

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS RECÉM-NASCIDOS COM DOENÇA DE CHAGAS CONGÊNITA

Ruth Natalia Teresa Turrini*
Neusa Keico Sakita**
Miyako Goto**

TURRINI, R.N.T.; SAKITA, N.K.; GOTO, M. Assistência de enfermagem aos recém-nascidos com doença de Chagas congênita. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 21(2):93-105, ago. 1987.

No Brasil, devido à urbanização das enfermidades rurais tornou-se importante que os serviços de saúde estejam preparados para detectar precocemente essas infecções, controlar a propagação e assistir esses doentes. As autoras fizeram um levantamento bibliográfico sobre a doença de Chagas congênita, apresentaram um caso com evolução positiva e descreveram os cuidados de enfermagem e os respectivos objetivos.

UNITERMOS: *Doença de Chagas. Recém-nascidos. Cuidados de Enfermagem.*

INTRODUÇÃO

Com o objetivo de divulgar a prestação de assistência de enfermagem aos recém-nascidos com infecção chagásica congênita, este estudo apresenta inicialmente o resultado de um levantamento bibliográfico que, na sua maioria, é de autores médicos e de artigos publicados em periódicos estrangeiros.

Em relação à assistência de enfermagem não foi encontrada referência alguma sobre o assunto.

O estudo de caso e a assistência de enfermagem descritos a seguir são resultado de uma experiência vivenciada no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O Hospital das Clínicas, como hospital de ensino e autarquia ligado diretamente à Casa Civil do Estado de São Paulo, compreende o Instituto Central, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Instituto de Psiquiatria, Instituto da Criança, Instituto do Coração, Prédio dos Ambulatórios, Prédio da Administração e Prédio da Residência Médica. Os

* Enfermeira do berçário externo de recém-nascidos do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP.

** Supervisora de Setor Hospitalar do berçário externo de recém-nascidos do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Institutos são dependentes entre si quanto às consultas médicas, exames e materiais.

O Instituto da Criança é uma Instituição de nível terciário, que serve de centro de referência especializado, pois recebe pacientes não só do Estado de São Paulo, como também de outros Estados do País. Abrange tanto a parte de pronto-socorro e internação quanto o atendimento ambulatorial especializado. Quando possível, os pacientes são encaminhados aos recursos de nível primário da própria comunidade.

Com a urbanização e a conquista de novas técnicas seria de se esperar que a incidência de doenças encontradas em países em desenvolvimento, "mais atrasados", diminuísse, mas o que se tem observado é que está havendo aumento da urbanização de "enfermidades rurais", decorrentes da migração do campo para a cidade, do empobrecimento da população e de suas péssimas condições sanitárias. Nota-se, atualmente, no desenvolvimento brasileiro, uma associação de doenças "desenvolvidas e subdesenvolvidas"⁸. Em virtude disto, torna-se importante que os serviços de saúde estejam preparados para detectar precocemente as doenças, controlar sua propagação e assistir os doentes.

"A Doença de Chagas ou tripanosomose americana é a infecção causada pelo protozoário *trypanosoma cruzi*. Independente de clima, altitude e temperatura, foram registrados casos desde o sul dos Estados Unidos até o sul da Argentina, e desde localidades situadas no litoral até planaltos de mais de 2.500 m de altitude como no Peru. É na América do Sul, principalmente na Argentina, Brasil, Chile, Uruguai e Venezuela que a Doença de Chagas constitui grave e alarmante problema de Saúde Pública, dada sua difusão por extensas áreas. No Brasil, os Estados de Minas Gerais, Goiás, Bahia, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul são os que apresentam a mais alta endemicidade"¹⁹.

De 1973 até junho de 1986, o Instituto da Criança recebeu 3 casos de infecção chagásica congênita: um em 79, com morte do paciente e os outros em 84 e 85 que até o momento estão evoluindo sem intercorrências.

Uma vez que a literatura de enfermagem nada menciona especificamente sobre o assunto, sentimos a necessidade de fazer revisão da literatura sobre Chagas congênita e, a partir daí, procurarmos determinar em que consistiria a assistência de enfermagem a esses recém-nascidos, uma vez que, com a melhoria dos recursos diagnósticos e assistenciais, o prognóstico passou a ser melhor.

