

O ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO AOS PAIS DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Carla Michele de Souza Carvalho

Elaine Portugal Sales Andrade Santos

Carina Estrela Moita

Maria Clara Diniz de Oliveira

Victor José Uchoa de Carvalho

RESUMO

Muitos pais deparam-se com seus filhos prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Um ambiente que outrora era para “morrer”; no entanto felizmente atualmente quebrou-se esse tabu. O que vem despertando a sensibilidade nos clientes, acompanhantes e profissionais dessa unidade, sobre o quanto a permanência nessas unidades, quando necessário, torna-se de extrema relevância. O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, de cunho descritivo, com abordagem qualitativa. O objetivo é conhecer o cuidado de acolhimento do enfermeiro aos pais de recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, conforme a literatura, compreendendo o cuidado de acolhimento aos pais de recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; e abordando a importância da educação continuada e permanente para o enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no cuidado de acolhimento aos pais de recém-nascido prematuro. Esta unidade de cuidados intensivos, nos últimos anos, vem ganhando atenção positiva, no que diz respeito aos investimentos tecnológicos e de equipe multiprofissional, reforçando também o enlace de resultados à transição no acolhimento dos pais de neonatos prematuros, que também precisam de cuidado, apoio e compreensão, neste novo e vulnerável ambiente.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Humanização. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Cuidado de recém-nascido prematuro. Acolhimento aos pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

1 INTRODUÇÃO

Diante de uma crescente informatização, tecnologia e robotização na sistematização no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que por sua vez tem extrema relevância no que diz respeito ao cuidado, atenção e recuperação do recém-nascido (RN) prematuro, este vem acompanhado de seus pais, que trazem consigo aspectos psicossociais que englobam a necessidade humanizada. Na qual o enfermeiro deve conhecer e estar na linha de frente no que diz respeito ao cuidado de acolhimento aos pais desse RN.

Segundo Miranda (2013), em uma UTIN, é necessário que o enfermeiro juntamente com uma equipe multiprofissional consiga de forma holística atender as necessidades integrais do RN prematuro, bem como o envolvimento da família nesse processo, no qual os pais, quando ao primeiro contato com a UTIN, deparam-se com um ambiente totalmente inusitado. O enfermeiro deve orientá-los antes desse primeiro contato, a respeito do que é pertinente para o conhecimento dos mesmos, evitando desconforto e estranheza, em relação aos equipamentos utilizados, materiais e técnicas que farão parte de suas rotinas, mesmo que por um período curto de tempo, permitindo assim uma melhor interação e familiarização com esse novo ambiente.

O parto prematuro tem sua definição embasada na gestação que tem seu término entre a 20^a e a 37^a semana após o primeiro dia da última menstruação, porém o que se espera durante toda a gestação é um RN saldável, com resultados mínimos traumáticos para a mãe. Infelizmente por diversas vezes isso não ocorre, e por variados fatores como, por exemplo, complicações durante a gravidez ou durante o parto, ou com o próprio RN. Essas complicações consequentemente levam a riscos que atingem tanto a genitora quanto ao RN, podendo evoluir para uma possível perda. (RAMOS; CUMAN, 2009).

O RN prematuro é identificado por inúmeras causas, onde o mesmo fator prematuridade é causa de mortalidade infantil em vários países por todo o mundo, mas em sua maioria a causa é desconhecida. O fator morbimortalidade é grande em RN's prematuros, além do fator econômico, que influencia no acesso aos cuidados complexos e especializado nesses nascimentos. Mesmo após o nascimento, o RN prematuro pode sofrer disfunções e comprometimentos em qualquer órgão ou sistema do seu corpo, gerando assim algumas intercorrências no decorrer do seu desenvolvimento, devido a sua imaturidade. Apesar do crescimento nos investimentos

tecnológicos, temos em contrapartida a deficiência nas estruturas, nos recursos humanos, no atendimento, na manutenção, no cuidado e acompanhamento da saúde tanto para o RN quanto para os pais, trazendo à tona os agravos e intercorrências relevantes ao crescimento e desenvolvimento do prematuro. (SEKI; BALIEIRO, 2009).

O enfermeiro deve estar preparado ainda durante o pré-parto para, sensibilizar e conversar com os pais antes do nascimento sobre o que está ocorrendo. Esclarecendo sobre a realidade dos fatos, sempre de forma ética e coerente, manter a equipe de enfermagem presente do nascimento até o cuidado pós-natal nas primeiras horas de vida extrauterina do RN, introduzindo-os à UTIN, bem como uma breve explanação de como funciona todo recurso tecnológico e da disposição de toda equipe profissional especializada. Assegurando desta forma, a qualidade e humanismo na utilização dos métodos que serão prestados e nos cuidados com o RN. (TAMEZ, 2013).

No contexto onde o enfermeiro é responsável em disseminar o conhecimento, treinar e qualificar habilidades que envolvam a sensibilidade no cuidado para sua equipe, o mesmo deve sempre estar integrando a Educação Continuada (EC) e Educação Permanente (EP), atuando significativamente, capacitando e tornando a UTIN humanizada. (ROCHA, 2011).

Nesse cenário onde a EC e a EP, tem a capacidade de influir significativamente, aperfeiçoar e preparar a equipe de enfermagem, cria-se uma UTIN humanizada embasada cientificamente e favorável para o cuidado do acolhimento direcionado aos pais do RN prematuro. Pois para manter a ação do cuidado no acolhimento, é necessário, aquisição de conhecimentos em técnicas, treinamentos e capacitações de vivência da realidade a respeito das UTIN's do RN prematuro e tudo que envolve sua recuperação e manutenção. (OLIVEIRA; MIRANDA, 2013).

Uma das metodologias que se aplicam na prática assistencial, promovendo mais segurança e qualidade relacionados ao cuidado com o paciente, e também a autonomia do enfermeiro e sua equipe, é à sistematização da assistência de enfermagem. (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Para os pais o primeiro contato com uma UTIN é como descobrir um mundo novo, diferente do mundo em que eles estão acostumados a viver e levar junto seus bebês. O enfermeiro deve orientá-los antes desse primeiro contato, a respeito do que é pertinente para o conhecimento dos mesmos, evitando assim sentimentos de desconforto e estranheza, em relação aos equipamentos utilizados nesse ambiente,

assim como os materiais e técnicas que farão parte de suas rotinas, permitindo assim uma melhor interação e familiarização com esse novo ambiente.

O motivo da escolha do tema da pesquisa surgiu a partir da experiência de uma das autoras que vivenciou em seu contexto familiar a necessidade da intervenção de enfermagem no cuidado de acolhimento aos pais em uma UTIN e enfatizou a realização de um estudo que atenda tanto aos enfermeiros quanto aos pais de RNs prematuros, em contato com um ambiente de UTIN. A partir deste contexto a questão norteadora desta investigação é: qual a importância do enfermeiro no cuidado de acolhimento aos pais de recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, conforme a literatura?

Desta forma, o objetivo desta pesquisa é conhecer o cuidado de acolhimento do enfermeiro aos pais de recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, conforme a literatura, compreendendo o cuidado de acolhimento aos pais de recém-nascido prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; e abordando a importância da educação continuada e permanente para o enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva no cuidado de acolhimento aos pais de RN prematuro.

2 MÉTODO

A metodologia é entendida como uma disciplina que consiste em estudar, compreender e avaliar métodos disponíveis para realização de uma determinada pesquisa. Dessa forma, esta pesquisa trata-se de um estudo metodológico cuja construção foi realizada através do método de leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa, bem como sua revisão integrativa, contribuindo para o processo de síntese e análise indutiva dos resultados de vários estudos, de forma a consubstanciar um corpo de literatura atualizada e compreensível no que diz respeito à importância do enfermeiro no acolhimento aos pais em uma UTIN. (PRODANOW, 2013).

A presente pesquisa apresenta-se através de uma bibliografia de abordagem qualitativa e de finalidade descritiva, onde se utilizou na coleta de dados, artigos, livros, revistas eletrônicas especializadas e sites específicos com os conteúdos atualizados no que diz respeito ao tema analisado, visando alcançar a compreensão do leitor.

Na realização da pesquisa sobre o tema abordado, fez-se o uso de dados científicos de bibliotecas virtuais, através de sites acadêmicos como: Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para a coleta dos artigos foram utilizados descritores no idioma português, onde também selecionou-se através de condutas em artigos científicos de forma abrangente nos temas: Assistência de Enfermagem; Humanização; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Prematuridade; Enfermagem e Pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Ampliando variáveis onde foram achadas publicações em artigos, livros, monografias e revistas de enfermagem. Por conta dessa combinação de descritores houve possibilidade de realizar essa pesquisa.

Foram inclusos publicações no idioma português original, completos, entre os períodos de 2000 a 2016. Todo material selecionado teve relação direta com o tema de forma coerente ao resultado, onde o objetivo do critério foi o melhoramento na análise e desenvolvimento da pesquisa, salientando a relevância do tema para profissionais e clientes envolvidos com o referido tema.

