

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

ALESSANDRA PEREIRA

**A HUMANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NA UTI
NEONATAL**

**PATOS DE MINAS
2009**

ALESSANDRA PEREIRA

**A HUMANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NA UTI
NEONATAL**

Monografia apresentada a Faculdade de Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Luiz Fernando Dall Piaggi

**PATOS DE MINAS
2009**

ALESSANDRA PEREIRA

A HUMANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO UTI NEONATAL

Monografia aprovada em ____ de ____ de _____ pela comissão examinadora constituída pelos professores.

Orientador: _____

Prof. Luiz Fernando Dall Piaggi

Examinador: _____

Examinador: _____

Dedico este trabalho aos anjos que o Senhor colocou em minha vida: meus pais, meus irmãos, meu namorado e meus amigos. Sem o carinho de vocês não chegaria até aqui! Com vocês a vitória ficou mais fácil. Assim é que digo: "Este mérito é nosso"!

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, pelo dom da vida, por me mostrar o caminho e guiar-me na direção correta;

Aos meus pais, Luzia e Antônio, que sempre confiaram nos meus sonhos, mesmos naqueles às vezes absurdos, e me ensinaram a acreditar que é possível realizá-los, além de me mostrarem que trabalho duro, perseverança, honestidade e coragem são ferramentas ideais para atingirmos nossa meta;

Ao meu namorado John, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, que me fez acreditar ser capaz de tentar, de ousar e de conseguir, pelo apoio incondicional desde o primeiro dia, pela compreensão e ternura sempre manifestadas e pela sensatez com que sempre me ajudou;

Aos meus amigos, pela amizade, companheirismo, dedicação e sinceridade nas palavras, que além dos incentivos me apoiaram com suas críticas e sugestões.

Aos professores e aos demais profissionais desta instituição, pela dedicação, profissionalismo e empenho demonstrados durante todas as etapas do curso de enfermagem;

Ao meu orientador Prf. Esp. Luiz Fernando pelo constante incentivo, sempre indicando a direção a ser tomada nos momentos de maior dificuldade, agradeço pela confiança, mais uma vez depositada na realização desta monografia.

E a todos que colaboraram direta e indiretamente neste trabalho e a paciência dos que acreditaram na sua concretização;

Há quem diga que todas as noites são de sonhos. Mas há também quem garanta que nem todas, só as de verão. No fundo, isso não tem importância. O que interessa mesmo não é a noite em si, são os sonhos. Sonhos que o homem sonha sempre, em todos os lugares, em todas as épocas do ano, dormindo ou acordado.

William Shakespeare

RESUMO

O termo Neonatologia foi mencionado pela primeira vez em 1960 por Alexander Schaffer e significa o conhecimento do recém-nascido humano. Desde essa época foram criadas várias especialidades da Neonatologia, entre elas a obstetrícia e teve como obstetra o francês Pierre Bundin que descreveu três cuidados básicos com o bebê prematuro para que este conseguisse sobreviver: prevenção de doenças infecciosas, alimentação balanceada e termorregulação. Para isso era necessária assistência integral ao bebê e permissão para as mães junto deles o maior tempo possível. O local onde esses cuidados são dispensados recebe o nome de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a Assistência de Enfermagem tem um papel relevante, pois além de prestar um trabalho técnico individualizado e de qualidade, pode e deve, propiciar ao bebê prematuro e sua família a humanização, ou seja, procurar tratá-los com mais carinho, respondendo todas as perguntas dos pais incentivando sua aproximação com o filho, em especial o contato pele-a-pele da mãe com a criança. Por isso, o objetivo desse trabalho foi descrever por meio da literatura, a importância da humanização da Assistência de Enfermagem dentro da UTI Neonatal, e o efeito sobre o recém-nascido e sua família, visando a recuperação mais rápida da criança e um desenvolvimento saudável livre de seqüelas tanto físicas, neurológicas e emocionais.

Palavras-chaves: UTI neonatal. Humanização. Família.

ABSTRACT

The Neonatologia term was mentioned for the first time in 1960 for Alexander Schaffer and means the knowledge of the human just-born one. Since this time some specialties of the Neonatologia had been created, between them the obstetricians and had as obstetrician the Frenchman Pierre Bundin who described three basic cares with the premature baby so that this obtained to survive: prevention of infectious illnesses, balanced feeding and thermoregulation. For this necessary age integral assistance to the baby and permission for the mothers next to them the biggest possible time. The place where these cares are excused receives the name from Unit of Intensive Therapy Neonatal and the Assistance of Nursing has an excellent paper, therefore beyond giving to a work subject technician and of quality, it can and it must, propitiate to the premature baby and its family the humanization, that is, to look for to treat them with more affection, being answered all the questions of the parents stimulating its approach with the son, in special the contact skin-the-skin of the mother with the child. Therefore, the objective of this work was to describe by means of literature, the importance of the humanization of the Assistance of Nursing inside of the UTI Neonatal, and the effect on just-born and its family, aiming at the recovery fastest of the child and a free healthful development of physical, neurological and in such a way emotional sequels.

Key –words: Neonatal UTI. Humanization. Family

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 NEONATOLOGIA.....	11
2 A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO AO RECÉM NASCIDO EM UTI NEONATAL.....	18
3 O IMPORTANTE ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NA RECUPERAÇÃO DO RECÉM NASCIDO.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

INTRODUÇÃO

O ambiente que uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) proporciona ao neonato de alto risco se difere consideravelmente do mundo que o mesmo se encontrava intra-útero. Em uma UTIN, o recém-nascido é exposto a elevados níveis de ruídos, iluminação intensa, manuseio constante, interrupções freqüentes do período de sono e a procedimentos dolorosos e invasivos.

A internação em UTIN também implica em comprometimento do vínculo afetivo mãe-filho. O nascimento de um recém nascido enfermo ou prematuro instável e frágil desfaz o sonho que os pais idealizaram, de um bebê saudável, ativo e perfeito, trazendo desapontamento, sentimentos de incapacidade, culpa e medo de perda. Todos esses sentimentos criam estresse e, muitas vezes, levam ao distanciamento entre os pais e o filho (TAMEZ e SILVA, 2006).

O espaço da UTIN é composto por grande aparato tecnológico necessário à recuperação e manutenção do estado de saúde dos neonatos de alto risco (SIMSEN, 2004). Aliado a este ambiente encontramos, freqüentemente, a adoção de cuidados baseados no Modelo Flexneriano, que estabelece uma visão de cuidado essencialmente curativista. Esse modelo pressupõe o cuidado parcelado, fragmentado, tecnicista e desumanizado, contrapondo a Teoria Holística que permite a visão do ser humano de forma integral, valorizando os aspectos bio-psicossocial-espiritual do indivíduo.

Segundo TAMEZ e SILVA (2006), o foco principal dos cuidados na UTI neonatal está voltado para as técnicas, rotinas e procedimentos que deverão ser realizados no sentido de que o neonato seja “salvo” e possa receber alta o mais pronto possível. Neste sentido, “esquecem-se” que o recém-nascido é um ser que tem sentimentos, emoções e interage com o mundo em que vive.

É importante que exista uma preocupação crescente em adotar o cuidado humanizado nas UTIs neonatais, que contemple o neonato de alto risco como um ser bio-psicossocial-espiritual.

Um ambiente humanizado para o recém-nato vai favorecer o seu desenvolvimento inicial, proporcionando a integração mãe-filho, fortalecendo o

vínculo afetivo e minimizando os efeitos negativos da doença e da separação dos pais. Um espaço humanizado para a família permite que ela possa receber informações sobre os procedimentos realizados com seu filho e às condições do seu estado de saúde, dialogar, expressar e elaborar sentimentos.