A Doença de Chagas Congênita

O primeiro registro de infecção chagásica congênita foi, de acordo com BITTENCOURT³ e HOWARD¹¹ feita pelo próprio Carlos Chagas, em 1911, ao observar dois recém-nascidos com crises convulsivas, produtos de uma gravidez tripla, que faleceram com seis e oito dias de vida

e cujas autópsias revelaram infecção chagásica aguda. BITTENCOURT³ explica que os achados de Chagas suscitaram alguns trabalhos experimentais, que comprovaram a transmissão placentária nas fases aguda e crônica da infecção materna.

Até 1973, 89 casos haviam sido relatados: 31 no Brasil, 38 no Chile, 14 na Argentina e 6 na Venezuela⁵.

Incidência

As observações de BITTENCOURT e col.^{6, 18} mostram que a tripanomose congênita é freqüente entre os abortos e recém-nascidos prematuros, sendo rara em conceptos de termo.

O número de casos descritos na literatura dá a impressão de que a infecção chagásica congênita ocorre com pouca freqüência. No entanto, outros dados mostram que a freqüência não é baixa. Em seu artigo, BITTENCOURT⁵ cita que HOWARD & RUBIO¹² relataram que em um centro de prematuros em Santiago, Chile, aparecia um caso de moléstia de Chagas em cada 200 prematuros pesando menos de 2 Kg e que SALEME e col.¹⁶, em Tucumã, Argentina, registraram 10 casos entre 425 prematuros estudados. Em Salvador, Bahia, a incidência de transmissão congênita de Chagas entre nativos e natimortos de mães chagásicas, com peso igual ou inferior a 2 Kg, é de 10,5%³.

Segundo DELGADO¹⁰, a freqüência de transmissão do *T. cruzi* de pessoas infectadas para a prole é de 2 a 4%.

Transmissão

O *T. cruzi* é transmitido por vetores pertencentes à família *Reduviidae*, sub-família *Triatominae*, os quais são hematófagos. A infecção ocorre quando as formas infectantes presentes nas fezes do barbeiro penetram pela mucosa ou pele lesada do hospedeiro. A camada córnea da epiderme oferece resistência à penetração do parasita⁹. Ao lado da transmissão por insetos, a infecção também ocorre por transfusão sanguínea, assim como por via transplacentária⁷. HOWARD¹¹, em sua monografia, diz que a possibilidade de transmissão pelo leite materno foi demonstrada experimentalmente em cobaias por Natan Larrier. O único caso que permite, com certo fundamento, suspeitar da possibilidade de que o *T. cruzi* se transmita pelo leite, é o relatado por MAZZA e col¹³ em 1936.

Segundo BITTENCOURT⁵, o *T. cruzi* alcança o feto por disseminação hematogênica através das vilosidades da placenta. Os tripomastigotas, formas infectantes do parasita, penetram pelo trofoblasto; uma vez dentro das vilosidades, os tripomastigotas tornam-se amastigotas e penetram nas células de Hofbauer, até serem liberados para a circulação fetal como tripomastigotas. Além das células trofoblásticas do córion da placenta e das células de Hofbauer, TAFURI e col.¹⁸, em um estudo por

meio de microscopia eletrônica, em 1984, encontraram parasitas em células musculares degeneradas e fibroblastos da parede vascular.

A transmissão congênita da Doença de Chagas pode ocorrer em qualquer fase da doença materna; na fase aguda, a parasitemia é persistente e intensa, por essa razão, o risco de transmissão é maior; este período, no entanto, é muito curto, o que poderia explicar a razão pela qual poucos casos foram relatados nessa fase; por outro lado, na fase crônica há parasitemia intermitente e, portanto, a transmissão também pode ocorrer; na maioria dos casos, a mãe é assintomática, podendo estar, portanto, na fase indeterminada ou no período assintomático da fase crônica^{5,14}.

BITTENCOURT⁴ verificou mulheres grávidas com parasitemia que não transmitiram a infecção ao feto, portanto, os fatores que levam à transmissão da infecção chagásica congênita ainda não estariam, nessa altura — 1937 — bem definidos.