Foram excluídos da pesquisa, de forma seletiva, todos os materiais que não se apresentaram na língua portuguesa, com o objetivo de evitar falhas em sua tradução, os materiais de fonte duvidosa, estudos sem relação com o tema e fora do período estabelecido, evitando assim problemas em relação à possibilidade de constarem informações incoerentes ao ambiente de uma UTIN atual.

Na busca por pesquisas diretamente ligadas ao objeto de estudo, de forma coerente em que norteia o tema ao objetivo do mesmo, foram selecionados artigos, livros, monografias e revistas eletrônicas, nos quais foram realizados uma leitura extensa de cada publicação por meio dos critérios de inclusão e exclusão, com finalidade de alcançar a amostra, o que resultou nesta monografia. Assim, a amostra final deste estudo está embasada em 1 livro para fundamentação metodológica; 2 manuais, 1 monografia, 1 projeto de pesquisa, 11 livros e 10 artigos científicos para a contextualização teórica.

Na seleção dos materiais para conclusão da pesquisa foi necessário leitura e releitura exaustivas de forma íntegra do conteúdo coletado, com seletiva coleta de dados, buscando a definição categórica mais pertinente aos estudos, principalmente na elaboração de resumos para um projeto de qualidade bem como, identificando os aspectos mais pertinentes que se duplicavam ou se sobressaíam. Foi utilizada a

técnica de análise temática de conteúdos, através de leitura criteriosa para confirmação do tema escolhido, almejando alcançar pesquisadores, equipes de enfermagem, pais e clientes que possivelmente estejam vivenciando a situação ou até, em busca de repostas que se referem ao acolhimento de enfermagem aos pais de RN's prematuros em uma UTIN.

3 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Em uma unidade hospitalar humanizada que une estrutura física, tecnológica, humana e também administrativa, os focos principais são a valorização e o respeito ao neonato, garantindo ao mesmo um atendimento de qualidade. O RN pré-termo ou prematuro, é uma das principais causas, que exige a assistência de um atendimento especial e de alta complexidade. Quando um RN prematuro é encaminhado para uma UTIN, os serviços terapêuticos e tecnológicos avançados são indispensáveis para a estabilização, recuperação e manutenção do mesmo.

Assim, os RN's prematuros necessitam de todos os aparatos tecnológicos bem como profissionais comprometidos e capacitados, principalmente em se tratando de um ambiente em que estão introduzidos os riscos e os fatores preexistentes materno/fetal, levando em consideração que a prematuridade deve-se a vários fatores. (BITTAR, 2009).

Segundo Bittar (2009), os principais fatores ligados à prematuridade são alterações hormonais; incompetência cervical; sangramento de primeiro e segundo trimestre; placenta prévia; deslocamento prematuro de placenta; poli-hidrânio ou oligodrânio; gemelidade; amniorrexe prematura; doença hipertensiva específica da gestação; malformações fetais; restrição do crescimento fetal; histórico de partos prematuros anteriores. Bem como fatores: epidemiológicos: baixo nível socioeconômico, ambientais, nutrição inadequada, idade materna, estresse físico e psicológico, fumo e drogas.

Cheregatti (2010) descreveu que a UTIN deve ser organizada e administrada pelo profissional de enfermagem, o mesmo deve planejar atividades, coordenar sua equipe a fim de conferir recursos físicos, materiais e humanos; supervisionar, ensinar e orientar todos os cuidados que serão direcionados ao RN; e direcionar os problemas a profissionais específicos que se projetam como parte de uma equipe da UTIN.

O mesmo autor descreve como deve ser cada detalhe do ambiente físico, afinal esse ambiente também tem relação com a humanização, a fim de promover um

ambiente de melhor privacidade, conforto e segurança para o cliente e profissionais envolvidos, visando, conseqüentemente, a diminuição de parte de seus anseios.

Desta forma, tudo deve estar disposto basicamente com: cores adequadas, iluminação eficaz, temperatura satisfatória, ruídos aceitáveis, infraestrutura específica, equipamentos próprios e equipe multiprofissional qualificada. Para tanto, a UTIN deve compor da utilização de tons claros que transmitam um clima de paz, harmonia, tranquilidade e aspecto de limpeza, podendo também utilizar quadros nos corredores com o intuito de colorir o ambiente, a fim de transmitir aos clientes dias melhores e humanizados.

A luz natural é a mais indicada por dar aos pais uma noção de tempo e espaço, e, se for possível, fazer de maneira individualizada; as janelas devem ser de vidro claro e fazer uso de película para filtrar a luz do sol, não utilizar persianas ou cortinas, pois estas ocasionam acúmulo de poeira e dificulta a limpeza.

É importante manter uma temperatura agradável; contudo, respeitando as recomendações para cada caso específico. Desse modo, recomenda-se o uso de ar-condicionado central ou individual, realizando manutenção e trocando os filtros periodicamente. As saídas de ar devem estar longe das incubadoras, pois a temperatura ideal para o ambiente deve ser entre 25 a 27°C, sendo que a umidade relativa deve estar em torno de 30 a 60%.

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), os níveis ideais de conforto para os ruídos são os que se encontram entre 45 e 55 (decibéis). Porém, nem sempre consegue-se manter esse nível de emissão de sons dentro das UTINs, pois com o avanço da tecnologia, alarmes precisos, e a circulação de um número elevado de profissionais no ambiente, além das intercorrências, são fatores que fazem com que neste setor aumentem a produção de sons. O mesmo está entre uma das preocupações dos líderes na atualidade, de atuar na causa principal do problema, a fim de diminuir o desconforto do cliente, pois esses precisam de um ambiente calmo e silencioso com a circulação necessária de pessoas.

É de grande valia que os RN's em estado mais grave fiquem separados um dos outros para que eles e seus pais não ouçam ou vejam as intercorrências e intervenções que possam vir a acontecer. Vale ressaltar que os alarmes sonoros desregulados dos equipamentos como, monitores, ventiladores, máquinas de hemodiálise, bombas infusoras, telefones móveis e fixo e também as conversas

paralelas e barulhos de sapato, estão entre as principais causas de poluição sonora nesses ambientes.

Na equipe deve existir trabalhos de sensibilização, pois os mesmos são necessários de modo a estimular os profissionais a falar baixo e a usarem sapatos com sola de borracha, além de celulares no modo silencioso. Pois estes são atualmente os itens de maior impacto sonoro no ambiente. Dessa forma a distribuição correta das incubadoras e leitos, também de acordo a gravidade e pequenas medidas comportamentais dos profissionais no ambiente, são algumas ações para aliviar os ruídos indesejáveis na UTIN. É sempre válido salientar que a estrutura física, mais especificamente, janelas, portas e paredes devem ser com isolamento acústico, piso liso lavável e, preferencialmente, sem espaços de rejunte.

São imprescindíveis para a manutenção da vida do RN prematuro, presente no setor da UTIN, a composição de vários equipamentos básicos. Entre eles estão: analisador de oxigênio; aparelho de radiografia portátil; aparelhos de pressão arterial infantil não invasiva; aparelhos de fototerapia; aquecedor de sangue para exsanguíneo transfusão; aspirador eletrônico portátil; bacias inox médias; bacinetes; balança em gramas (exclusivas para pesagem de fraldas); balança infantil eletrônica; banheiras; berço de acrílico com cesto removível; berços aquecidos com calor radiante; bilirrubinômetro; bombas de infusão de seringas; bombas de infusão volumétrica; bombas elétricas de ordenha de leite materno; capacetes de acrílico (oxyhood) com, no mínimo três circuitos para cada aparelho; carro de emergência ou bolsa de reanimação; cesta de lixo fechada com pedal; colchão d'água térmico; cilindro portátil de oxigênio e ar comprimido para transporte; desfibrilador neonatal; eletrocardiógrafo; estetoscópio infantil; fluxômetros de oxigênio e ar comprimido; e focos auxiliares. Além dos equipamentos citados acima, a equipe de enfermagem deve sempre manter uma lista atualizada dos materiais, medicamentos e rouparia necessários, tanto para manutenção quanto para composição, solicitando o que mais é utilizado e retirando aquele que não tem uso. Mantendo assim o setor organizado e preparado para receber a clientela de acordo com sua complexidade. (TAMEZ, 2013).

Tamez (2013) ainda esclarece que em se tratando de recursos humanos a equipe de enfermagem deve ser composta por: uma enfermeira chefe/encarregada da UTIN; uma enfermeira de plantão por turno (para cada 10 leitos); técnicos de enfermagem de acordo com o nível de assistência e números de leitos; um auxiliar de serviços gerais por turno e uma secretária/recepcionista por turno.

Para tanto, é preciso que exista uma comunicação clara envolvendo ideias e informações necessárias entre cada membro da equipe; afinal, cada membro da equipe tem sua formação e habilidades próprias, atuando cada um na sua área e competência. No entanto, todos devem estar entrosados e ativos, preparados para colocar seus clientes em primeiro lugar; manter-se informados e atualizados em pesquisas e conhecimentos; conhecer os problemas que envolvem seus pacientes; ter senso crítico e questionador; ser flexível a mudanças e sempre manter as anotações de enfermagem registradas legivelmente, precisas e de fácil acesso. (TAMEZ, 2013).