A permanência na UTI neonatal favorece estresse dos pais e neonatos. Submetidos a estresse, os neonatos de alto risco apresentam instabilidades fisiológicas, que interferem no crescimento e desenvolvimento e conseqüentemente dificultam sua recuperação e aumentam seu tempo de internação hospitalar. Os pais se sentem incapazes, culpados e têm medo de perda. Esses sentimentos geram estresse, podendo causar distanciamento entre pais-filho e dificultando o estabelecimento inicial do vínculo afetivo. Para tanto é necessário que ambos recebam um tratamento humanizado, visando minimizar os efeitos negativos da doença e separação dos pais e em tornar essa etapa de suas vidas menos traumática.

Este estudo visa, por meio de um referencial teórico, analisar os cuidados estabelecidos pela equipe de enfermagem aos neonatos hospitalizados e a seus pais, bem como avaliar a importância do cuidado humanizado em UTI neonatal na recuperação do recém-nascido, na diminuição do estresse, insegurança e ansiedade dos pais, e no fortalecimento do vínculo afetivo mãe-filho.

1 NEONATOLOGIA

A neonatologia significa o conhecimento do recém-nascido humano. Desde 1960 quando o termo neonatologia foi mencionado pela primeira vez por Alexander Schaffer, rápidas mudanças têm ocorrido. A neonatologia pode ser comparada com uma árvore, e suas “raízes” caracterizam a obstetrícia, pediatria, fisiologia, enquanto seus ramos se disseminam tão amplamente que houve a necessidade de existirem várias especialidades (AVERY, 1999).

De acordo com o autor referido acima, a obstetrícia foi uma das especialidades da neonatologia e teve como obstetra Pierre Budin e Sir Duldald Bard, que se interessaram não só pelas condições maternas no pós-parto imediato, mas também pelas crianças nascidas. Budin e seu aluno Couney foram os pioneiros na construção da primeira incubadora, destinada aos cuidados da criança prematura.

Scocbi (2000) menciona que Pierre Budin dispensou atenção às crianças que ajudava a nascer, criando o primeiro ambulatório de puericultura para bebês saudáveis, no Hospital Charité de Paris, em 1892. Os bebês eram examinados e pesados, as mães recebiam supervisão e orientação para o aleitamento materno, mas quando este era insuficiente, Budin prescrevia o aleitamento misto e artificial e a criança era pesada antes e após a alimentação Láctea, a fim de se estimar a sua ingestão, cuidados que fizeram Budin reduzir em 20% a mortalidade. Para ele, os cuidados com a criança na maternidade e no domicílio com as normas para alimentação natural e artificial eram importantes para a sobrevivência dos bebês. Surgiu assim uma nova compreensão sobre os problemas da atenção materna e neonatal com a medicalização do cuidado, e o profissional de enfermagem inserido na assistência pré-natal, expandiu sua atuação visando assegurar determinados cuidados às gestantes e a detecção de anormalidades, encaminhando-as para organizações médicas ou sociais.

Especificamente no que diz respeito aos cuidados com os bebês pré-termo, Budin descreveu três problemas que consideravam básicos: prevenção das doenças infecciosas às quais eram propensos; a alimentação e a termorregulação, causadoras da alta mortalidade entre neonatos que apresentavam temperatura retal

baixa. Budin descrevia o prematuro como aquele que apresentava peso menor, entre 1000 e 2500g, corpo pequeno e enrugado, pele mole de vermelho vivo, derme transparente, respiração incompleta, inércia muscular, movimentos lentos, sucção fraca e insuficiente e que gritava sem força. Reconheceu a importância de um local especial para prestar assistência a esses bebês nos hospitais onde existiam serviços de parto (RIBEIRO, 1991).

Ainda de acordo com o autor supracitado, Budin citava que nos locais que fossem usados para a assistência ao bebê, eram necessárias a observação minuciosa dos recém-nascidos e permissão para as mães junto deles o maior tempo possível, para a amamentação. Ele justificava a presença das mães dizendo: “As mães, quando separadas dos filhos ainda pequenos, perdem todo o interesse por aquele que não puderam cuidar ou afagar”. Mas existia uma contradição na prática assistencial de inserção da mãe no cuidado de seu bebê prematuro, pois embora o contato dela com o filho prematuro fosse uma das causas da sua reabilitação, o sucesso da sobrevivência era atribuído à terapêutica clínica, priorizando a fragilidade térmica e nutricional da criança. Portanto, Budin, foi considerado o primeiro neonatologista e perinatologista da era moderna, pela sua prática assistencial e de pesquisa.

Marcondes, et al. (2002) coloca que o neonatologista deve conhecer o novo ser desde a concepção, estar apto a interpretar muitos dados relativos ao feto e conhecer sua fisiologia, o que é fundamental para a compreensão de eventos adaptativos ao nascimento e mesmo da clínica e das doenças neonatais. Ele deve munir-se de dados pré-natais e deve atender a problemas neonatais que se prolongam pelas quatro semanas de vida do recém-nascido, ou seja, o período neonatal.

Assim, era importante que para uma assistência ao recém-nascido capaz de ajudar na sua sobrevivência quando este era prematuro, era necessário disponibilizar nos hospitais recursos materiais humanos e terapêuticos que eram necessários para o controle da termorregulação, alimentação e prevenção de infecção ao recém-nascido e para desenvolver o treinamento especial do pessoal que irá trabalhar nesses locais. Surgiu então, os berçários de prematuros, onde a principal meta era promover a sobrevivência de bebês debilitados, à sua adaptação à vida extra-uterina, recuperando a normalidade anátomo-fisiológica.

Para Scocbi (2000), os progressos tecnológicos ocorridos após a Segunda Guerra Mundial abriram caminho para o desenvolvimento da indústria médica hospitalar e para investigações sobre mecanismos fisiopatológicos da gestação, feto e neonato, emergindo avanços na terapêutica que refletiram na redução da mortalidade perinatal e neonatal. Conhecer melhor as condições fetais possibilitou a identificação de fatores de risco e a aplicação de procedimentos cirúrgicos, favorecendo a sobrevivência fetal. O parto e a assistência ao recém-nascido passaram a serem realizados em hospitais, tendo por base a premissa de que a Medicina pode dominar e/ou neutralizar os riscos. A Enfermagem, também como parte do processo coletivo da assistência, deve atuar em áreas específicas, como pré-natal, parto, puerpério, berçário, unidades de pediatria e puericultura.

Na segunda metade do século XX, ocorreu uma forte medicalização e a institucionalização da assistência ao parto e recém-nascido. Novos instrumentos de trabalho foram incorporados às práticas de saúde, como os conhecimentos advindos da Embriologia, Bioquímica, Farmacologia, Imunologia, Epidemiologia e Nutrição, aliados aos aparatos tecnológicos envolvidos nessa assistência, como os aparelhos de suporte à vida, os monitores de funções fisiológicas, o instrumental cirúrgico e as formas lácteas suplementadas e preparadas comercialmente (SCOCBI, 2000).

Nas décadas de 50 e 60, ampliaram-se os saberes e a utilização de procedimentos sistematizados controlados nas etapas pré-concepcional e gestacional, com vistas à saúde materno-infantil. Assim, gradativamente, foram se aperfeiçoando os fundamentos teóricos da Perinatologia, enquanto especialidade médica, congregando a atuação de vários profissionais envolvidos na assistência. Essa nova área de conhecimento emergiu a partir com a preocupação com a elevada taxa de mortalidade infantil, em especial na primeira semana de vida, e o conhecimento a partir daí, voltou-se para orientação do binômio morbi-mortalidade, como objeto de investigação de natureza interdisciplinar. Segundo o Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), “a Perinatologia é o ramo das ciências da saúde que se ocupa de amplo campo mediador e multidisciplinar, que compreende o processo reprodutivo centralizado no nascimento”. Alguns pediatras começaram a especializar-se no cuidado ao recém-nascido e a Neonatologia firmou-se como sub-especialidade da Pediatria (SILVA; ALVARENGA, 1995).

