

CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO EM TERAPIA INTENSIVA: TENDÊNCIAS DAS PUBLICAÇÕES NA ENFERMAGEM

MAIRA ROSSETTO*
EDER CAMPOS PINTO**
LUIZ ANILDO ANACLETO DA SILVA***

INTRODUÇÃO

Imediatamente após o nascimento, o neonato necessita assumir suas funções vitais, as quais, durante a vida intrauterina, eram realizadas pela placenta. O nascimento é considerado uma fase crítica, denominada de período de transição, que exige adaptações fisiológicas repentinas e cruciais no sistema corporal¹.

Caso essas adaptações não evoluam satisfatoriamente, os bebês poderão necessitar de assistência especializada, incidindo em alguns casos a terapia intensiva. As UTIs (Unidades de Terapia Intensiva) são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, fármacos, recursos humanos especializados e que têm acesso a outras tecnologias destinadas à elaboração de diagnóstico e à implementação de terapêuticas².

A classificação do período neonatal pode ser considerada como os primeiros vinte e oito dias de vida do bebê. No que se refere

* Doutoranda em Enfermagem – UFRGS

** Acadêmico de Medicina – PUCRS

*** Professor do curso de Enfermagem – UFSM – Campus de Palmeira das Missões; doutor em Enfermagem – UFSC

à idade gestacional, os RNs (recém-nascidos) podem ser: *a termo*, aqueles cuja idade gestacional é de 37 a 42 semanas; *pré-termo*, aqueles que têm menos de 37 semanas, e *pós-termo*, os nascidos a partir da 42 semanas⁴. O RN de risco que necessita de terapia intensiva independente da idade gestacional ou do peso de nascimento apresenta maiores riscos que a média de morbidade e mortalidade em decorrência de distúrbios e/ou circunstâncias superpostas ao curso normal de eventos associados com o nascimento e ajustamento à existência extrauterina⁵.

A UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), por ser um local onde se realizam cuidados intensivos ao RN de alto risco, pode ser considerada de suma importância para sua recuperação. Conhecimentos científicos possibilitaram importantes avanços tecnológicos na área perinatal, proporcionando a sobrevivência a seres cada vez mais imaturos e que há até pouco tempo poderiam ser considerados inviáveis³.

A atenção adequada ao RN antecede ao período do nascimento, pois durante o pré-natal é possível identificar mulheres com maiores riscos de desenvolver complicações. Para tanto, são necessários cuidados específicos, como: controle rigoroso de glicemia, pressão arterial, hemorragias e/ou possíveis infecções do trato urinário e ginecológico⁶.

A hospitalização dos RNs incorre na necessidade/capacidade da família em inserir-se nesse processo. Isso acontece porque a separação causa angústia e ansiedade, acrescidas de fatos como: incerteza de sobrevivência; riscos de sequelas; relação pós-internação com o RN, fatores que podem ocasionar estresse e insegurança, dificultando a interação dos pais com seus filhos⁷. É necessário entender e respeitar esse momento, assim como prever estratégias de cuidados ao RN e a família. No plano de cuidados, é preciso prever ações que favoreçam a presença da mãe junto ao filho, a qual está legitimada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente⁸.

O cuidado e o conforto estão vinculados às expectativas e necessidades de quem é cuidado e, portanto, a enfermagem precisa conceber maneiras de intervir que incluam as formas de aprender do neonato e sua família. Também é importante compreender que o sofrimento perante a doença e a morte é um sentimento universal, não se limitando a um determinado tempo e espaço, mas que assume

características sociais bem claras e distintas, em diferentes contextos econômicos e sociais⁹.

Nesse sentido, destaca-se a atuação da enfermagem como decisiva no processo de adaptação do RN ao meio extrauterino. Há necessidade de uma preparação que contemple o aperfeiçoamento de técnicas e conhecimentos para identificar fatores relevantes e garantir a integralidade na atenção. Assim, o objetivo deste artigo foi conhecer as tendências das publicações de enfermagem que permeiam a assistência a recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no período de 2005 a 2009.

MATERIAIS E MÉTODOS

Metodologicamente este estudo é de natureza qualitativa¹⁰, descritiva¹⁰, com pesquisa bibliográfica¹¹. Os passos da pesquisa envolveram atividades básicas de identificação, compilação e fichamento dos trabalhos, que foi dividido em três momentos. No primeiro momento foi realizada a seleção do material, consultando a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)¹² na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Medical Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e do Scientific Electronic Library Online (SciELO). As palavras-chave utilizadas para a localização dos artigos foram: recém-nascido em UTI e neonato em UTI. A busca compreendeu o período de 2005 a 2009, considerando as publicações em português.