De acordo com o artigo 11 da Lei de Nº 7.498/1986, algumas atribuições não podem ser assumidas por mais nenhum outro profissional ou pessoa se não o enfermeiro. Dessa forma cabe ao enfermeiro, privativamente, as funções de: organizar e direcionar os serviços de enfermagem; as atividades técnicas e auxiliares; planejar, coordenar, organizar, executar e avaliar todos os serviços de assistência de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem aos pacientes graves com risco de vida; onde há maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica, e capacidade de tomar decisões imediatas. Portanto, cabe ao profissional enfermeiro delegar as responsabilidades e definir as atribuições, conforme a qualificação e capacitação de cada componente de sua equipe, bem como as atribuições dos cuidados integrais através de escalas para técnicos e auxiliares de enfermagem.

O artigo 13 da mesma seção explana que cabe ao coordenado de enfermagem ter especialidade em terapia intensiva, ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, seja esse; adulto, pediátrico ou neonatal. E no artigo 14 da mesma seção, é mencionado que as equipes multiprofissionais devem ser legalmente habilitadas, sendo seu dimensionamento quantitativo e qualitativo dependentes do perfil da assistência.

Toda tecnologia e estrutura devem estar entrelaçadas à humanização, técnica, educação continuada, ética e, sobretudo, o envolvimento e comprometimento do profissional de enfermagem e sua equipe; com o objetivo de alcançar resultados favoráveis e esperados, mesmo existindo riscos e situações peculiares desta unidade em questão. Deve-se eliminar as particularidades pessoais e emocionais, para obtenção de uma UTIN de qualidade e resultados positivos.

Nesse contexto, torna-se extremamente importante a discussão nas práticas preventivas gestacional, assistenciais no parto, e no nascimento. Tendo como base melhorias aliadas a atenção neonatal, permitindo que a família e bebês vivam esse momento intenso e emocionante, exigindo das equipes envolvidas responsáveis pelo acolhimento, competência técnica, bem como o respeito às necessidades individualizadas. (MOREIRA, 2004).

4 O RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Mesmo com a evolução da medicina e dos métodos avançados assistenciais no pré-natal, ainda é grande o número de prematuros de baixo peso que nasce anualmente. Os índices de mortalidade devido à prematuridade também ainda são altos. O Brasil ocupa o décimo lugar no ranking mundial de nascimentos de prematuros. São vários os fatores que ocasionam a prematuridade do parto, dentre eles os aspectos relacionados às mães, condições de vida e moradia, mas a maioria dos casos ainda ocorre sem explicação, estando esse RN sujeito a desenvolver complicações futuras devido à prematuridade.

Ramos e Cuman (2009) relatam que a prematuridade pode ocorrer em qualquer lugar ou classe social, acarretando custos emocionais e financeiros difíceis de mensurar. Pois esta circunstância necessita de capacidade técnica, equipamentos e uma estrutura assistencial especializada. Porém, nem sempre esses fatores estão disponíveis, o que gera preocupações e afeta diretamente a estrutura familiar, que alterna sentimentos de medo e expectativas em torno da saúde do bebê, uma vez que a prematuridade pode trazer consequências graves como, a disfunção em vários órgãos e no sistema corporal, durante o desenvolvimento do RN gerando desta forma diversos anseios na família.

De acordo com Tamez (2013), há algum tempo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificava os RN's vivos como prematuros baseando-se apenas no peso, ou seja, bebês que nascessem com o peso inferior a 2.500 gramas, porém, na década de 1970 a Academia Americana de Pediatria passou a avaliar e considerar também a idade gestacional, pois, em algumas circunstâncias os bebês que nascessem com peso inferior a 2.500 gramas poderiam ser considerados a termo. Atualmente considera-se prematuro todo RN que nasceria antes das 37 semanas de gestação, e considerado RN prematuro de baixo peso todo nascido vivo que logo após o nascimento indique peso inferior a 2.500 gramas nascido antes de 37 semanas. O

peso do RN ao nascer revela não somente o seu estado nutricional, este parâmetro é também utilizado como um indicador adequado para a saúde individual, tal indicador influencia o crescer e desenvolver desse RN e a longo prazo influencia também nas condições da saúde de quando este RN tornar-se adulto.

Silva et al. (2009), relatam que os partos pré-termos estão classificados em: parto espontâneo, quando estes ocorrem da consequência propriamente dita do parto espontâneo que inclui a rotura prematura das membranas e em partos eletivos, que são programados pelo médico e são provenientes de alguma intercorrência do feto ou da gestante. Este segundo tipo de parto, chega a representar 35,2% dos partos prematuros, quando há gestação múltipla. Nos dias atuais a prematuridade por subgrupos está relacionada a três categorias: a primeira, considerada leve, se dá entre a 32^a e a 36^a semana de gestação; a segunda, descrita como moderada, acontecem entre a 28^a e a 31^a semana e a terceira considerada a mais extrema é denominada severa, e ocorre antes da 28^a semana de gestação. Esta última circunstância indica que esse RN precisará de uma internação em UTIN e de toda atenção e cuidado da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro que passa a maior parte do tempo com esse RN bem como o de sua família, parte importante no processo de recuperação do mesmo.

Ainda na abordagem de Silva et al. (2009), as causas para os nascimentos pré-termos são bastante complexas e envolvem vários fatores, entre eles os fatores ambientais; história reprodutiva materna; condições de gestação envolvendo questões psicossociais, uso de cigarros, drogas, álcool, trabalho, atividade física e a assistência do pré-natal; fatores socioeconômicos; características biológicas da mãe ao engravidar; características fetais e inúmeros outros fatores. No Brasil ainda são poucos os estudos investigatórios de base populacional, voltados para os fatores de risco ao nascimento pré-termo, embora nos últimos anos esse cenário tenha evoluído positivamente.

Cuman (2009) enfatiza que a epidemiologia no Brasil teve um avanço considerável com o acompanhamento estatístico dos nascimentos, o que possibilitou o conhecimento sobre quem nasce; em que condições nasce; onde nasce e como nasce. O Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) implantado pelo Ministério da Saúde e a Declaração de Nascidos Vivos (DN), padronizada a nível nacional e preenchida nas instituições de saúde que realizam partos, cartório de registro civil para parto domiciliares e hospitais maternidades; ambos são de suma importância para a

avaliação das condições de nascimentos e estatísticas demográficas. Definindo prioridades das políticas de saúde que serão adotadas para uma melhor assistência e diminuição no número de mortalidade infantil, incluindo a mortalidade por prematuridade, que tem sido bastante estudada por vários países. Esses estudos revelam que várias são as causas que levam ao nascimento prematuro, dentre as principais estão as causas relacionadas ao aparelho genital feminino, placenta prévia e acúmulo excessivo de líquido amniótico, outros fatores também estão relacionados, como: gravidez na adolescência, primiparidade (primeira gestação) e infecções maternas, contudo, na maioria dos casos a causa da prematuridade ainda é desconhecida.

Um estudo realizado com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, com 12 pesquisadores de universidades brasileiras, desenvolveu uma forma de avaliar a prevalência de nascimentos prematuros no Brasil, através dos dados do SINASC.

Nesta pesquisa, divulgam-se as causas e dados alarmantes a respeito dos partos prematuros ocorridos no país, que atualmente, é de, 11,7% de todos os partos realizados. Colocando o Brasil, no mesmo nível de países de baixa renda, nos quais nesses países a taxa de prevalência para partos prematuros é de 11,8% no ano de 2011. Os países considerados de renda média tem um índice de percentual em torno de 9,4%, de nascimentos de prematuros segundo o relatório “Born too Soon” (nascido cedo demais), divulgado pelo MS em 2012. Além de pesquisarem os números de prematuridade no Brasil, analisou-se também, os prematuros de baixo peso ao nascer, e como principal causa está o fumo durante a gestação, estudos mostram que 15% das brasileiras gestantes são fumantes.

O estudo também externa que há um crescimento desses partos no Brasil, contrariando as taxas de mortalidade do país que vinha diminuindo nos últimos anos, o SINASC demonstrava um pequeno aumento no percentual de prematuridade que era de 6,8% para 7,2% entre os anos de 2000 e 2010. Porém, em 2011 essa taxa percentual foi de 11,8%, dado este que significa que essa taxa é extremamente alta. Atualmente esta é a maior causa de morte infantil e o número é de 16/1000 nascimentos. Desses, por volta de 70% das mortes ocorrem nos primeiros 28 dias de vida, em comparação com países similares. A OMS relata que em 2010, nasceram cerca de 15 milhões de bebês prematuros no mundo, ou seja, os nascidos antes das

37 semanas de gestação. As regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste), RS, RJ, SP, MG, DF, geralmente apresentam o maior número de prematuridade (12% e 12,5%) respectivamente, logo depois vem à região Centro-Oeste (11,5%), depois a Nordeste (10,9%), e por último a região Norte com (10,8%) com os estados de TO e RO. (UNICEF, 2013).

Ainda neste mesmo estudo, reforçou-se também a necessidade de foco nos fatores de risco modificáveis, que tanto estão relacionados ao setor saúde como a setores de proteção social e educação. Entre os fatores estão: prevenir a gestação durante a adolescência; prevenir a multiparidade com o planejamento familiar; melhorar os investimentos na escolaridade de mulheres, e; atender a população indígena em especial, na atenção as suas necessidades.