Para o cuidado hospitalar ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso, a Enfermagem passou a necessitar inicialmente de capacitação na área de Pediatria surgindo a disciplina “Enfermagem Pediátrica”.

O cuidado ao bebê prematuro passou a centrar-se na doença e seu controle, através de terapêutica mais complexa e invasiva, tendo como finalidade a recuperação anátomo-fisiológica de um bebê, agora com maior chance de sobrevivida.

De acordo com Scocbi (2000) a sobrevivida dos bebês, desde a institucionalização da assistência neonatal em unidades especiais, tornou-se alta e dependente do uso de tecnologias e recursos humanos especializados. Constituiu-se um dos marcos da atenção em Neonatologia à instalação e expansão de modernas unidades de cuidado intensivo neonatal. E a enfermagem já institucionalizada e fortalecida na área hospitalar, foi assumindo a responsabilidade do manuseio e controle do aparato tecnológico utilizado na assistência de maior complexidade e no tratamento da mãe no cuidado domiciliar do prematuro.

Percebe-se pelo exposto que a enfermagem neonatal passou a requerer diferentes níveis de capacitação clínica, reproduzindo a divisão técnica e social do trabalho em saúde, subdividindo-se em especialidades instrumentalizadas por saberes e intervenções técnicas cada vez mais complexas nas diversas áreas de atuação.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal exprime não só soluções técnicas encontradas pelos homens para suas relações com a natureza, mas, sobretudo soluções técnicas adequadas a determinadas relações sociais, organizadas segundo as quais os homens então se relacionam com a natureza. (MENDES, 1979, p. 54).

De acordo com Scocbi (2000) foram organizadas uma rede de atenção perinatal, regionalizada e hierarquizada por nível de complexidade crescente de cuidado, os preceitos e recomendações para as unidades de níveis I, II e III, destinadas ao atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido de baixo, médio e alto risco, respectivamente classificadas. As de nível I deveriam oferecer atendimento às mães e aos recém-nascidos que não apresentassem quaisquer complicações, dispendo também de equipamentos para cuidados neonatais emergenciais ou de urgência, até que o bebê fosse transferido para as unidades de

nível II e III. As instituições de nível II estariam colocadas em hospitais equipados para prestar assistência às mães e neonatos com grau moderado de risco, baixo peso ou com certos tipos de doenças neonatais, realizando ainda medidas de reanimação e assistência ventilatória por curto espaço de tempo. As de nível III executariam atendimento às mães e aos recém-nascidos de alto-risco, dispondo de UTI Neonatal.

Para Marcondes, et al. (2002, p. 252) “[...] a neonatologia apresenta hoje um vasto campo de trabalho e de pesquisa, cuja meta é a redução da mortalidade e da morbidade perinatais, bem como a procura de sobrevivência do recém nascido nas melhores condições funcionais possíveis”.

Conclui-se que a hospitalização do recém-nascido em UTI Neonatal requer cuidados incessantes para a reabilitação física, mas também tão importante quanto, é necessário haver um atendimento integral à criança e sua família, visando o incentivo ao relacionamento dos pais com o filho e assim, ficando mais fácil à interação da criança com sua família quando estiver apta a deixar o hospital e ir para casa

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1961 “é considerado prematuro ou pré-termo, a criança com menos de 37 semanas de gestação”. A prematuridade limítrofe caracteriza a gestação de 35 a 37 semanas, esse grupo compreende crianças que pesam geralmente entre 2.200 a 2.800g, medem entre 45 e 46cm de comprimento e aproximadamente 32,5cm de perímetro cefálico. Respondem por 7% de todos os nascidos vivos e a mortalidade neonatal é muito baixa, cerca de 0,9%; A prematuridade moderada corresponde a gestação de 31 a 34 semanas, mede entre 39 a 43cm e perímetro cefálico de 29 a 31 cm, muitas dessas crianças têm peso superior a 2.000g, em geral nos centros mais adiantados, esses prematuros apresentam baixa mortalidade, em 1998 a estimativa de crianças que evoluíram para óbito, foi de 10%; A prematuridade extrema caracteriza a gravidez inferior a 30 semanas, apresentam em decorrência dessa maior imaturidade, intercorrências mais freqüentes e mais graves. Esses recém-nascidos pesam menos de 1.500g, mede menos de 38cm de estatura e menos de 29cm de perímetro cefálico (MARCONDES, et al., 2002).

Scocbi (2000), reconhece que o peso isoladamente, não esclarecia a Idade Gestacional e imaturidade do neonato o Comitê de Saúde Materno-Infantil, da OMS em 1961 sugeriu uma categorização diferenciada para peso e idade

gestacional e a partir daí, o termo baixo peso ao nascer (BPN) passou a designar bebês nascidos com 2.500g ou menos. Como persistia a questão de que crianças nasciam com maturidade neurológica e somática, quando comparados com os neonatos nascidos a termo, a Academia Americana de Pediatria estabeleceu, em 1967, nova definição de prematuridade, no qual incluíam-se os nascimentos antes de 38 semanas de gestação. Foi então que a Federação internacional de Ginecologia e Obstetrícia adotou como critério para a prematuridade os nascidos vivos com Idade Gestacional de até 37 semanas e 6 dias, tendo por base pesquisas internacionais que demonstravam a necessidade de dispensar cuidados especiais às crianças nascidas no período de 37 a 38 semanas de gestação, com sinais de imaturidade.

Quanto ao limite de viabilidade, a OMS definiu como crianças com potencial de sobrevivência, aquelas nascidas com peso igual ou superior a 500g e com Idade Gestacional maior que 28 semanas. Todavia, limites mais baixos foram considerados, Havendo registro da sobrevivência de prematuros com 24 semanas de gestação e peso inferior a 400g. A partir de 1975, durante a 29ª Assembléia Mundial de Saúde, recomendou-se que fossem incluídos nas estatísticas perinatais os fetos ou recém-nascidos que pesassem no mínimo 500g. Quando o peso não fosse disponível, deveria ser captada a Idade gestacional correspondente a 22 semanas ou o comprimento de 25cm, quer para os vivos ou mortos. A antiga denominação de prematuridade também foi modificada, com a exclusão dos nascimentos com 37 semanas de gestação. Assim, quanto à Idade Gestacional, os recém-nascidos foram classificados em: pré-termo - aqueles nascidos com menos de 37 semanas de gestação; a termo - de 37 a 41 semanas e 6 dias; e pós-termo - com 42 semanas ou mais (LEONE, ALCÂNTARA, 1991).

De acordo com Alberman e Evans, (1992), utilizaram o termo prematuridade duplicado, por entenderem que a diminuição do crescimento intra-uterino também é uma forma de prematuridade. Referem que o nascimento antes do termo expõe o recém-nascido a todos os riscos de uma vida extra-uterina, com pulmões e órgãos imaturos e a um elevado risco de morte neonatal. O retardo no crescimento fetal pode refletir em pré-natal deficiente que se exprime mais tarde, na vida pós-natal. Estas duas condições coexistem com freqüência e interagem, certamente, além de se combinarem com as influências do meio. O grau de

imaturidade daí resultante e a relação com o potencial genético do indivíduo determinarão o prognóstico ao nascimento.

Para Marcondes, et al. (2002), existe, cada vez mais, uma preocupação dos neonatologistas com relação aos cuidados iniciais que devem ser dispensados na sala a recém-nascidos extremamente imaturos. Isso decorre de que graças ao aperfeiçoamento dos cuidados perinatais, muitos recém-nascidos, há poucos anos rotulados como “inviáveis”, recebem hoje alta das UTI Neonatal em condições aparentemente satisfatórias. Portanto, os limites de viabilidade, vão atingindo Idade Gestacional cada vez menor, conforme vão sendo desenvolvidos novos recursos de suporte à vida.

