúvidas ou mesmo vícios de experiência de trabalhos anteriores deixam de existir e corrobore sim, para uma assistência científica, atualizada e aprimorada. E assim, possibilita os profissionais conquistarem conhecimento e mais autonomia para desempenho de suas funções.

Outro ponto percebido durante a pesquisa foi o lado emocional deste bebê que sofre uma série de intervenções, em tão pouco espaço de tempo, exposto a excessivas manipulações. Com o intuito de minimizar os possíveis traumas, valorizo que a

enfermagem tenha necessidade de intervir com atitudes holística e humanizada.

Lembrando que a inserção da família no cuidado, as orientações e esclarecimentos de dúvida sobre o tema, incluindo as informações para o pós alta, fazem parte de uma assistência eficaz e comprometida com a saúde deste neonato.

Entretanto, estudo nos proporciona como considerações finais: a ideia de um plano assistencial, representado por um guia norteador das ações de enfermagem no tratamento de mielomeningocele, qualificação do profissional de enfermagem dentro da unidade terapia intensiva neonatal e conseqüentemente uma assistência de qualidade, diferenciada e, sobretudo a possibilidade de um prognóstico melhor com menor tempo de hospitalização para estes recém-nascidos acometidos por esta malformação fetal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, N. P.; YOSHITOME, A. Y. Métodos de avaliação de resultados da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.56, n.1, p.52-56, 2003.

ANANIAS FILHO, A. Comentários de outros especialistas: a pediatria. In: SPERS, V. R. E.; GARBELLINI, D.; PENACHIM, E. de A. S. (Org.). **Mielomeningocele: o dia a dia, a visão dos especialistas e o que devemos esperar do futuro**. Piracicaba: Unigráfica, 2011. p.81-87

CALÇA, A. A. O parto humanizado na visão da mulher-parturiente. **Recenf - Rev. Téc. Cient. Enferm.**, v.1, n.6, p.414-420, 2002.

CASTILHO, S. A.; PIRES, D. E. P. O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada. **Texto & Contexto Enferm.**, v.9, n.2, p.274-287, 2000.

FUJISAWA, D. S. et al. **Qualidade de vida de mães de crianças com mielomeningocele**. Disponível em: <<http://www.psiquiatriainfantil.com.br/congressos/uel2007/153.htm>>. Acesso em: 12 maio 2012.

GAIVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. dos A. A criança com espinha bífida: bases para o cuidado de enfermagem. In: LEITE, M. M..J.(Coord.). **PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente**. Porto Alegre: ArtMed, 2006. (Ciclo 5. Módulo 2). p.73-105.

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

KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de enfermagem**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: EPU, 1997.

KING EDWARD MEMORIAL HOSPITAL. Care of the infant with myelomeningocele, **NCCU Clinical Guidelines**, 2010. (Section: 13 Surgical Conditions). Disponível em:<<http://www.kemh.health.wa.gov.au/services/nccu/guidelines/documents/7366.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2012.

KIM, C. A.; BORRELL, J. G. Assistência nas malformações congênicas do recém-nascido. In: LEONE, C. R.; TRONCHIN, D. M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.213-222.

LUCARELI, P. R. G. **Análise de marcha em mielomeningocele**, 2002. Disponível em: <[www.fisioterapia.com.br/publicações/mielomeningocele](http://www.fisioterapia.com.br/publicações/mielomeningocele)>. Acesso em: 18 mar. 2003.

MARTINS, S. V. R. da S. Terapia ocupacional em mielomeningocele. In: SPERS, V. R. E.; GARBELLINI, D.; PENACHIM, E. de A. S.(Org.). **Mielomeningocele: o dia a dia, a visão dos especialistas e o que devemos esperar do futuro**. Piracicaba: Unigráfica, 2011. p.187-194.

NELSON, W. E. **Nelson: tratado de pediatria**. 13.ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1990. Tradução de: Nelson textbook of pediatrics.

PETERSON, P. Care of the patient with myelomeningocele. **Clinical Protocols and Procedures**, nov. 2005. Disponível em: <[Newborn MyelomeningoceleProtocol PCMC\(2\).pdf](#)>. Acesso em: 08 nov. 2012.

RODRIGUES, B. G. de S. **Mielomeningocele**, 2006. Disponível em: <[http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/mielo\\_brena/mielomeningocele.htm](http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/mielo_brena/mielomeningocele.htm)>. Acesso em: 09 nov. 2012.

SILVA, N. D.; VIEIRA, M. R. R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.15, n.3, p.110-116, 2008.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. Distúrbios neurológicos. In: TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém nascido de alto risco**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 10.

VICENTE, A. S.; ALVES, A. A. R.; PEPES, C. Mielomeningocele: a importância da integração entre comissão de curativos e enfermagem neonatal na cicatrização de lesões. **Rev. Estima**, v.8, n.3, p. 27-33, 2010.

ZUPANCIC, J. A. F. Neurologia: defeitos do tubo neural. In: CLOHERTY, J.P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.477-483.