Conforme BITTENCOURT⁵ menciona, alguns autores acreditam que os tripomastigotas têm de encontrar uma lesão prévia no trofoblasto para poderem penetrar no córion da placenta. Segundo BITTENCOURT⁵, de acordo com RASSI e col.¹⁵, o trofoblasto constitui uma barreira à penetração do *T. cruzi*. Eles descreveram uma paciente na fase aguda da doença que deu à luz uma criança sem infecção; ao exame anatomopatológico, a placenta mostrava trofoblastos vilosos repletos de amastigotas, que n.o puderam ser contratados dentro das vilosidades.

DELGADO e col.¹⁰ acharam que tanto a resposta humoral quanto a celular estão envolvidas com a infectividade e a patogenicidade da infecção. A fagocitose e a lise pelo complemento sérico podem ser os principais mecanismos de defesa em experiências com cobaias infectadas por *T. cruzi*. O sistema fagocitário da placenta alantóide é constituído pelas células de Hofbauer encontradas principalmente no compartimento extracelular, vilosidades coriônicas, córion e âmnion. As células de Hofbauer têm receptores IgG (Imunoglobulina G) que executam funções imunofagocitárias e poderiam destruir o *T. cruzi*. O trofoblasto da placenta alantóide também é capaz de fagocitose, que poderia servir como mecanismo nutricional e de defesa.

ANDRADE e col.² estudaram cepas diferentes de *T. cruzi* de cinco gestantes para determinar o possível papel das diferentes cepas na infecção congênita; a única diferença encontrada foi o nível de parasitemia e a mortalidade em infecções experimentais.

Aspectos Clínicos

As crianças infectadas podem apresentar os sintomas de infecção chagásica congênita ao nascer ou alguns meses depois. Na fase aguda, as manifestações clínicas são semelhantes à doença adquirida. As manifestações clínicas mais frequentes são: hepatoesplenomegalia, anemia,

icterícia, edema, petéquias, tremores e convulsões. A hepatoesplenomegalia é encontrada na maioria dos casos. A anemia pode ser tão severa que seja necessário submeter a criança à transfusão de sangue. Geralmente, a icterícia é devida ao aumento da bilirrubina não conjugada ^{3, 5, 11}.

A meningoencefalite também foi observada, embora possam ocorrer lesões do sistema nervoso central sem sintomas. Lesões necróticas e hemorrágicas foram encontradas na pele e mucosa oral de recém-nascidos. Tais lesões são consideradas chagomas hematogenicamente disseminados ⁵.

As manifestações gastrintestinais são muito importantes. BITTENCOURT ⁵ descreveu dois casos: uma criança teve disfagia a partir do nascimento e morreu com cinco meses, sendo encontrados na autópsia, infiltrados inflamatórios generalizados com destruição das células nervosas do plexo mioentérico; outra criança teve regurgitação a partir do terceiro dia de vida e morreu dois meses depois; na autópsia, o esôfago exibiu inflamação difusa e uma redução da população neuronal do plexo mioentérico. BITTENCOURT ⁵ menciona que TAFURI e col. ¹⁷ descreveram aspectos radiológicos de um caso congênito, onde detectaram distúrbios peristálticos e dilatação do esôfago.

O grau de seqüelas só pode ser avaliado através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças.

Diagnóstico

As manifestações clínicas da doença de Chagas congênita são similares às encontradas em outras infecções perinatais como sífilis, toxoplasmose, infecção por inclusão do citomegalovírus. A similaridade entre doença de Chagas congênita e eritroblastose fetal também já foi apontada ⁵.

O diagnóstico da infecção congênita por doença de Chagas é feito pela demonstração da presença de formas tripomastigotas no sangue circulante obtidas de esfregaço de sangue fresco, ou de uma gota espessa de sangue. Há outra técnica em que o *T. cruzi* é procurado após a centrifugação do sangue (método de Strout). Quando termina a fase aguda, o número de microrganismos diminui. Nesse estágio, o xenodiagnóstico é o mais indicado. De acordo com BITTENCOURT ⁵, no diagnóstico precoce da infecção congênita, Stagno e Hiritado introduziram recentemente a reação imunofluorescente indireta usando anti-IgM (Imunoglobulina M). Esta reação detecta IgM de origem fetal e demonstra sua especificidade em relação ao antígeno particular ¹.