A utilização de classificação para o neonato, segundo a Idade Gestacional e o peso ao nascer, é importante, pois diferencia o Recém-nascido quanto à sua evolução, ao risco de adoecer e morrer. E os aspectos conceituais elucidam o objetivo do cuidado na assistência em Unidade Neonatal.

2 A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: ASPECTOS PERTINENTES

Nas unidades de cuidado contínuo, onde os prematuros recebem assistência para sua recuperação, é utilizada constantemente a tecnologia como forma de recurso para a reabilitação do recém-nascido. Dentre os novos recursos utilizados destacam-se: sofisticados computadores, equipamentos ao lado do leito com entrada contínua de dados, metodologias de micro-análise de sangue, sistemas autocontroláveis de intervenções terapêuticas (oxigenação, termorregulação), métodos não invasivos para medicações bioquímicas (glicose, ultra-som de baixa frequência), monitores eletroencefalográficos, monitorização invasiva através do uso de um cateter na artéria umbilical conectado a um monitor digital (dosagem de gases arteriais, pH), monitor fetal eletrônico, dentre outros (SCOCBI, 2000, p. 82).

O uso de tecnologia de alta complexidade na atenção à saúde pode contribuir para a alienação do trabalho, tornando-se um obstáculo para a intervenção humana. Embora as inovações tecnológicas tenham salvado vidas, elas também são vistas como uma barreira para a qualidade do cuidado quando os provedores de assistência estão mais preocupados em checar os monitores do que com o relacionamento com o paciente e com sua família (WONG, 1999).

Nessa perspectiva, o cuidado em UTI Neonatal pode causar fragmentação e permanecer inerentemente desumanizado, necessitando que a equipe que presta assistência ao recém-nascido conheça mais do que a aparelhagem utilizada, mas principalmente cuidados individualizados, atenção centrada não somente na criança, mas na família que essa criança pertence, com o objetivo de proporcionar cada vez mais uma criança estável, organizada e com pleno potencial para desenvolvimento futuro.

A humanização do nascimento compreende ações desde o pré-natal, em que todos os esforços para evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê devem ser realizados. A atenção ao recém-nascido deverá caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional e condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados.

Deve ser desenvolvido um trabalho com a equipe da saúde, oferecendo-lhes mecanismos para melhor qualidade no trabalho interdisciplinar. A atenção ao bebê prematuro deve ser estruturada e organizada no sentido de atender uma população sujeita a riscos, e para isso, devem existir recursos materiais e humanos especializados e capazes de garantir observação rigorosa, além de tratamentos adequados ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

Rolim, Cardoso, (2006) ressalta que o cuidado a ser implementado na UTI Neonatal necessita ser exercido e vivenciado na sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem estar do bebê, provocando nele manifestações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais. A UTI Neonatal, por ser um local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, contribui para comportamentos automatizados, nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço, desviando o foco da atenção que deveria estar no paciente.

Por isso o mecanismo é uma preocupação na conduta de toda a equipe que trabalha na UTI Neonatal, visto que, é um local que enfatiza os recursos materiais e tecnológicos. Neste local deve haver diálogo e reflexão mesmo nas situações de emergência, pois, humanizar é ter amor e respeito para com o paciente, e a enfermagem tem um trabalho indispensável porque ela une o conhecimento científico à realidade e a prática devendo reconhecer as necessidades do bebê e planejar sua ação.

De acordo com Rolim e Cardoso (2006) a importância da qualidade da assistência da enfermagem em uma UTI Neonatal, baseia-se no planejamento e organização do serviço, como possibilidade para transformar a realidade, envolvendo questões como: gerenciamento, participação, recursos humanos e a transformação. Exige conhecimento, responsabilidade, integração de informações, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades, propiciando uma condição de homeostasia tanto no atendimento biológico como no psicológico. E como os autores ressaltam: “Humanizar é resgatar a importância dos aspectos humanos na intervenção em saúde. É dar condição humana, é civilizar”.

Cabe a equipe de enfermagem buscar o encontro com o bebê, procurando escutar, olhar, ter um contato claro, aberto e amoroso. E através da assistência individualizada, avaliar cada paciente almejando amenizar seu sofrimento.

Os recém-nascidos prematuros estão sujeitos a estresse da mesma maneira que outros seres humanos, mas são biologicamente sensíveis quanto à sua capacidade de lidar com os estresses ambientais ou se adaptar a eles. O estresse afeta a função hipotalâmica, causando efeitos adversos sobre crescimento, produção de calor e mecanismos neurológicos. As intervenções destinadas a reduzir o estresse em recém-nascidos produzem melhora nos padrões de sono e crescimento, e a equipe de enfermagem pode ter influência na criação de um ambiente não estressante pela modificação dos comportamentos e fatores ambientais que produzem estresse sobre o recém-nascido na UTI Neonatal (WONG, 1999).

O prematuro não possui um organismo inadequado ou deficiente, ele está pronto para funcionar adequadamente em seu ambiente intra-uterino, que é líquido, escuro, onde há características físicas de contenção e estimulação vestibular, através dos movimentos maternos. Todavia ao nascer antes do termo, ele se depara com um ambiente adverso, no qual há excesso de luminosidade, ruídos, movimentos constantes e interrupções repetidas dos seus ciclos de sono (BRASIL, 2002).

Se frente às demandas do meio ambiente a capacitação de auto-regulação do pequeno prematuro é excedida, impedindo seu retorno a uma função integrada, ele apresentará condutas de má adaptação traduzidas por sinais clínicos. Como mostra Wong (1999, p. 209) no quadro a seguir:

Quadro 1: Sinais clínicos

Estresse Autônômico	Acrocianose, respiração rápida e profunda, frequência cardíaca regular e rápida.
Alterações nas condições	Estado de sonolência ou apatia, choro fácil, estado de alerta ou olho fixo.
Alterações comportamentais	Olhos não-focalizados ou não-coordenados, braços e pernas imóveis, olhos flácidos caídos para trás, soluços, espirros, bocejos, esforço ao evacuar.

FONTE: WONG, 1999.

Considerando a complexidade tecnológica do processo terapêutico utilizado para tratar esses bebês, no qual o controle do ambiente é de responsabilidade da enfermagem, devemos dedicar atenção especial ao ambiente sensorial dos prematuros em UTI Neonatal, na perspectiva do cuidado individualizado, visando o seu crescimento e desenvolvimento integral.

Dentro dessa perspectiva a iluminação aparece como uma das principais preocupações, pois na maioria das unidades ela é contínua, de grande intensidade e fluorescente, nas 24 horas por dia. Luz constante pode atrasar a manifestação dos ritmos circadianos endógenos, levando a privação do sono em pré-termos que demoram mais tempo para se ajustar ao ciclo dia/noite e dormem mais até completarem 37 semanas. Luz forte evita que o bebê abra os olhos e inspecione o ambiente, podendo causar alterações endócrinas e está também associada à diminuição de saturação de oxigênio (BRASIL, 2002).

Scocbi (2000), afirma que neste caso, as ações de enfermagem devem ser dirigidas à redução da luminosidade do ambiente, utilizar luz noturna de baixa intensidade e cobrir a incubadora com uma manta, de preferência de filtro que além da luz atenua o ruído gerado sobre a cúpula acrílica. Em alguns casos, deve-se utilizar venda ocular, usar iluminação individualizada, com reguladores da intensidade luminosa, com foco para procedimentos, evitando direcionar a luz nos olhos do bebê, e protegê-lo dos aumentos súbitos de luz. Utilizar ciclos dia/noite que possam permitir melhora na sincronização de ritmos biológicos, aumento de horas de sono noturno, melhora na eficiência alimentar e até no ganho ponderal. Possibilitar diminuição da iluminação quando o bebê estiver disponível e desejoso de explorar o meio ou interagir com os pais.