Diante desse problema de saúde pública, vale ressaltar a importância de investimentos em atenção básica humanizada e de qualidade. Pois acredita-se que a maior parte do problema de prematuridade e morbimortalidade infantil atualmente, deve-se ao descaso em educar prioritariamente a população brasileira, primariamente de educação em saúde. Provavelmente desta forma, não apenas a prematuridade seria diminuída, a economia também seria restituída e revertida para recursos educacionais.

5 O MÉTODO CANGURU COMO ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

O Ministério da Saúde revela que a nível mundial anualmente nascem cerca de 20 milhões de prematuros de baixo peso, destes um terço não chega a completar um ano de vida. Diante desta e de outras problemáticas, foi desenvolvido em 1979 pelos doutores Reys Sanabria e Hector Martinez no Instituto Materno Infantil de Bogotá na Colômbia, o Método Canguru. Essa técnica ainda nos dias atuais mostra melhoria na assistência humanizada na rede do Sistema Único de Saúde trazendo mudanças nos paradigmas na assistência em UTIN no Brasil. (BRASIL, 2014).

Segundo Lamy et al., (2005) o princípio básico deste método é que o RN mantenha contato direto pele a pele com sua mãe ou pai, em posição de decúbito prona, na vertical e contra o peito de ambos, pois, os médicos idealizadores desse método, notaram que prematuros submetidos a essa técnica tinham menos problemas de apneia e bradicardia, além de ganharem peso em menos tempo. O contato pele a pele acontece de acordo com alguns parâmetros individuais de cada caso, ou seja,

depende da idade gestacional, gravidade da doença, estabilidade do RN, além do desejo dos pais em realizar o método, pois, o método canguru é um direito do cliente e dever da unidade hospitalar que possua uma UTIN.

Tamez (2013) revela que a clientela a ser atendida por esse método consiste em gestantes com situações clínicas e obstétricas que tenham risco para o nascimento de crianças de baixo peso; RN de baixo peso admitido na UTIN até o momento da alta, e que depois continuarão o acompanhamento ambulatorial especializado com a equipe de saúde capacitada; mãe e pai que, com o suporte da equipe de saúde deverão ter contato precoce com seu filho, recebendo orientação adequada. (BRASIL, 2002).

Na descrição do Ministério da Saúde, obedecendo aos parâmetros individuais de cada caso, o método canguru é realizado em três etapas: a primeira etapa inicia-se após o nascimento do prematuro de baixo peso que necessita de uma internação em uma UTIN, nesta etapa os procedimentos deverão ser munidos de orientações especiais, tais como: esclarecer os pais e a família sobre as condições de saúde do RN, apresentar os benefícios da aplicação do método, estimular a presença imediata dos pais na UTIN assim como o seu livre acesso ao local e propiciar, sempre que possível, um contato tátil dos mesmos com a criança. Ainda nesta etapa, as visitas dos pais devem ser acompanhadas pelos profissionais capacitados, a fim de evitar infecções, esses profissionais devem orientar os pais quanto aos cuidados e medidas de prevenção de infecções como lavagem das mãos e esclarecer os pais sobre procedimentos e particularidades do ambiente da UTIN. Ainda nesta etapa são iniciadas as medidas para o estímulo a amamentação, o contato pele a pele gradativo até que se alcance a posição canguru, caso a mãe tenha que, por algum motivo, voltar ao seu domicílio, algumas condições deverão ser asseguradas a esta puérpera, como a vinda diária a unidade hospitalar e livre acesso a UTIN, auxílio transporte para sua vinda a unidade de saúde e refeições diurnas durante a permanência da mãe no local da visita. (BRASIL, 2002).

Na segunda etapa o recém-nascido encontra-se estabilizado e poderá contar com a presença continua da mãe. Nesta etapa mãe e filho já estão adaptados ao método e aptos a permanecer em uma enfermaria conjunta, na qual a posição prona será mantida pela maior quantidade de tempo possível. A permanência contínua na enfermaria é uma etapa que antecede a alta. Alguns critérios para o RN e seus pais serem eleitos a essa enfermaria são: quanto à mãe: está convicta de que quer

participar desse tipo de assistência, se a mesma possui disponibilidade de tempo para essa fase, certeza de que a decisão foi tomada em um consenso entre mãe, familiares e profissional de saúde, capacidade de reconhecer situações de risco (regurgitações, pausa respiratórias, mudança de coloração da pele) desse prematuro e a habilidade da mesma em colocar o RN em posição canguru. Quanto à criança: se essa estiver estabilidade clínica, peso mínimo de 1.250g, ganho de peso diário maior que 15g e nutrição enteral plena. (BRASIL, 2002).

A terceira etapa consiste no adequado atendimento ambulatorial da criança após a alta, alguns procedimentos a nível ambulatorial pós-alta devem ser seguidos, tais como realizar exame físico no recém-nascido tendo como referências o grau de desenvolvimento, o comprimento e perímetro cefálico, baseando-se na idade gestacional corrigida e no ganho de peso; avaliar a relação psicoafetiva entre a criança e a família; corrigir situações de risco como o ganho inadequado de peso, refluxos e apneia e orientar esquema correto de imunização. Esse período deve ser acompanhado por um médico e equipe especializada nesse tipo de acompanhamento. (BRASIL, 2002).

Para a realização do método canguru são utilizados alguns protocolos que visam dar segurança e uniformidade ao método, garantindo assim, uma assistência de qualidade ao RN prematuro e RN a termo com enfermidade. Para isso são utilizados os critérios de inclusão e exclusão. Para o critério de inclusão devemos considerar as seguintes condições: que o peso do RN ao nascer seja maior que 600g; seu estado clínico deve ser considerado estável incluindo, respiração, pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e saturação de oxigênio; deve possuir cateter venoso periférico e/ou central desde que estes estejam bem fixados; para os clientes entubados, estes devem estar munidos de ventilação mecânica por pelo menos 24 horas antes do início da aplicação do método. (TAMEZ, 2013).

Como critério de exclusão ao método canguru, consideraram-se as seguintes condições: clientes em uso de cateter umbilical venoso ou arterial, devido ao risco de deslocamento desse cateter pela posição canguru, embora algumas UTINS não considerem o uso desse cateter um critério de exclusão; o uso de dreno de tórax, pois sua remoção acidental pode causar instabilidades respiratórias que podem levar a consequências graves; clientes em uso de drogas vasopressoras como a dopamina e epinefrina devido a sua instabilidade hemodinâmica; RN que necessite do uso de oxigênio em concentração maior que 50% em função de instabilidade respiratória;

ventilação com óxido nítrico e de alta frequência/ oscilatória, pois clientes em uso desse procedimento são considerados muito instáveis e o manejo do circuito do respirador pode causar risco de extubação acidental; quadros de bradicardia e apneias frequentes e certos tipos de patologias cardíacas e respiratórias como hipertensão pulmonar e síndrome de aspiração meconial. (TAMEZ, 2013).

Marques et al. (2016) citam como benefícios do método canguru, o aumento do vínculo entre mãe e filho; a facilidade para o aleitamento materno; favorece a estimulação sensorial adequada; permite controle térmico adequado; melhora no desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN; contribui para redução do risco de infecção hospitalar; aceleração no ganho de peso; ajustes metabólicos; conservar o estoque de carboidratos; reduz o estresse e dor ; estabiliza o funcionamento fisiológico; melhora a frequência cardíaca e saturação de oxigênio; aumenta a confiança dos pais no manuseio dos bebês; contribui para a otimização dos leitos de UTI.

Destacando os benefícios da amamentação no método canguru, o leite materno é um alimento de estratégia natural de nutrição e proteção para o bebê. Este alimento deve ser fonte de alimento exclusivo até os seis primeiros meses de vida, pois além de ser completo sob o ponto de vista nutricional, este substitui a necessidade de ingestão de água, além de ser uma forma de imunização passiva contra alergias, diarreia e infecções do trato respiratório. O leite materno também interfere na redução da morbimortalidade infantil e na economia do país, uma vez que a compra de leite artificial para alimentação do RN acarreta custos elevados para as famílias de baixa renda. Para as parturientes, a amamentação contribui na redução do peso pós-parto, e promove a restauração do diâmetro normal do útero, minimiza o risco de hemorragias, anemia, diabetes, câncer de ovário e de mama. (SBP, 2011).

As metas do método canguru incluem permitir aconchego entre pais e filhos promovendo um vínculo natural, dar oportunidade a esses pais de cuidarem do seu bebê, incentivar a amamentação para uma melhor produção no leite materno, permitir o desenvolvimento da experiência de serem pais apesar do quadro do RN, incentivar o toque dos pais de forma gradativa para o desenvolvimento e crescimento do bebê prematuro, permitir o acalento do RN pelo simples fato de estar em contato com o peito da mãe e ouvindo seus batimentos cardíacos. Fatos estes que consequentemente melhoram a oxigenação e permite o sono profundo, importante fator para o desenvolvimento cerebral do prematuro. (TAMEZ, 2013).