A reação de Machado-Guerreiro, geralmente, tem resultado negativo na fase aguda da doença. No entanto, ao nascer, crianças de mães chagásicas podem ter a reação positiva, mesmo sem estarem infectadas. Esta reação positiva é devida à passagem de anticorpos maternos através

da placenta. Em crianças não infectadas, esta reação desaparece por volta do 40º dia. Em casos de infecção, a reação permanece positiva.

Apresentação de um Caso

Como foi referido no início deste trabalho, o Instituto da Criança recebeu uma das crianças com infecção chagásica congênita em 13-08-1985, que fora encaminhado pelo Hospital Amparo Maternal, e ficou internada até 30-10-1985.

Os principais dados colhidos de interesse sobre a criança foram os seguintes: L. S. B. de sexo feminino, cor negra, nascida de parto cesáreo, com peso de 1.420g, prematura; permaneceu internada por 8 dias na maternidade de origem, onde no 5º e 6º dias foi submetida a fototerapia. Chegou ao Instituto da Criança com 8 dias de vida, com hipótese diagnóstica de septicemia e pesando 1.200 g; apresentava-se hipotérmica, hipoativa, descorada, com cianose perioral, turgor diminuído, hepatomegalia, sopro sistólico, taquipnéia e icterícia. Estava com sonda nasogástrica fechada.

Nos exames realizados foram obtidos os seguintes resultados: no hemograma foram encontradas formas sugestivas de *T. cruzi*, confirmadas, depois, pelo exame da gota espessa de sangue, o qual negativou-se no 9º dia de uso de Benzonidazol (fêz uso por 60 dias); na urocultura e hemocultura foi isolada *Klebsiella*, tratada esta com cefoxitina por 16 dias; no ultrassom de crânio foram percebidas certas alterações sugestivas de hemorragia intracraniana; não havendo evolução dessas alterações nos exames seguintes de ultrassom, pensou-se em anóxia perinatal; no exame de fundo de olho, o resultado foi normal; e o exame cardiológico sugeriu uma permanência de canal arterial, que foi tratada com furosemida por 31 dias.

Como intercorrências a paciente apresentou impetigo e, no 43º dia de vida, icterícia mais acentuada (padrão colestatício).

O tratamento incluiu, ainda, nutrição parenteral prolongada (NPP) por 11 dias. No 2º dia de internação foi iniciada dieta com leite materno ou leite de vaca a 7,5%. Por a paciente apresentar vômitos frequentes e regurgitação, passou a receber leite engrossado com farinha de aveia por sonda gástrica e depois por via oral. Recebeu alta no 80º dia de vida, icterícia, descorada, sem hepatomegalia e com peso de 2.140g.

Na entrevista com a mãe soubemos que esta morara há seis anos em casa de pau a pique, em São Domingos, próximo a Belo Horizonte, área endêmica de Chagas. Foi feito exame sorológico da mãe, com resultado positivo para Doença de Chagas, sendo ela encaminhada para o Ambulatório de Moléstias Infeciosas do Hospital das Clínicas. A mãe tinha outro filho, de 1 ano e 4 meses, sadio e o pai também era sadio. Como a família quase não comparecia ao berçário, solicitamos uma visita domiciliária; nesta foi verificada que os pais residiam numa chá-

cara pertencente a um tio-avô da mãe da criança, e que o marido trabalhava numa oficina mecânica ganhando salário mínimo, e fazia “bis-cates” nos fins de semana. A casa era de alvenaria, com dois cômodos e um banheiro externo, e dispunha de um pomar e uma horta.

Assistência de Enfermagem

No Berçário de recém-nascidos externos do Instituto da Criança é utilizado um plano de assistência de enfermagem, que facilita o trabalho em equipe multiprofissional, pois permite a visualização esquemática de todos os cuidados prestados ao paciente. Devido ao tipo de instituição, que pode contar com recursos humanos e materiais, é possível prestar assistência adequada ao paciente.

A assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido, descrito anteriormente, será relatada esquematicamente no quadro abaixo. Embora a intercorrência relatada fosse peculiar a esta criança, as ações básicas do processo de assistência puderam ser aplicadas aos demais recém-nascidos.

O preparo da unidade é feito por qualquer dos integrantes da equipe de enfermagem sob orientação da enfermeira. Todo material da unidade é de uso individual da criança.