Além da luminosidade, o ruído da UTI Neonatal também se constitui uma das principais fontes de estresse para o prematuro de baixo peso ao nascer. O nascimento precoce expõe os bebês pré-termo e de baixo peso a uma verdadeira poluição sonora, produzida por equipamentos de suporte à vida, como: incubadoras, berços aquecidos, aparelhos de fototerapia, bombas de infusão, monitores cardiorespiratórios e de temperatura cutânea, etc (BRASIL, 2002).

A enfermagem, portanto, ao assumir os cuidados dos bebês prematuros diariamente, poderá organizar seu trabalho no sentido de minimizar os ruídos ambientais, através da manipulação cuidadosa da incubadora, Poderá, também, fazer com que sejam reduzidos os sons das vozes, monitores, alarmes, rádios e o

acúmulo de água nas tubulações de gases, bem como sinalizar a unidade como área de silêncio. É relevante também falar com carinho dentro do campo visual do bebê e sua manipulação afetuosa deverá ser usada para auxiliar na organização dos estados comportamentais da criança (BRASIL, 2002).

Para Wong (1999) outra fonte geradora de estresse no prematuro é sua excessiva manipulação. Durante as fases iniciais do desenvolvimento, especialmente antes de 33 semanas de gestação, a estimulação produz atividade não-coordenada irregular, como extensão abrupta dos membros, hiperflexão e sinais vitais irregulares. Neste estágio, os recém-nascidos necessitam de estimulação ambiental mínima, eles devem ser manuseados com movimentos lentos e controlados, e quando o bebê já alcançou desenvolvimento orgânico e estabilidade suficiente, as intervenções são destinadas a dar apoio as atividades de crescimento. A equipe de enfermagem deve procurar interpretar as pistas comportamentais dos recém-nascidos e oferecer intervenções apropriadas.

A assistência ao desenvolvimento do recém-nascido prematuro é um processo contínuo na UTI Neonatal e deve ser incorporada aos cuidados diários prestados a cada bebê. A enfermagem deve planejar os cuidados de forma individualizada de acordo com as necessidades apresentadas pelo recém-nascido, a cada momento visando possibilitar uma boa adaptação do prematuro ao ambiente extra-uterino e reduzir as iatrogenias decorrentes do processo terapêutico. Diante disso a reflexão sobre a família nesse processo torna-se fundamental.

3 O IMPORTANTE ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NA RECUPERAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Quando uma criança é concebida já há na mãe uma organização de fantasias ou de expectativas relacionadas à concepção e ao desenvolvimento da criança. A gravidez pode ter sido planejada ou rejeitada, independentemente da situação em que ocorreu a gravidez, há toda uma expectativa da mãe, do pai e da família deste novo ser, com relação ao seu desenvolvimento. Mas muitas vezes, esse recém-nascido se encontra enfermo, sendo necessária a separação física, que pode ser acompanhada de afastamento emocional por parte da família, agravando ainda mais pela natureza débil do recém-nascido. Eles se preparam para a morte do recém-nascido, enquanto esperam pela recuperação (WONG, 1999).

Por isso, faz-se necessário uma assistência integral e humanizada da equipe de saúde da UTI Neonatal para com o bebê e sua família, buscando uma interação dos pais, em especial da mãe com o filho, visando ao fortalecimento de estímulos sensoriais ao neonato, além do preparo domiciliar do filho.

No processo de trabalho em UTI Neonatal, o bebê prematuro vai sendo compreendido sob diferentes formas, antes a preocupação era com as necessidades de manutenção e recuperação da funcionalidade orgânica, através do uso de tecnologias dirigidas ao controle das funções cardiorrespiratórias e da termorregulação. Ao longo da história outras formas de atendimento foram surgindo, como o afeto, o vínculo, o acolhimento, o desenvolvimento integral da criança e da família, a assistência multiprofissional, dentre outras.

Segundo Ribeiro, (1991) na assistência integral em Neonatologia, a preocupação não se limita apenas à articulação de serviços para continuidade da assistência, mas também ao atendimento das necessidades psicobiológicas e sociais da criança e da família, transformando, gradativamente o modelo de atenção à saúde. A postura frente ao bebê prematuro demorou a se transformar e, atualmente, já se questionam a sua inferioridade psíquica e orgânica, quando se compara a sua condição à dos bebês nascidos a termo. O advento de técnicas obstétricas modernas, como a ultra-sonografia, que colocou o feto em grande evidência demonstrando a sua responsividade diferenciada à luz, ao som e ao

toque. O bebê prematuro tem sentidos bem definidos ao nascer, apresentando, portanto, necessidade de estimulação visual, auditiva, olfativa, assim como de ser embalado, acariciado e tocado.

De acordo com Wong (1999), por causa da instabilidade fisiológica, os recém-nascidos são separados de suas mães e imediatamente envolvidos por uma barreira de janelas de vidro complexa e impenetrável com equipamento mecânico e cuidadores especiais, sendo afastados de suas mães. E esse afastamento não é bom para o bebê, porque o vínculo materno é um processo crescente que tem início antes da concepção, é fortalecido por eventos significativos durante a gravidez e amadurece através do contato mãe-filho durante o período neonatal.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069, 13 de Julho de 1990) veio afirmar, regular e proteger os direitos do recém-nascido até adolescente. Destaca-se o artigo 12º da referida lei- “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes”. Este estatuto foi um marco que institucionalizou legalmente o direito humanizado à assistência.

Quando o bebê está na UTI Neonatal é importante as trocas de calor humano e afetividade entre o prematuro e a mãe, pois são pontos cruciais ao fortalecimento do relacionamento.

Assim, é importante que o acolhimento ao bebê durante sua permanência no hospital seja estendido para seus pais e ampliado para sua família, que, nessa situação tão particular e diferente, necessita de apoio. O acolhimento faz com que as experiências emocionais que ocorrem nesse período sejam bem entendidas e elaboradas e a característica maior desse trabalho com a família na UTI Neonatal refere-se a uma ação profilática quanto ao desenvolvimento das relações desse grupo familiar, além de minimizar o sofrimento daqueles que têm um bebê internado (BRASIL, 2002).

O preparo dos pais para ver o seu bebê pela primeira vez constitui uma responsabilidade do profissional de enfermagem. Antes da primeira visita, os pais devem estar preparados quanto ao aspecto do bebê, os equipamentos que estão conectados à criança e alguma indicação acerca da atmosfera geral da unidade. O encontro inicial com a UTI Neonatal é uma experiência estressante, e a grande variedade de pessoas, equipamentos e atividades podem ser assustadoras, por

isso, os pais devem ser encorajados a visitar o seu bebê, a enfermeira deve explicar à beira do leito a função de cada peça de equipamento e o papel que ele tem em facilitar a recuperação e enfatizar os aspectos positivos do comportamento e do desenvolvimento do seu bebê de modo que os pais possam olhar para ele como uma pessoa em vez de observar o equipamento à sua volta (WONG, 1999).

Por permanecer maior tempo em contato com a família do bebê prematuro, a enfermagem depara freqüentemente com uma problemática que exige dela a organização de novas estratégias de intervenção junto aos pacientes e familiares, como os grupos de apoio, alguns deles em conjunto com profissionais da área da saúde mental. As publicações sobre esses grupos de assistência psicológica e orientação aos pais de bebês expandiram-se com a criação de grupos de auto-ajuda entre pais. E no planejamento da terapêutica, tanto durante a hospitalização do bebê como no seu seguimento, a família passa a ser vista como parceira na tomada de decisões (SCOCBI, 2000).