O contato pele a pele nas UTINs, só não foi possível onde houve falta de estabelecimento de critérios, rotinas e de conhecimento da equipe envolvida nesse processo. É recomendado que a enfermagem e os demais membros da equipe multiprofissional de saúde estejam bem informadas sobre a eficácia dessa técnica. Para tal devem ser criadas rotinas, protocolos e critérios específicos para que esse método torne-se individualizado. Uma vez todos esses critérios estabelecidos, vale ressaltar que, o método Canguru só deverá ser realizado com a autorização dos pais. (TAMEZ, 2013).

Dessa forma, o Método Canguru é um forte aliado no que diz respeito à recuperação do RN prematuro promovendo um elo de confiança entre profissionais de saúde e pais, permitindo sua participação efetiva, e consequentemente uma assistência humanizada e de qualidade tão importante para reestabelecer à saúde desse RN.

6 O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AOS PAIS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

O nascimento de um filho é um momento muito esperado pela maioria dos pais. A ansiedade, o medo, a dúvida de como cuidar de um bebê também são sentimentos que acompanham os mesmos, porém, nem sempre as coisas saem como esperado. Alguns fatores podem induzir um parto prematuro que acabam acarretando em consequências graves ao RN, e este precisando ser internado em uma UTIN. É por esse motivo que o papel do enfermeiro é de suma importância no acolhimento, humanização, introdução e preparo dos pais desse neonato para os enfrentamentos futuros, dentro da unidade, com o intuito de recuperar, progressivamente a saúde do mesmo.

Segundo Cheregatti (2010), humanizar em UTI significa envolve três esferas fundamentais para se garantir uma assistência completa do cliente e do familiar, as quais envolvem: ambiente físico; tecnologia avançada; e recursos humanos. Assistir ao paciente de forma completa, incluindo assim o contexto familiar e social, significa também, em sua prática, agregar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e os anseios de cada pessoa.

Dias (2009) relata que a promoção, proteção e recuperação da saúde de forma universal e igualitária é um direito do cidadão e um dever do Estado, segundo a Constituição Brasileira promulgada em 1988, em seu Art.196. Após a lei 8.080 de 19

de setembro de 1990, exposto em seu artigo 2º, a saúde é um direito fundamental do ser humano e obrigação do Estado, em promover condições para o seu exercício. Houve em 2002, por parte do governo, a preocupação em estabelecer medidas que garantissem a promoção da atenção à saúde de forma humanizada.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) criado com o objetivo de promover um novo paradigma na assistência da recuperação da saúde no Brasil. Desta forma entende-se que humanização é a valorização, acolhimento e atenção a todos os envolvidos no processo de recuperação e restauração da saúde, e que humanizar a assistência consiste em reunir um conjunto de fatores que vão desde a mais avançada tecnologia, ao simples fato de acolher humanamente, eticamente e principalmente respeitando a cultura e individualidades de cada cliente, bem como o de sua família. Dentro desse contexto o Ministério da saúde lançou a Portaria de nº 693 de 5/7/2000 que consiste na Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, com o objetivo de mudar a forma de atendimento utilizada na assistência prestada ao RN, e que depois da portaria estendeu-se a sua família. (DIAS, 2009).

Para Ziegel (2011), o primeiro contato dos pais com os filhos em um berçário de uma UTIN, pode ser tenso e deprimente. Em função disso os pais necessitam ser preparados para tal momento, tendo em vista que, frequentemente, o prematuro vai estar, de alguma forma, sendo monitorizado, com máscara de oxigênio, infusão intravenosa, o que pode causar um desconforto emocional a esses pais. Assim, os pais devem ser, de forma gradativa, encorajados a ter contato visual, a tocar o RN, e, finalmente, a participar do processo de cuidados aos o RN está submetido dentro da UTIN.

De acordo com Zen e Cechetto (2008), a família com RN na UTIN não tem somente a necessidade de permanecer com seu filho o todo tempo, como também necessita do conforto, apoio e acolhimento de toda a equipe de saúde e, principalmente, do profissional de enfermagem que, percebendo essas necessidades dos pais, tem mais facilidade para planejar os cuidados desse RN, e estabelecer um vínculo de confiança. Compreendendo a situação que a família está enfrentando, para prestar um serviço de qualidade, de forma clara, com linguagem simples e de forma humanizada.

Segundo Guimarães (2009), em sua obra Guia Prático de UTI, a ligação do profissional de saúde e enfermo, profissional de saúde e família, e profissional de saúde e equipe, necessita de uma relação mais acolhedora em que haja mais diálogo, gerando confiança e aproximando os prestadores de serviços a aqueles que os recebem, facilitando a introdução da família no entendimento da patologia, no seu tratamento e no ambiente da UTIN.

A seguir, serão apresentadas algumas atitudes que podem ser realizadas pelo enfermeiro e que podem gerar um melhor entendimento desses pais sobre o processo de cuidar dentro das unidades especializadas, o que torna a assistência mais humanizada. Alguns exemplos a serem citados são: acolher os pais desse neonato apresentando-se e falando a sua função, explicar o motivo da internação e seu propósito, apresentar os diagnósticos e planos terapêuticos, atentar para não abusar dos termos técnicos que, muitas vezes, são incompreendidos. (GUIMARÃES, 2009).

Para facilitar o entendimento, folhetos informativos têm apresentado bons resultados na compreensão de alguns serviços. Avaliar a possibilidade, quando possível, de aumentar o tempo de permanência dos pais, junto ao prematuro, pois, sabe-se que a presença dos mesmos é muito importante para garantir todo o processo de restauração da saúde do bebê; evitar, o quanto puder concentrar a vigilância aos equipamentos, deixando assim, de dar a atenção ao cliente; procurar controlar as manifestações clínicas e a dor, as quais acarretam desconforto ao prematuro; acolher e oferecer apoio espiritual a família quando cabível, a fim de diminuir suas aflições. Essas são algumas ações que o enfermeiro pode realizar para tornar a assistência humanizada e acolhedora estabelecendo uma relação confiável entre o enfermeiro e os pais, na expectativa que ambos possam contribuir de forma positiva no quadro do prematuro. (GUIMARÃES, 2009).

Figueredo (2010) enfatiza que as primeiras reações dos pais ao receber a notícia de um filho com uma anomalia congênita e necessidade de internação em uma UTIN, são emocionalmente similares às ocasionadas pela morte de um ente querido, conhecidas como etapas do luto. O profissional de enfermagem deve reconhecer e identificar cada uma dessas etapas, com o objetivo de intervir de forma positiva em cada uma delas, que são: 1ª etapa, o choque, reação inicial da notícia do diagnóstico, na qual, conseqüentemente, surge a tentativa de negar o problema.

A 2ª etapa, a negação, diante da tentativa de negar o diagnóstico, muitos pais procuram outros médicos esperando uma explicação mais convincente para o

problema. A 3ª etapa, a raiva, barganha e tristeza, nesta etapa, muitos pais, por estarem vivenciando essa experiência, sentem raiva de Deus, dos médicos e enfermeiros apelando para a espiritualidade e religião, a fim de encontrar alguma explicação para tal situação. (FIGUEREDO, 2010).

A 4ª etapa, o equilíbrio, neste os pais começam a ter mais esperança e a desenvolver um sentimento de confiança na equipe de enfermagem que é a responsável em promover o cuidado, e, com isso, sentem-se capazes de cuidar também de seus filhos; e a 5ª etapa, a aceitação e reorganização, observa-se nesta etapa que os mesmos já não demonstram raiva ou medo, e sim um momento de pedido de apoio e compreensão. Desse modo, a equipe de enfermagem deve apoiá-los e fazer com que os pais sintam-se como parte integrante da equipe. (FIGUEREDO, 2010).

O enfermeiro exerce um papel muito importante no acolhimento e humanização do processo de introdução desses pais na UTIN. A atenção, educação, percepção do que está ocorrendo e o estabelecimento de um vínculo de confiança entre a equipe multiprofissional, o enfermeiro e os pais do neonato são fundamentais para a sua recuperação.

7 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ENVOLVIMENTO DOS PAIS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Para a equipe de enfermagem é uma tarefa difícil lidar com os pais do RN prematuro em uma UTIN, é importante que essa equipe esteja preparada para interferir no processo de aceitação. Embora complexo é possível, quando se pode contar com uma equipe multiprofissional bem entrosada.

O enfermeiro deve sempre estar atento às necessidades individualizadas de cada família, pois cada neonato precisa ter seu cuidado individualizado. Prestar atenção em como se comporta cada um desses pais, suas reações e expressões, temores e expectativas é o que vai orientar esse profissional sobre a forma como o mesmo vai introduzir o acolhimento na atenção, educação e auxílio no que diz respeito ao afeto, cuidado e evolução do seu bebê.

Essa percepção deve ser de conhecimento do profissional de enfermagem em observar a relevância e efetivar a assistência aos pais, no primeiro contato em uma UTIN, pois esta representa uma barreira na interação e relacionamento que deveria ser natural entre pais e neonato. (FIGUEIREDO, 2010).