Para o preparo da unidade devem ser providenciados:

- incubadora pré-aquecida;
- colchão d'água aquecido;
- monitor cárdio-respiratório;
- aspirador de secreções;
- O₂ seco;
- O₂ úmido;
- termômetro;
- estetoscópio;
- fita métrica;
- plano de assistência.

Toda criança assim que chega à unidade é submetida a verificação de peso e temperatura, identificação plantar, banho de imersão e exame físico sumário para levantamento das suas necessidades imediatas e elaboração do plano de assistência de enfermagem.

Quadro demonstrativo dos problemas e necessidades identificados de um recém-nascido com doença de Chagas congênita e a assistência de enfermagem prestada.

NO ATO DA INTERNAÇÃO

Problemas/necessidades	Justificativa/objetivos da assistência	Assistência de enfermagem
1. Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a temperatura estável, pois a hipotermia leva à hipoglicemia, cianose e apnéia; • Manipular a criança o menos possível. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar em incubadora pré-aquecida com colchão d'água; • prestar cuidados dentro da incubadora; • controlar a temperatura de 4 em 4 horas; • agrupar os cuidados de forma a abrir a incubadora o menos possível.
2. Cianose perioral	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a perfusão periférica e a oxigenação dos tecidos; • permitir maior permeabilidade das vias aéreas superiores (VAS). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ligar 3l de O₂ na incubadora enquanto a criança não for avaliada pelo médico; • manter a criança em decúbito elevado com coxim sob as espáduas.
3. Sopro sistólico e taquipnéia	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar crises de apnéia e bradicardia; • evitar lesões de pele que constituem uma porta de entrada para microrganismos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar sinais vitais; • monitorizar a criança; • utilizar fita adesiva porosa na fixação dos eletrodos e evitar trocas desnecessárias.
4. Sonda nasogástrica (SNG)	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a respiração, pois os prematuros só respiram pelo nariz; • evitar vômitos e distensão abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • substituir a sonda nasogástrica por uma orogástrica (SOG); • manter a sonda aberta para verificar se há resíduo gástrico, para futura realimentação.
5. Eliminação urinária	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar função renal e o estado de hidratação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer controle de diurese; • verificar a densidade urinária.
6. Eliminação intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o funcionamento intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar frequência e características das evacuações
7. Identificação da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar trocas de crianças. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer identificação com pulseira.
8. Ansiedade dos pais	<ul style="list-style-type: none"> • Tentar diminuir a ansiedade dos pais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a família quanto à rotina da unidade e aos regulamentos do hospital.

**DURANTE A PERMANÊNCIA NA CLÍNICA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIÁRIA**

Problemas/necessidades	Objetivo da assistência	Assistência de enfermagem
1. Infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir infecção cruzada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos antes e depois de manipular a criança; • fazer isolamento regional, isto é, dentro da incubadora; • manipular a criança com luvas.
2. Sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar qualquer anormalidade das funções pulmonar e cardíaca e de temperatura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar sinais vitais de 6 em 6 horas; • observar perfusão periférica, alteração do padrão respiratório, retração de fúrcula e subdiafragmática, batimento de asa de nariz; • aspirar VAS se necessário; • manter o alarme do monitor cardio-respiratório ligado.
3. Peso	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a evolução ponderal e servir de apoio para a prescrição médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar diariamente.
4. Eliminação intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o funcionamento intestinal pois podem apresentar megacólon. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a frequência e os aspectos das evacuações; • observar se há distensão abdominal; • estimular o funcionamento intestinal com cotonete embebido em óleo de amêndoas ou vaselina se necessário.
5. Eliminação urinária	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a função renal; fez uso de medicamento nefrotóxico e diurético; • avaliar o estado de hidratação, pois apresentava vômitos frequentes; • detectar hiperglicemia pois recebeu NPP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer controle de volume urinário; • verificar a densidade urinária; • verificar glico-cetonúria.