Wong (1999) ressalta que os pais precisam saber que eles não estão sós. Grupos de apoio aos pais têm considerável valor para as famílias de recém-nascidos em UTI Neonatal, alguns grupos consistem em pais de bebês hospitalizados e que compartilham as mesmas ansiedades e preocupações. Vias de regra, esses grupos são liderados por um membro da equipe e envolvem médicos, enfermeiros e assistentes sociais, mas só os pais que viveram a experiência podem oferecer a outros pais algo que ninguém mais pode.

Na interação com os pais e família dos pequenos prematuros, a enfermagem vive problemas de ordem emocional e até mesmo socioeconômicos, contemplando a visão de que a família e a criança são mutuamente dependentes e as intervenções combinadas entre hospital e o domicílio iniciam-se com as orientações, estimulação e participação dos pais nos cuidados não especializados com o bebê na unidade neonatal e prosseguem com as visitas domiciliares, após a alta.

Para Mello, (1999) o acompanhamento domiciliar proporciona à criança cuidados clínicos de prevenção de riscos e danos, alimentação, higiene, uso de medicamentos, estimulação sensorial, entre outros.

Pelo exposto, percebe-se que a assistência em UTI Neonatal e também a domiciliar é um processo de relações humanas entre profissionais, bebês e suas

famílias, no qual a solidariedade, o respeito para com o outro, o vínculo e a ética devem se fazer presentes no cotidiano do trabalho.

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde de qualidade do ponto de vista técnico, que seja capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético-cultural ao paciente, em que haja reconhecimento dos direitos e subjetividades do paciente (DESLANDES, 2004; PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

As ações de humanização do cuidado em UTIN estão voltadas para o respeito às individualidades, à garantia de tecnologia que permita a segurança do recém-nato e o acolhimento do bebê e da sua família, com ênfase no cuidado voltado para o desenvolvimento e o psiquismo, buscando facilitar o vínculo mãe-bebê durante sua permanência no hospital e após a alta (SBP, 2003 apud LAMEGO, DESLANDES e MOREIRA, 2005).

Humanizar a UTIN envolve a valorização do RN como sujeito, que tem sentimentos, tem emoções. É a valorização de ações de cuidado individualizadas e de maneira holística, voltadas para as necessidades de cada RN, uma vez que cada uma reage de uma forma aos estímulos recebidos.

O neonato de alto-risco, para manutenção de sua vida, é separado de seus pais. Ele necessita de cuidados especiais humanizados, uma vez que é exposto a estímulos nocivos como a dor e ao estresse. Porém, a necessidade urgente de estabilizar o estado de saúde e preservar sua sobrevivência faz com que ele seja submetido a diversos procedimentos indispensáveis à sua recuperação, mas que também interferem no seu estado de bem estar.

O ambiente da UTIN é prejudicial à estabilização das funções motoras e comportamentais, mas tanto o ambiente físico quanto os cuidados com a assistência podem favorecer a estabilidade desde que sejam interpretados os sinais evidenciados pelo recém-nascido (PIVA, 2005).

O nascimento pré-termo diminui experiências intra-útero facilitadoras de adaptação e impõe experiências diversas que, acontecendo num período de grande desenvolvimento cerebral, podem levar a alterações no Sistema Nervoso Central (BRASIL, 2002).

Muitas vezes os pais são deixados de lado, o que provoca um acréscimo ao nível de estresse para o bebê e, conseqüentemente, aumento nos níveis de cortisol, que, por sua vez, podem causar danos ao sistema metabólico, imunológico

e ao cérebro do bebê. Crianças que, de forma crônica, apresentam altos níveis de cortisol, são mais suscetíveis a apresentar atraso no desenvolvimento cognitivo, motor e social (BRASIL, 2002).

Atualmente, busca-se compreender a comunicação não-verbal do bebê através de suas mímicas, seus gestos, suas posturas, sinais de estresse e sinais de aproximação, objetivando prestar cuidados voltados para seu desenvolvimento e conforto, respeitando-o como um ser bio-psicossocial, que possui sua própria individualidade.

O comportamento do recém nascido deve ser utilizado na comunicação a fim de avaliar se ele está se adaptando frente ao estresse e ao novo ambiente. A não ocorrência da adaptação possibilita intervenções para fazer o neonato acalmar-se e estabilizar-se, por isso é importante perceber o que ele está comunicando para depois intervir (TAMEZ e SILVA, 2006).

O recém nascido pré-termo, já foi considerado como ser insensível de dor, sem capacidade de se interagir com o meio e de perceber suas modificações. Hoje esses conceitos mudaram consideravelmente, sabe-se que esse bebê tem capacidades sensoriais e perceptivas e que interage sim com meio onde vive. É crescente a conscientização dos profissionais de saúde de que o RN pré-termo, necessita de cuidados especializados de acordo com as peculiaridades de seu desenvolvimento.

Apesar de muito pequenos, os bebês pré-termos exprimem seu modo de vivência interna. São capazes de manifestar prazer, dor, de buscar contato e de fugir do contato quando não suportam o excesso de dor, de estimulação ou de estresse (ROLIM E CARDOSO, 2006).

É essencial que a enfermagem identifique os sinais emitidos pelo bebê ao ser exposto à dor, de maneira que possa intervir realizando cuidados que minimizem as repercussões da dor, favorecendo o conforto a auxiliando o bebê a se reorganizar.

Os recém-nascidos têm dificuldades para lidar com o estresse, o que pode afetar o crescimento e desenvolvimento, produção de calor, e os mais variados mecanismos neurológicos (WONG, 1999 apud PIVA, 2005). A observação do comportamento do neonato auxilia em perceber a capacidade que ele possui em reagir aos diversos estímulos. Observar o comportamento é fundamental para perceber alterações geradas pelo estresse vivenciado no ambiente da UTI neonatal.

Em detrimento disso, a observação atenta aos sinais do estresse e a intervenção para amenizar o comportamento desorganizado do recém-nascido interferem beneficemente no processo de recuperação e desenvolvimento do bebê.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002), o neonato ao ser exposto à dor e ao estresse prolongados, faz uso de defesas, podendo ser expressadas desde o choro silencioso à inércia, podendo prejudicar seu desenvolvimento psicoafetivo. Se o bebê é exposto a uma estimulação imprópria, leva o bebê a defender-se contra ela. Já uma estimulação adequada, o encaminhará a reagir positivamente e a buscar contato e aproximação.

Perceber e interpretar a linguagem dos recém-nascidos identificando suas respostas psicomotoras auxilia na observação dos sinais, e as respostas fornecidas tornam mais efetiva a atuação do profissional (TAMEZ e SILVA, 2006). É importante que haja uma observação atenta aos sinais transmitidos pelo bebê.

O conhecimento das necessidades dos neonatos e dos riscos a que ele está exposto durante a internação em UTIN, permitirá que a equipe de enfermagem proporcione um cuidado voltado à sua recuperação e desenvolvimento adequado.

Os sinais de estresse e instabilidade fisiológica nem sempre são evidentes imediatamente após a intervenção, alguns sinais são manifestados alguns minutos após. A facilitação da auto-regulação do recém-nascido permite que o esforço que ele realiza para ajustar-se ao estresse seja menor, isso é possível deixando que ele leve as mãos à boca ou próximo do rosto, sugue o dedo, flexione os membros inferiores para promover conforto, o que é facilitado pelo adequado posicionamento (TAMEZ e SILVA, 2006).

Tendo em vista os conhecimentos das necessidades e individualidades dos neonatos, propõe-se olhar as intervenções de forma a favorecer o desenvolvimento desse ser, promover uma melhor qualidade de vida após a alta hospitalar, favorecer o vínculo afetivo com seus pais e evitar seqüelas e atrasos no sistema neuro- motor futuramente.