A simples ação de ouvir e oferecer ajuda aos pais para que passem por esse momento, mostrar interesse em tirar as dúvidas mesmo que, por diversas vezes, não sendo da competência do enfermeiro, deve o mesmo encaminhar esses pais para que os profissionais adequados possam sanar suas dúvidas. Facilitar o contato precoce no caso de alguns pais que se sintam preparados. Dessa forma o ajustamento permite que conheçam seu bebê, como ele é e não criem idealizações de sua condição. O enfermeiro deve apresentar o bebê sem tentativa de encobrir seus problemas visíveis, e destacar as partes em condições normais, ou seja, os pontos positivos do bebê.

A equipe multiprofissional deve discutir com os pais os termos pertinentes à problemática do recém-nascido prematuro, viabilizando facilitar o cuidado do mesmo, informar aos pais que existem outros bebês na mesma situação, e outras famílias passando pelo mesmo problema. Dessa forma os pais se sentirão livres para desabafar, externar seus temores e incertezas. Os pais só terão condições de avançar nessa etapa da aceitação se forem capazes de superar suas angústias e ansiedades. (TAMEZ, 2013).

Vários estudos vêm destacando a importância do envolvimento dos pais e familiares em uma UTIN, levando em conta que durante a gravidez ainda no processo de desenvolvimento fetal o mesmo já cria sensibilidade aos sons, e ao nascer reconhece as vozes escutadas durante a vida intrauterina. Gerando assim diminuição do estresse e aumento do vínculo afetivo tanto para os pais, quanto para o neonato, otimizando a recuperação e desenvolvimento do RN prematuro. Criar meios de incentivo afetivo e desenvolver sentimentos de otimismo nos pais durante o processo de aceitação é como agregar cuidados extras sem a introdução de algo artificial para seu desenvolvimento.

Ainda em relação ao envolvimento e incentivo afetivo à presença dos pais, pode-se estender aos irmãos e avós, afinal esta é a forma como a maioria das famílias é constituída. Ressaltando que esse entrosamento, apesar de ser preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) através da assistência humanizada ao RN de baixo peso, no programa do Método Canguru, no qual expande a participação desses componentes familiares, potencializando o afeto e a progressão do desenvolvimento do RN, deve ser instituído por cada instituição que deverá ter suas normas estabelecidas com horários e permissão prévia dessa extensão familiar. (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Lamy (2000) ressalta que a UTIN não deve ser um espaço de isolamento para recuperação, mas sim um ambiente onde pais de RNs possam se ver/trocar olhares, sentir o toque, ouvir e interagir de forma a realizar literalmente o sentido que se denomina família. Este processo facilita o envolvimento entre pais e RN, tornando mais fácil o papel do enfermeiro em preparar essa família para o momento da alta hospitalar. Apesar desse contato com o RN ser mais constante com a presença da mãe, muito por conta da nossa cultura, os pais também vem ganhando seu espaço no quesito cuidar dos filhos, abrindo novo gancho para os profissionais de enfermagem envolvidos na criação de novas formas de envolver não apenas a mãe, mais também o pai tanto no processo do envolvimento do cuidado quanto no vínculo afetivo e participativo, tornando esse entrosamento desafiador tanto para enfermeiros quanto para os pais.

Até onde o enfermeiro pode chegar no que diz respeito ao envolvimento dos pais na UTIN, torna a empatia na profissão de Enfermagem uma característica fundamental nesse processo. Em como se sentiria se estivesse vivenciando esse mesmo processo, em como gostaria de ser acolhido pela equipe de enfermagem, em como gostaria de ser percebido e envolvido, nesse momento de estresse? Todo esse questionamento deve ser levado em conta por profissionais de Enfermagem que lidam em seu dia-a-dia com o processo do envolvimento dos pais em uma UTIN, mais especificamente em um ambiente de tratamento, recuperação e manutenção de RN's com extrema sensibilidade fisiológica, e porque não dizer com risco provável de morte devido sua debilidade. Levar em consideração as normas, políticas e preconizações da instituição, do conselho e do MS, não impossibilita o enfermeiro de realizar um trabalho diferencial e satisfatório. (SCHMIDT et al., 2012).

As instituições atualmente estão em busca de profissionais de Enfermagem que tenham conhecimento, capacidade de autocritica, e que façam o diferencial acontecer. Pois é muito comum ouvir falar que enfermeiros têm muitos no mercado, mas aqueles que conseguem conquistar um espaço nesse mercado onde servir e ser é mais que manter e ter, demonstra o quanto se espera de um enfermeiro pela clientela que cada vez mais se conscientiza e exige seus direitos.

Nessa percepção esta pesquisa acredita agregar e sensibilizar profissionais e clientes envolvidos que é possível sim, envolver os pais em uma UTIN, apesar das dificuldades na assistência. Pois o que realmente importa é a recuperação do neonato, e sabe-se que isso não depende unicamente da equipe de Enfermagem ou da equipe

multiprofissional, depende também dos cuidados afetivos, como, carinho e de todo o sentimento que possa ser transmitido através dos pais para seus filhos.

8 O ENFERMEIRO NA PREPARAÇÃO DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO PARA A ALTA HOSPITALAR

Depois de um período adverso na UTIN, no qual os pais vivenciaram os mais diversos tipos de procedimentos em torno do seu recém-nascido, é chegada a hora tão esperada da alta hospitalar. Tal momento é muito esperado pelos pais, contudo, é também um momento cheio de medo, aflição e insegurança, já que durante a permanência do recém-nascido prematuro na UTIN, o mesmo se encontrava sob os cuidados de profissionais especializados. Agora, com a alta hospitalar, os pais terão que cuidar sozinhos desse prematuro. É neste momento de transição do hospital para residência que o profissional de enfermagem também terá que mostrar todo o seu apoio à família, preparando-os, treinando-os e dando toda a assistência necessária. Passando confiança para que eles possam ter mais tranquilidade e se sintam capazes de cuidar de seu filho sem o auxílio contínuo dos enfermeiros.

Para Oliveira (2009), o medo e o sentimento de incapacidade que os pais sentem em cuidar de seus filhos em casa sem o apoio do profissional de Enfermagem são normais. Para que no momento da alta hospitalar os pais sintam-se seguros, é essencial que o preparo e planejamento sejam iniciados precocemente, ou seja, desde o início da internação deve-se inserir esses pais nos cuidados básicos do prematuro sob a supervisão e orientação dos profissionais. Desta forma, esses pais se sentirão como parte integrada da equipe, gerando um sentimento de capacidade de cuidar do seu filho fora do ambiente hospitalar.

De acordo com Tamez (2013), o planejamento da alta hospitalar consiste em alcançar alguns objetivos como: desenvolver nos pais um senso de competência e responsabilidade para o cuidado com o recém-nascido; ensinar a maneira mais eficaz de responder às necessidades e cuidados necessários ao prematuro; reduzir o nível de estresse da família; diminuir as chances de readmissão hospitalar; e ajudar esses pais a procurar e identificar recursos disponíveis em sua comunidade para o atendimento pós-alta.

O desenvolvimento de critérios para a alta hospitalar é determinado por cada UTIN. Para tanto, um conjunto desses critérios será aplicado com o objetivo de assegurar que esse recém-nascido cresça sem complicações e re-hospitalizações.

Para tanto, recomendam-se alguns critérios, tais como: peso corporal maior que 1.800 g; volume de alimentação ideal e necessário para promover o crescimento desse prematuro de baixo peso; estabilidade nos sinais vitais pelo menos 72 horas antes da alta hospitalar sem bradicardias e apneias; manutenção da temperatura corporal em berço comum mantendo-a entre 36,5 a 37°C; condições de moradia adequada para a recuperação segura do prematuro; ganho de peso consistente que varia de 20g a 30g por dia; capacidade dos pais em prestar os cuidados especializados e necessários sem a ajuda de profissionais; aplicação das vacinas recomendadas nesse período; aprovação no teste do assento do carro e aprovação no teste de audição. (TAMEZ, 2013).

Segundo Couto e Praça (2009), é muito importante que se planeje a alta hospitalar com antecedência para que os pais possam fazer os ajustes necessários a fim de realizar o cuidado do recém-nascido em casa. Essas orientações devem ser de linguagem simples e de fácil entendimento, panfletos com orientações básicas, complexas e específicas da rotina do prematuro em casa são opções muito boas. Outro fator importante para as orientações da alta hospitalar é identificar o estresse e ansiedade a que esses pais estão submetidos e adequar um horário para as aulas de acordo com a comodidade de cada família. Sabe-se que os panfletos são importantes, mas nada substitui o ensino individual e direcionado a cada situação.

No que diz respeito ao “o quê” ensinar para a alta hospitalar deve-se estabelecer um conteúdo básico de forma que a compreensão da família seja facilitada. Assim, deve se dar ênfase às informações que eles necessitam com mais detalhes, determinando dados de maior importância para que o cuidado com o recém-nascido seja feita de forma adequada em seu domicílio, evitando dar informações além do necessário. (TAMEZ, 2013).

O conteúdo básico inclui informações como o acompanhamento médico, onde buscar esse acompanhamento e porque é importante ter esse acompanhamento, tipos de imunizações, suas frequências e importância, prevenção de infecções lavando as mãos antes de tocar no bebê, após a troca de fraldas, ao usar telefones, antes de preparar alimentos para o prematuro, antes de fazer a ordenha do leite materno, e antes de amamentar instruindo o uso de um sabonete para lavar as mãos, cuidados com a higiene da casa de forma geral, também são fatores importantes na prevenção de infecções. Evitar frequentar lugares com aglomerações no período de 6

a 8 semanas após alta hospitalar e evitar visitas de pessoas resfriadas. (TAMEZ, 2013).