Problemas/necessidades	Objetivo da assistência	Assistência de enfermagem
6. Higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar conforto à criança e evitar acúmulo de sujeira; • evitar assaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar banho no leito, (enquanto a criança não puder sair da incubadora), com água e sabão neutro; fazer a higiene das cavidades auricular e nasal com cotonetes ou fusos de algodão embebidos em água destilada; fazer higiene oral com água bicarbonatada a 3% e higiene ocular com soro fisiológico ou água destilada de 6 em 6 horas. Em cada troca de fraldas, fazer higiene do períneo com água e sabão neutro.
7. Áreas de pressão	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar escaras de decúbito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer mudança de decúbito da criança de 2 em 2 horas; se esta estiver em colchão d'água, a mesma pode ser feita de 4 em 4 horas.
8. Terapia medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Cura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar a medicação conforme prescrição médica e observar os efeitos colaterais.
9. Terapia parenteral	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar aporte calórico e hidroeletrólítico; • diminuir o risco de contaminação; • detectar sinais de desidratação, hipervolemia, retenção hídrica, hipo ou hiperglicemia, hipocalcemia; • evitar hipervolemia (criança cardiopata e prematura) e hipo ou hiperglicemia; • manipular livremente a criança e facilitar a ultrassonografia de crânio sem interromper a NPP; • evitar flebites, edema e infiltração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar a NPP, conforme prescrição, com técnica asséptica; • trocar a NPP e o equipo cada 24 horas; • observar tremores, edemas, textura da pele e umidade das mucosas; • usar perfusor, se possível, ou fazer controle rigoroso de gotejamento; • puncionar veias em local de fácil acesso; • evitar que o "scalp" permaneça mais de 24 horas na mesma veia; • checar local da punção venosa freqüentemente.

Problemas/necessidades	Objetivo da assistência	Assistência de enfermagem
10. Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar aporte nutricional adequado afim de suspender a alimentação parenteral; • evitar vômitos e regurgitação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar dieta conforme prescrição médica; • observar aceitação da dieta; • observar vômitos, regurgitação e distensão abdominal; • pegar a criança no colo ou mantê-la em decúbito elevado durante a mamada; • permitir descansos frequentes durante a mamada; • levantar a criança apoiando a sua cabeça no próprio ombro (enfermeira) após as mamadas e, se possível, colocar em "bebê conforto".
a) por sonda gástrica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular reflexo da sucção e deglutição para posterior alimentação por via oral; • evitar obstrução da sonda e áreas de pressão; • evitar erosão da gengiva que prejudica o crescimento de dentes no futuro; • evitar necrose de asa de nariz por compressão e isquemia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular sucção com chupeta durante a aplicação de alimentos pela sonda gástrica; • trocar a sonda cada 48 horas; • se for usada sonda orogástrica, mudar a sua posição na boca, cada 48 horas; • se for usada sonda nasogástrica, mudar de narina, cada 48 horas.
b) via oral	<ul style="list-style-type: none"> • evitar aspiração de resíduos alimentares, pois a criança pode apresentar certo grau de incoordenação peristáltica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer a dieta por via oral lentamente e com cuidado;
11. Impetigo	<ul style="list-style-type: none"> • Curar a infecção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Romper as pústulas com gaze embebido em álcool iodado; • dar banho com permanganato de potássio 1:40.000, 3 vezes ao dia; • passar pomada tópica conforme prescrição médica, após banho com permanganato de potássio.

Problemas/necessidades	Objetivo da assistência	Assistência de enfermagem
12. Ansiedade da família	<ul style="list-style-type: none"> • Tentar diminuir a ansiedade e angústia da família devido à hospitalização da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio emocional à família; • orientar pais a participarem do grupo de pais; • convocar a família, por intermédio da assistente social, se a mesma não comparecer ao hospital.

No Instituto da Criança estão previstas três visitas domiciliárias por mês para prematuros, por ocasião da alta. Esta foi uma das crianças escolhidas pois a mãe raramente comparecia ao hospital.

Por ocasião da alta a mãe foi orientada quanto a:

- higienização da criança;
- medicação prescrita;
- retorno ambulatorial;
- alimentação (reforço da orientação recebida da nutricionista);
- posição da criança após as mamadas;
- matrícula da criança em Posto de Saúde;
- esquema de vacinação;
- seguimento de seu tratamento para Doença de Chagas.

CONCLUSÃO

Na infecção chagásica congênita, a assistência de enfermagem consiste no cuidado do prematuro principalmente no que se refere à manutenção da temperatura, monitorização dos sinais vitais, prevenção de infecções (principalmente cuidado na manipulação com sangue para evitar auto-infecção), detecção de sinais e sintomas de complicações, cuidados na aplicação da terapia indicada e realimentação dessa criança devido à possibilidade de disfagia, megaesôfago e magacolon.