Esse novo olhar tem em vista diminuir as repercussões no sistema nervoso central e nas relações afetivas familiares desses recém-nascidos. Permite identificar estados comportamentais desse bebê, atentando para os sinais de retraimento e organização sensorial (BRASIL, 2002).

O vínculo afetivo entre pais e filhos é iniciado durante a gestação, sendo firmado e fortalecido após o primeiro contato posteriormente ao nascimento. Muitas

vezes o recém-nascido segue diretamente para a UTIN, e a mãe sequer pode vê-lo após o parto devido às condições clínicas do bebê. Dessa forma, fica prejudicado o fortalecimento desse vínculo, trazendo riscos para a interação mãe/ filho. O vínculo com os pais é fundamental para o desenvolvimento mental e físico normal da criança (BEHRMAN e KLIEGMAN, 2004 apud PIVA, 2005).

À espera do filho, os pais criam a expectativa de sua chegada na idade gestacional normal e, por um bebê saudável e perfeito. Acreditam que em poucos dias estarão em casa, e poderão cuidar de seu bebê, pegar no colo, e exercer o papel de pais convencionais. Se é recebido um recém nascido de alto risco, tudo que eles imaginaram passa a acontecer diferente. No nascimento de um recém-nascido de alto risco, sua separação brusca dos seus pais e a internação em uma UTIN, promove uma série de sentimentos e emoções que podem dificultar a aproximação entre pais/ neonato e a formação do vínculo-afetivo. A grande ansiedade gerada pode provocar desorganização comportamental nos pais, levando-os a se desesperarem, prejudicando a ligação afetiva com seu filho (BRASIL, 2002).

Segundo Brasil (2002), a equipe de saúde deverá minimizar o máximo a separação entre pais e filho, favorecendo a formação e fortalecimento do vínculo afetivo. É importante que exista um ambiente acolhedor para a família, que os pais sejam estimulados a comunicarem-se com o bebê, a tocarem seu filho, se as condições de saúde do mesmo permitirem.

A internação provoca sentimento de medo nas mães, que é expressado especialmente durante as visitas, quando ocorre um contato mais próximo, com a visualização do seu bebê, em um ambiente estranho e assustador (NETO, 1999). A preocupação inicial, se refere a sobrevivência de seu filho, se fazendo necessário que a equipe de enfermagem ofereça informações quanto ao estado do RN e seu prognóstico.

Os pais ao se depararem com o ambiente hostil da UTIN, tenso, cheio de luminosidade, com sons de alarmes e, ao ver seu filho rodeado de equipamentos estranhos, por vezes com tubos, drenos, sondas, se sentem assustados. A equipe muitas vezes se encontra atarefada, não esclarecendo suas dúvidas e não dando uma assistência adequada à família. Com isso, é gerada uma série sentimentos inadequados à formação do vínculo afetivo.

Segundo estudo realizado por MITTAG e WALL (2004), ao receber a notícia de internação de seu filho em uma UTI neonatal, os pais demonstraram sentimentos de desespero, tristeza, angústia e depressão. Face a isso, é necessário que a equipe de enfermagem, o quanto antes, oriente os pais quanto ao estado do bebê, seu prognóstico, equipamentos utilizados e sua finalidade, as normas e rotinas do setor, dê ênfase nas vantagens do contato do bebê com os pais, entre outros, minimizando esses sentimentos e evitando o afastamento da UTI neonatal. É importante ser dispensada atenção cuidadosa aos pais, reduzindo ansiedades e medos (BRASIL, 2002).

É importante manter atenção aos ritmos e às possibilidades do binômio mãe-filho, no que diz respeito à aproximação e contato (GOMES, 2004). No tempo de separação mãe-bebê a equipe precisará realizar intervenções que contemplem as peculiaridades de cada binômio, proporcionando acolhimento e possibilitando uma relação de aproximação da mãe/ bebê.

Os pais têm a sensação de que não são importantes para o seu filho e que não podem fazer nada pra ajudá-lo (BRASIL, 2002). Existe ainda o medo que os pais têm em tocar seu filho, devido sua aparente fragilidade (MITTAG e WALL, 2004). Diante desse fato, é importante orientarmos as vantagens dos cuidados maternos e paternos na melhora clínica e no desenvolvimento de seu bebê. Os pais, assim que possível, devem ser estimulados a participarem nos cuidados ao seu filho, como amamentação, banho, o que fará com que eles se sintam capazes de realizar os cuidados, importantes na recuperação de seu filho e proporcionará maior segurança após a alta.

Segundo REICHERT, LINS e COLLET (2007), a manutenção do vínculo afetivo durante a hospitalização, promove aceleração na recuperação do RN e exerce efeito no seu crescimento e desenvolvimento futuro.

Diante do exposto, a enfermeira tem um importante papel neste contexto, uma vez que ela está em contato direto como o RN e sua família. A equipe de enfermagem deverá propiciar um ambiente acolhedor à família, favorecendo a interação com neonato e propiciando o fortalecimento do vínculo-afetivo.

A UTI neonatal é caracterizada por situações de emergência constantes e grandes tecnologias para sobrevivência do RN, esses fatores favorecem o cuidado mecanizado. Algumas vezes a enfermagem tende a se preocupar mais com os cuidados relacionados aos equipamentos. É de fundamental importância que os

profissionais de enfermagem estejam preparados e qualificados para manusear esses equipamentos, entretanto, não se deve perder de vista a dimensão do cuidado integral (SIMSEN E CROSSETTI, 2004).

A enfermeira está mais próxima do paciente e, em tese, deveria zelar por sua assistência integral, ou da sistematização dessa, mas sua ausência na assistência direta torna o trabalho da equipe mecânico e padronizado (ROLIM E CARDOSO, 2006). Muitas vezes ela se ausenta desse cuidar holístico para realizar atividades administrativas e burocráticas, comprometendo a assistência humanizada.

A conscientização de que as UTINs são causa de estresse para os neonatos, seus familiares e as equipes, está sendo responsável por uma mudança na visão do atendimento. A preocupação hoje não se restringe a tratar a doença, mas que na UTIN se cuide dos pacientes de modo que os mesmos não tenham seqüelas físicas nem emocionais (LIRA, 2004). Assim, percebe-se maior preocupação em humanizar as UTINs.

Devido à complexidade que é atender o RN em uma UTI neonatal, enfatizamos a importância do envolvimento da equipe de enfermagem na assistência do binômio mãe-filho, ressaltando-se a necessidade de humanizar essa assistência, facilitando a interação entre binômio-equipe. Esse cuidado proporciona crescimento, desenvolvimento e recuperação do RN de forma satisfatória e contribui para minimizar os efeitos nocivos causados pela hospitalização, contribuindo para uma boa qualidade de vida do RN.

Embora se considere essencial humanizar as UTINs, essa humanização não é algo que acontece rápido, para que ocorra é necessário que cada profissional, se envolva e se interesse por esse ideal (ROLIM E CARDOSO, 2006).

Existe a necessidade de se estimular os profissionais da UTI neonatal, a aprimorarem seus conhecimentos técnicos científicos. Esse aprimoramento deverá ocorrer no âmbito de novas tecnologias, mas especialmente acerca do desenvolvimento físico e do psiquismo dos neonatos. O cuidado com a manipulação, postura, som, luz, estresse e dor, guiado pelo conhecimento das capacidades do recém-nascido, permite à equipe de saúde, uma mudança de paradigma, permitindo uma nova prática (BRASIL, 2002).

É importante que haja capacitação dos profissionais de enfermagem para aprender as necessidades individuais de cada neonato, observando o

comportamento antes, durante e após procedimentos e manipulação, verificando sinais de desorganização, estresse e dor (REICHERT, LINS e COLLET, 2007). O cuidado humanizado deve estar voltado para a atenção integral ao neonato, minimizando os fatores que dificultam seu desenvolvimento, promovendo conforto e qualidade de vida futuramente.