No caso da mãe desenvolver gripe deve-se orientar, ainda, que essa não pare de amamentar pois a amamentação ajuda a transferir anticorpos específicos da gripe ou resfriado para o bebê através do leite materno, ajudando a estimular o sistema imunológico do mesmo, prevenindo-o de gripes e infecções provenientes da mãe. Utensílios para o preparo da alimentação artificial, quando necessário, devem ser esterilizados. (TAMEZ, 2013).

O controle da temperatura corporal também é um fator importante, quando verificar a temperatura, especificar quais são os valores normais, orientar como proceder à verificação da temperatura axilar. Em relação à alimentação, informar a frequência, posição correta durante a amamentação, quantidade, tipo de alimentação, como preparar, orientar a informar o pediatra quando mudar o tipo de alimentação, como por exemplo, o leite, lembrando que esse só deverá ser trocado por outro quando indicado pelo pediatra. (TAMEZ, 2013).

No que tange à segurança, ensinar o uso correto do assento do carro, quais tipos de brinquedos apropriados, posição mais indicada para dormir, quando colocar o bebê para dormir de bruços, orientar a não utilizar lençóis soltos no berço. Contudo, ainda assim, o médico deverá ser notificado nos seguintes casos: alteração térmica, irritabilidade, vômitos rotineiros e em grande quantidade na cor esverdeada e com sangue, diarreias, convulsões e quedas. (TAMEZ, 2013).

Quanto às medicações, deve ser ensinado como administrá-las corretamente, sugerindo-se misturar o medicamento em 15ml de leite antes da alimentação. Por fim, orientar o atendimento de emergência como a reanimação cardiopulmonar e desobstrução de vias respiratórias superiores. Desta feita, sugere-se a confecção de uma ficha de orientação de alta discutindo todos os pontos com os pais, enfatiza Tamez (2013).

Fonseca et al. (2004) ressaltam um ponto importante, a alta hospitalar com cuidados especiais, que aborda não somente os cuidados básicos, mas também os casos mais complexos que incluem: traqueostomia, oxigenoterapias, monitor de apneia, posicionamento antirreflexo com o uso de cavaletes, colostomias e curativos. É importante que esses pais recebam não somente o treinamento teórico mas também o prático. Cada UTIN deve oferecer esse treinamento permitindo que os pais permaneçam 24 horas por dia num quarto próximo da unidade, se assim eles

desejarem, para que esses possam prestar cuidados básicos e especiais a seus filhos como parte do treinamento para alta. Desta forma esses pais ganham confiança e segurança para enfrentar situações que possam surgir após a alta evitando as re-hospitalizações por falta de treinamento.

No dia da alta os pais devem ser informados da mesma assim que for prescrita, orienta-los a levar uma muda de roupa e coberta para aquecer o bebê no momento da saída, entregar uma cópia do relatório da alta prescrita pelo neonatologista. Nele deve conter histórico, prescrições, resultados de exames, evoluções, tratamentos utilizados, medicações administradas durante a internação, e o plano de tratamento pós-alta contendo: dieta, medicações e cuidados especiais se houver. Para a alta é necessário que equipamentos especiais e medicações necessárias já estejam providenciados, os pertences do prematuro também devem ser devolvidos aos pais, assim como esclarecer alguma dúvida a respeito dos cuidados e também ser entregue a ficha com a hora a data e local dos acompanhamentos com especialistas, a fim de evitar quebra na qualidade e dar continuidade ao tratamento. (TAMEZ, 2013).

Portanto, integrar e dividir os cuidados dos prematuros com os pais faz parte dos cuidados de enfermagem, que levam a uma atenção e acolhimento humanizados por meio de estratégias ativas, que devem ser discutidas, desenvolvidas e aperfeiçoadas pela equipe de saúde para que seja prestada uma assistência de qualidade repercutindo no sucesso do processo de alta deste RN.

9 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE PARA OS ENFERMEIROS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NO ACOLHIMENTO DE PAIS DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Como objetivo de informar e atualizar a equipe de enfermagem, em tempos atuais surge o desafio da Educação Continuada (EC) e Educação Permanente (EP), na qual se tornou necessário e institucional, devidos aos avanços tecnológico que vem mudando o ambiente das UTINS, associado ao conformismo de alguns profissionais de saúde inseridos no mercado há alguns anos.

Desse modo compreende-se que o enfermeiro deve estar adaptado de forma coerente ao seu ambiente de trabalho, e a educação especializada, desafia os atuais enfermeiros e sua equipe a tornar seu conhecimento sempre à frente do esperado, promovendo cursos, palestras, extensões e pesquisas, que conseqüentemente vem

agregar conhecimento holístico, em relação ao cuidado clínico do RN prematuro e no cuidado de acolhimento aos pais de RN prematuro. (TAMEZ, 2013).

Hoje mais que em qualquer outra década as instituições hospitalares devem investir não apenas em educação teórica e técnica, mais também devem priorizar o desenvolvimento de competências utilizando ferramentas que impulsionem o desenvolvimento da qualificação. Partindo do princípio que o conhecimento gera reflexão e crítica em seu dia a dia, agregando valores aos cuidados de acolhimento. (FAGUNDES, 2016).

O artigo 17, da Lei de Nº 7.498/1986, regulamenta que a equipe de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), independente da sua especialidade deve; participar de um programa de EC na qual estejam inclusos no mínimo as seguintes abordagens: incorporação de novas tecnologias; normas e rotinas técnicas envolvidas na unidade; gerenciamento dos riscos envolvidos nas atividades desenvolvidas na unidade, bem como a segurança de profissionais e clientes; e prevenção e controle das infecções envolvidas na assistência à saúde. Todas devem ser; registradas, datadas, com carga horária e lista dos que comparecerem. Todos os profissionais admitidos em uma UTI devem receber capacitação para sua atuação.

Sade (2016) potencializa a ideia de que o enfermeiro envolvido com educação deve manter em harmonia os ambientes internos e externos e principalmente as políticas vigentes. Pois a falta dessa interligação gera falhas entre enfermeiros e equipe de enfermagem, podendo gerar consequências como, tomada inadequada de decisões, ineficiência e ineficácia dos programas de EC. Dessa forma os enfermeiros devem trazer para a realidade na prática, tudo o que for coletado e/ou absorvido em EC e EP, no que diz respeito ao acolhimento do cuidado com os pais de RN prematuros em UTIN.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), descreve dois paradigmas, a EC e a EP, onde a EC no setor de saúde é caracterizada por representar a continuação do modelo acadêmico, ela apenas atualiza os conhecimentos previamente adquiridos com embasamento didáticos e técnicos, distanciando a prática do saber, utilizados em períodos curtos e inconstantes, é também uma prática individualizada, ou seja, cada categoria profissional com seu aprendizado individual, descentralizando a perspectiva de equipe multiprofissional.

Já a EP é inversamente descrita, na medida em que a mesma se baseia nas práticas de capacitação, invertendo o processo anterior. Engloba ensino e

aprendizagem com práticas sociais e laborais realistas, também modifica as estratégias com a prática como fonte de conhecimento, utilizando-se de oportunidades reais ao invés de apenas conhecimentos teóricos. Além de abranger e alcançar todas as categorias dos profissionais de saúde envolvidos e evitando dispersões ou divergências de conteúdos, consequentemente, ampliando os espaços educacionais para fora do ambiente interno de aulas, alcançando assim não apenas profissionais como também a comunidade.

Aproximando assim o conhecimento do cotidiano ampliando horizontes, até mesmo transformando uma situação diária em um campo de aprendizagem, não significa que se deve excluir a EC ou até o aprendizado em sala de aula (teórico), afinal o embasamento é preciso, mas não deve ser a única ferramenta utilizada. Contudo destaca-se a EP utilizando-se de seu dinamismo e facilitando a absorção do conhecimento, assegurado por uma implantação de coordenação na qual se destaca o profissional de enfermagem.

Atualmente existe em parte do território político, uma meta de tornar institucionalizado a EP, deixando de ser apenas um projeto para se concretizar na realidade das gestões de recursos humanos com novas práticas e mudanças necessárias para uma perspectiva qualitativa e satisfatória no atendimento especializado e de qualidade no acolhimento em um ambiente de UTIN. (SALUM, 2006).

A equipe de enfermagem deve explorar as mudanças tecnológicas e científicas no que diz respeito ao acolhimento, alguns autores ainda enfatizam que, treinamentos e capacitações são necessários para uma equipe de qualidade que rotineiramente depara-se com situações atípicas, como por exemplo, em uma UTIN com prematuros acompanhados de seus pais, exigindo mais conhecimento, práticas técnicas e educação em sua área de atuação. Assim os enfermeiros devem assegurar a disseminação de informações e avaliações dos profissionais envolvidos em sua equipe, afluindo estímulos ao senso crítico, questionamentos, ações e condutas condizentes com sua complexidade, afinal apesar de ser uma UTIN, cuida-se também da família deste RN, na qual cada uma tem suas individualidades, sejam culturais, crenças ou no estilo de vida. Sempre devem-se estudá-las de forma única e singular. (SALUM, 2006).