TURRINI, R.N.T.; SAKITA, N.K.; GOTO, M. Nursing care for the newborns with congenital Chagas' disease. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 21(2):93-105, Ago. 1987.

In Brazil, due to the urbanization of the rural diseases, the health services must be prepared to detect precociously the infections, control the propagation and attend these sick people.

The authors did a bibliographic surveying about congenital Chagas' disease, presented a study with a good evolution, tried to determine the nursing care to these newborns and the respective objectives.

UNITERMS: Chagas' disease. Newborns. Nursing care.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABATH, F.C.C. Imunologia da doença de Chagas. **Rev. Bras. Malariol., Doenç. Trop.**, Rio de Janeiro, 35:101-8, 1983.
2. ANDRADE, S. et alii. Estudo experimental de amostras de *T. cruzi* isoladas de gestantes chagásicas. **Rev. Patol. Trop.**, Goiânia, 2:301-10, 1973.
3. BITTENCOURT, A.C.L. Doença de Chagas congênita na Bahia. **Rev. baia. saúde publ.**, Salvador, 11(4):165-208, out/dez., 1984.
4. BITTENCOURT, A.C.L. et alii. Doença de Chagas congênita: estudo de 29 casos. **Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo**, São Paulo, 17(3):146-59, maio/jun., 1975.
5. BITTENCOURT, A.C.L. Congenital Chagas'disease. **Am. J. Dis. Child**, Chicago, 130(1): 97-103, 1976.
6. BITTENCOURT, A.C.L. et alii. Incidência de transmissão congênita da doença de Chagas em partos prematuros na Maternidade de Tsylla Balbino (Salvador, Ba). **Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo**, São Paulo, 14(2):131-4, mar./abr., 1972.
7. BITTENCOURT, A.C.L. & BARBOSA, H.S. Incidência da transmissão congênita da doença de Chagas em abortos. **Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo**, São Paulo, 14(4): 257-9, jul./ago., 1972.
8. COLONIZAÇÃO do espaço urbano pelos parasitas. **Súmula**, Rio de Janeiro, (13):1-2, nov., 1985.
9. CROWELL, B.C. The acute form of american trypanosomiasis: notes on its pathology with autopsy report and observations on Trypanosomiasis cruzi in animals. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, Lawrence, 3:425-54, 1923.
10. DELGADO, M.A. et alii. Transplacental transmission and fetal parasitoses of *Trypanosoma cruzi* in outbred white swiss mice. **Am. J. trop. med. Hyg.**, Lawrence, 27(6):1108-15, nov., 1978.
11. HOWARD, J.E. **La enfermedad de Chagas congenita**. Santiago, Universidade de Chile, 1962. (Monografia biológica nº 16).
12. HOWARD, J.E. & RUBIO, M. Congenital Chagas'disease: clinical and epidemiological study of thirty cases. **Bol. Child Parasitol.**, Santiago, 23:107, 1968.
13. MAZZA, S. et alii. Transmission of *Schizotrypanum cruzi* al niño por el leche de la madre con enfermedad de Chagas. **Mis. Estud. Patol. Reg. argent.**, Buenos Aires, 28:41-6, 1936.
14. PESSÓA, S.B. **Parasitologia médica**. 7. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1969.
15. RASSI, A. et alii. Sobre a transmissão congênita da doença de Chagas. **Rev. goiana Med.**, Goiânia, 4:319-32, 1958.
16. SALEME, A. et alii. Enfermidad de Chagas — Mazza congênita in Tucumán. **Arch. argent. Pediatr.**, Buenos Aires, 69:162-9, 1972.
17. TAFURI, W.L. et alii. Doença de Chagas congênita: estudo clínico-patológico de um caso com sobrevida de 6 meses. **Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo**, São Paulo, 15(5): 322-30, 1973.
18. TAFURI, W.L. et alii. Placentite chagásica. Apresentação de um caso com estudo à microscopia óptica e eletrônica. **Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo**, São Paulo, 26(3): 152-9, 1984.
19. VERONESI, R. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 7. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. p.674.

Recebido para publicação em 25-9-86

Aprovado para publicação em 20-7-87