Humanização implica também na valorização do profissional, do diálogo intra e interequipes, e em proporcionar espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e dos usuários (DESLANDES, 2004; PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

A equipe de enfermagem é submetida a vários estímulos estressantes, com um ritmo de trabalho exaustivo e intenso. É intensamente cobrada por parte dos outros profissionais e pelos familiares do recém-nascido, vive situações estressantes de vida e morte e necessita de constantes ações e decisões precisas e rápidas. Esses fatores podem levar também ao estresse dos profissionais, levando ao distanciamento do neonato e automatização do cuidado. Levando em consideração esses aspectos, entende-se a necessidade de se cuidar de quem cuida, afim de que se obtenha qualidade da assistência.

A enfermagem, por estar mais próxima da família assim como pelos ideais de humanização que regem a profissão, cabe a ela promover cuidado humanizado aos pais dos neonatos, diminuindo estresse, ansiedade, culpa e medos causados pelas circunstâncias de internação de seu filho.

O cuidado humanizado à família envolve manter comunicação efetiva, esclarecendo suas dúvidas, informando sobre os equipamentos, sobre tratamento e prognóstico e, sobretudo, pondo-se disponível a ouvi-los. Estimular o fortalecimento do vínculo-afetivo, incentivando os pais a tocarem seu bebê, a entender seus sinais de aproximação e a realizar alguns cuidados ao seu filho.

Assim, a enfermagem se mostra fundamental no âmbito da humanização das UTINs, uma vez que convive diretamente com neonato/ família, o que permite percepção de fatores que possam interferir no vínculo-afetivo, recuperação e desenvolvimento do recém-nato, assim como na saúde psíquica dos pais. Dessa forma, possibilita a equipe a promover o cuidado humanizado ao binômio pais/filho.

É importante, portanto, que a família do recém-nascido esteja sempre a par da evolução do tratamento na unidade neonatal e que participe o maior tempo possível dos cuidados junto com toda a equipe. E que a enfermagem zele pela

preservação dos vínculos afetivos familiares por meio do acolhimento à família garantindo para o bebê um espaço mais saudável, capaz de colaborar para seu desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos bebês nascem antes de completarem a idade gestacional adequada para que todos os seus órgãos possam estar preparados para se adaptarem à vida extra-uterina. Esses bebês chamados de prematuros, necessitam de um cuidado integral que geralmente é oferecido nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, sendo fundamental para recuperação anátomo-fisiológica dos mesmos.

O uso de tecnologia de alta complexidade nessas Unidades têm salvado vidas, embora possa contribuir para a alienação do trabalho quando os profissionais se preocupam mais com os aparelhos utilizados do que com o bem estar da criança e sua família. Por isso é tão importante que os profissionais de enfermagem possuam habilidade técnica e ofereçam assistência individualizada, procurando ter um contato mais afável com o bebê e seus parentes, se colocando no lugar do outro, vendo, ouvindo e sentindo como se fosse o outro.

A interação da equipe com os pais dos prematuros é necessária, pois muitas vezes a família está passando por problemas econômicos, emocionais, necessitando de orientações, apoio, sendo os profissionais neste momento capazes de mostrarem para os pais que seus filhos após receberem cuidados especiais na UTI Neonatal têm capacidade de se desenvolverem normalmente e de serem pessoas saudáveis e felizes.

As ações de enfermagem devem oferecer o menos possível de manipulação ao bebê, objetivando diminuir o estresse ambiental, pois ao nascer antes do termo, o prematuro se depara com um ambiente adverso, com luminosidade em excesso, ruídos e movimentos constantes interrompendo os seus ciclos de sono, portanto a enfermagem deve oferecer o cuidado ideal visando possibilitar uma boa adaptação do prematuro ao ambiente extra-uterino, acelerando sua reabilitação.

É relevante também que em todas as ações dos profissionais de enfermagem possam estar presentes a Humanização que significa transmitir amor, confiança e respeito ao próximo, objetivando o bem estar de todos os prematuros e

de suas famílias. Trabalhar com a Humanização é mais do que qualquer coisa ser humano, tratar o seu semelhante como se estivesse cuidando do seu próprio filho, respeitando o seu estado debilitado e cuidando para que a cada dia, a cada novo procedimento, possa estar chegando mais perto da recuperação do bebê e da felicidade e tranquilidade de sua família.

O profissional enfermeiro e progenitores devem se dar às mãos, unindo-se, ou seja, a recuperação plena do prematuro. Humanizar é se colocar no lugar do sujeito e entender as necessidades humanas integrais mudando o olhar de observadores cientificistas à ternura amena. É entender que a humanidade somos todos nós e abraçar a causa do afeto, superando idéias pré-concebidas de imparcialidade e frieza.

REFERÊNCIAS

ALBERMAN, E.; EVANS, S.J.W. A epidemiologia da prematuridade: etiologia, freqüência e prognóstico. **Anais Nestlé: o prematuro**, 1992. p.5-24, v.44.

AVERY, G.B. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido prematuro de baixo peso: método mãe-canguru: Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 196p. 2002.

DESLANDES, Suely F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.9,n.1,p.7-14,2004. Disponível em : <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000100002&lng=pt&nrm=isso&tlng=pt >. Acesso em : 20 nov. 2009.

GOMES, Ana Lúcia Henriques. **A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional**. *Psicologia Hospitalar*. São Paulo, v.2,n.2, dez/2004. Disponível em: <
http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1677-74092004000200004&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 15 nov. 2009.

LEONE, C.; ALCÂNTARA, P. **Pediatria Básica**. 8.ed. São Paulo: Sarvier, 1991.

MARCONDES, Eduardo; VAZ, Flávio Adolfo Costa; et al. **Pediatria Básica: Pediatria Geral e Neonatal**. 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002.

MELLO, D.F. **O cuidado de enfermagem no seguimento de crianças prematuras e de baixo peso**. 1999. 191p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. 1979. 215p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MITTAG, Barbara Franco; WALL, Marilene Loewen. **Pais com filhos internados na uti neonatal Sentimentos e percepções.** Saúde e Desenvolvimento. Curitiba, v.6, n.2, p.134-145, maio/ago. 2004. Disponível em: <
<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/8068/5686> >.
Acesso em: 02 nov. 2009.

NETO, José Antonio de Sá. **Mães e bebês: A formação do apego num contexto de hospitalização.** Academus: revista científica de saúde. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, jul/set, 2003. Disponível em: <
<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/printerview.htm?user=reader&infoid=824&editionsectionid=192> >. Acesso em 10, nov. 2009.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. **Humanização do Cuidado da UTI Neonatal.** Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v.9, n.1, p. 200-213, Jan-Abr, 2007. Disponível em: <
<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm> >. Acesso em 15 nov. 2009

RIBEIRO, L.M. **Prematuro, quem é esse bebê? As singularidades de bebês que nascem pré-termo em questão.** 1991. 116p. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ROLIM, K. M.; CARDOSO, M.V. O discurso e a pratica do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latino Americana Enfermagem**, São Paulo, p.85-92, 2006.

SILVA, M.; ALVARENGA, A. Considerações teórico-metodológicos acerca da constituição da perinatologia como área de conhecimento e da mortalidade perinatal como objetivo de investigação de natureza interdisciplinar. **Revista brasileira de Crescimento e desenvolvimento Humano**, v.5, n.2, p. 1-16, 1995.

SIMSEN, Cleciane Doncatto. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25. n.2. 231-242 p. ago., 2004.

SSCOCBI, C. G. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem.** 2000. 245p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TAMEZ, Raquel Nascimento. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto-risco.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

WONG, Donna. L. **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5.ed. AVERY, Gordon.B.; FLETCHER, Mary Ann; MACDONALD, Mhairi G. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**.4. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.1492 p.