Segundo Camelo (2011), os profissionais de uma UTI devem ter competência para identificar e intervir nas alterações fisiológicas do neonato prematuro, bem como,

amenizar a ansiedade de seus familiares e utilizar de todo recurso disponível facilitando a interdisciplinaridade no cuidado do acolhimento. Dessa forma a EC e a EP contribuem assegurando a manutenção da competência da equipe de enfermagem, possibilitando assim a transformação no processo de trabalho, gerenciando os cuidados, educando e utilizando a reflexão crítica no que diz respeito à rotina de trabalho. Com o objetivo de produzir mudanças no pensar e agir da equipe, pois a rotina do cuidado robotizado impede a comunicação entre os membros dessa equipe e os pais do neonato, podendo gerar involução na recuperação do mesmo. Fato este que não deve ocorrer, pois se não houver interação entre os diferentes profissionais no contexto neonato prematuros e pais/família, a EC não se fundi a EP, afinal a mesma depende da realidade prática para ser concreta e dimensional.

Salum (2006) contextua que, a base da teoria-prática mantém a enfermagem e constitui o cuidado e a relação interpessoal em vários sentidos, seja na promoção, proteção, e ou conservação do humano, colaborando para o outro evoluir. No entrosamento o enfermeiro deve dividir suas técnicas, conhecimentos, habilidades, espiritualidade e sensibilidade, colaborando também como crescimento de todos os envolvidos nesse processo de uma UTIN neonatal.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento dessa pesquisa teve a intenção de expor o quanto é importante o enfermeiro adquirir sensibilidade ao se deparar em uma UTIN com RN's prematuros. E agregar valores ao conhecimento prático-teórico em relação ao cuidado de acolhimento aos pais do RN prematuro, internado em uma UTIN, permitindo florescer a empatia que habita internamente em cada membro de sua equipe.

Apesar do reconhecimento da importância dos recursos tecnológicos envolvidos nos cuidados de uma UTIN, a humanização na assistência de enfermagem é um fator que de destaque e competência, com resultados significativos e positivos. Porém para assegurar o cuidado no acolhimento aos pais de RN prematuro em uma UTIN, é necessário a aquisição de conhecimento prático-teórico através das ferramentas envolvidas na EC e a EP.

Na qual a pratica, essa importante ferramenta não é satisfatória, pois, a EC e a EP ainda exigem um longo caminho a ser percorrido e que ainda está em desenvolvimento na perspectiva no que diz respeito ao cuidado de acolhimento em

UTIN. Este assunto, infelizmente, ainda é escasso e insuficiente na literatura. Durante o estudo ficou evidente que o enfermeiro ainda precisa transformar esse contexto.

Ficou explícito na pesquisa, que o RN prematuro, precisa do contato com seus pais para alcançar melhoria em seu quadro clínico, e no desenvolvimento dos aspectos psicossociais deste RN, desde o primeiro momento em que ele nasce. Pois durante a gestação o bebê desenvolve sentidos que serão despertados principalmente ao nascer, como por exemplo: o som da voz, o gesto do toque e todo sentimento transmitido nele.

Nesse contexto o estudo revela que ainda existem deficiências no aspecto direcionado ao enfermeiro no acolhimento dos pais de RN prematuro na UTIN, transportando a responsabilidade para os novos pesquisadores a função de transmitir, sensibilizar e despertar o senso crítico, com o objetivo de impactar os atuais e os futuros profissionais de enfermagem a realizarem um trabalho de cuidado humanizado com embasamento científico e técnico. Tendo a certeza dos resultados satisfatórios tanto para a equipe envolvida quanto para os clientes e seus familiares.

Durante os estudos bibliográficos, embasados nas explicações associadas ao tema abordado, e, com a explanação da leitura realizada através das pesquisas documentais, verificou-se que, ainda hoje, os índices de nascimentos prematuros são preocupantes, exigindo assim dos órgãos competentes ações voltadas para cuidados ainda na atenção básica: no planejamento familiar; durante o período do pré-natal; na assistência ao parto; na assistência ao prematuro em UTIN; até a assistência humanizada aos pais.

Torna-se evidente que a experiência vivenciada por uma das autoras com a falta de cuidado do acolhimento no ambiente de UTIN, ainda expressa a necessidade do enfermeiro em buscar por alternativas embasadas no técnico-científico, assuntos relacionados ao RN prematuro e suas necessidades psicoafetivas; importância do cuidado de acolhimento dos pais, bem como, introduzi-los de forma coerente e humanizada na arte do cuidar de seus bebês; e a contribuição do enfermeiro e sua equipe nos resultados esperados, tanto para o RN prematuro quanto para os pais do mesmo.

Deste modo, a pesquisa almejou contribuir com a enfermagem e sua equipe, no que diz respeito à busca do conhecimento em humanização efetiva no cuidado de acolhimento aos pais do RN prematuro em uma UTIN, fazendo-se necessário agregar tanto os recursos tecnológicos, quanto os recursos humanos embasados na EC e na

EP, que se estenderão por sua vida profissional. Tendo como base nas pesquisas, principalmente em se tratando de saúde, nada está terminado, tudo está em fase de construção e reformulação. Ou seja, o enfermeiro não deve jamais se acomodar com o conhecimento já adquirido, mas sim estar constantemente em busca de novos conhecimentos, que venham agregar e fortalecer a principal atribuição do enfermeiro, que é o cuidar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2010.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2011.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. de S. Preparo dos Pais de Recém-Nascido Prematuro Para Alta Hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Escola Anna Nery Rev. Enfermagem**, 2009.

DIAS, L. D. **Humanização da Assistência aos Pais dos Recém-Nascidos prematuros Internados na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição**. Porto Alegre. 2009. 32 f. (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição. 2009.

FAGUNDES, N. C. et al. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. **Rev. Enferm. - UERJ**, Rio de Janeiro. 2016.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Ensinando a Cuidar da Mulher do Homem e do Recém-nascido**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010, 487 p.

FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha Educativa para Orientações Maternas Sobre os Cuidados do Bebê Prematuro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.1, Ribeirão Preto, jan./fev; 2004.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev Bras. Enferm.** 2005, jul-ago. 4 p. (Artigo extraído

da Tese) “Organização do trabalho na assistência ao prematuro e família em uma UTI Neonatal de Cuiabá - MT”. 2003. 58 f. (Tese) - UTI Neonatal de Cuiabá – MT.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. de. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. 2000.

LAMY, Z. C. et al. **Atenção humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru**: a proposta brasileira, 2005.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. de A.; CARVALHO, M. de. **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro. Ed: Fiocruz. 2004, 584 p.

MARQUES, C. R. de G. et al. **Metodologia Canguru**: Benefícios Para o Recém-nascido Pré-Termo. Caderno de Graduação ciências Biológicas e Saúde, 2016.

OLIVEIRA, I.; ANDRADE, J. S. da. S. **Humanização dos cuidados da equipe de enfermagem na UTI Neonatal**, 2013. 43 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Salgado de Oliveira. 2013.

OLIVEIRA, S. R. de. **A Alta do Recém-nascido da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**: Implicações para a continuidade do cuidado. 2009. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. 2009.

PRODANOW, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo: Freevale, 2013.

RAMOS, H. Â. de C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Ver. Enferm.** 2009, abr-jun; 8 p.

ROCHA, R. dos S. et. al. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. Fortaleza. **Rev. Rene**. 2011. 8 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Método Canguru**, Brasília 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/562-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/l4-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10387-vacinacao-infantil>. Acesso em: 30/10/2016.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. Escola Anna Nery, v. 16. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, 2012, jan./mar.

SEKI, T. N.; BALIEIRO, M. M. F. G. Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: pesquisa bibliográfica. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v. 9, n. 2, São Paulo, 2009, 9 p.

SADE, P. C. et al. Núcleo de enfermeiro de educação permanente do Paraná: trajetória e contribuições. **Cogitare Enferm.** 2016, 9 p. (Artigo extraído da dissertação de mestrado) “Desenvolvimento gerenciais dos enfermeiros pelos serviços de educação permanente”. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR. 2013. 21 f.

SALUM, N. C. **A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem.** 2006. 319 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Florianópolis-SC. UFSC/PEN. 2006.

SILVA, L. A. da. et al. Fatores de Risco Associados ao Parto Pré-termo em Hospital de Referência de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 2009, out-dez.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ZEN, N. L.; CECHETTO, F. H. Assistência de Enfermagem à Família em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: Um estudo de Revisão da Literatura. 2008. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v. 8, n. 2, São Paulo, 2008.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica.** Rio de Janeiro. 8ª ed. Guanabara Koogan, 2011.

UNICEF. BRASIL. **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimento pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas.** Consultoria. (Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS. Consultor: Cesar Victora. Membros do grupo de trabalho: BARROS Fernando; MATLJASEVICH, Alicia; SILVEIRA, Mariângela. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf. Acesso em: 30/10/2016.