O segundo momento caracterizou-se na classificação dos artigos através dos seguintes critérios: a participação de profissional de enfermagem na publicação; a disponibilidade do artigo na íntegra, e a não-similitude das duas palavras-chave. Os artigos que não continham um ou mais desses quesitos foram excluídos. No terceiro momento buscou-se a classificação dos dados através da análise temática¹⁰. Dessa forma, emergiram quatro categorias que permitiram a análise dos dados e a discussão qualificada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando-se os descritores supracitados, foram encontrados 207 artigos, ao considerar o período de 2005 a 2009 e o idioma

português. O segundo momento caracterizou-se pela leitura crítica e análise dos títulos e resumos das 207 produções, sendo observada a participação da enfermagem nos estudos. Dentre os 207 artigos, 147 foram excluídos por não apresentarem a participação de enfermeiros no estudo. Dos 60 artigos selecionados, 36 foram excluídos, pois não apresentavam texto na íntegra disponível para leitura (apenas título e resumo), sendo que apenas 24 produções atenderam aos critérios preestabelecidos na metodologia do estudo.

As informações advindas da análise temática inferiram na construção de quatro categorias: 1. Crenças e sentimentos maternos em relação ao filho RN internado em UTIN; 2. Educação da família para prestar assistência ao RN internado em UTIN; 3. Humanização da assistência, e 4. Indicadores de assistência a RNs em UTIN.

1) Crenças e sentimentos maternos em relação ao filho RN internado em UTIN

Esta categoria foi construída a partir de quatro artigos, através dos quais objetivou-se entender o significado para as mães sobre o ambiente da UTIN, assim como compreender seus sentimentos em relação a essa situação e projetar novas possibilidades de cuidados para seus filhos.

Ao descobrir-se grávida, a mãe vai desenvolvendo um sentimento de apego ao seu futuro bebê. No entanto, ao constatar sua prematuridade, rompe-se o sonho de sair do hospital com seu filho levando-o para casa. Em um dos artigos pesquisados, as falas das mães expressaram seus temores perante a possibilidade de perder seu filho, como também o sofrimento ante o padecimento vivenciado por ele. Esse estado angustiante, que lhes traz dor e desesperança, permite-lhes também emergir de sua tristeza e buscar, por meio do entendimento da situação do filho, energia para enfrentar seu pesar¹³.

A separação do RN decorrente da hospitalização é um acontecimento brusco tanto para a mãe quanto para o filho, e, se não houver intervenções externas que visem a amenizá-lo, pode acarretar sequelas no desenvolvimento da criança e no senso de competência materna¹⁴.

O desconhecimento da terapêutica apresenta-se para a mãe como um fator gerador de perturbação e nervosismo. Portanto, torna-

se relevante a orientação sobre os procedimentos realizados com o RN, bem como em relação ao aparato tecnológico que o cerca¹⁵.

No contexto apresentado, emerge a importância da equipe de saúde, em especial a de enfermagem, em saber colocar-se no lugar dessas mães e, através dessa ótica, ao compreender seus sentimentos, promover ações que incluam: educação em saúde; esclarecimentos/orientações sobre procedimentos/ terapêutica; adoção de uma postura de receptividade e mútua confiança que permita minimizar os danos psicológicos que a internação de um filho RN pode trazer.

2) Educação da família para prestar assistência ao RN internado em UTIN

Nesta categoria enquadraram-se três artigos que, apesar de suas especificidades, abordam a participação da família na assistência ao RN internado em UTIN, que são o preparo para alta hospitalar, o conhecimento sobre a doença e os cuidados com RN no domicílio.

Demanda-se que a família esteja inserida nas ações de cuidado, e, mesmo que alguns profissionais percebam essa necessidade, na realidade ora vivenciada, não se observa a definição efetiva de espaços e estratégias para que isso aconteça, mas apenas algumas ações pontuais. Isso ocorre porque na saúde ainda não se valoriza suficientemente a inserção da família no cuidado. Mesmo que algumas ações se destinem a ampliar o objeto de intervenção, de modo geral o que se vê são discursos de autoritarismo e uma assimetria na comunicação¹⁶.

O compromisso com o usuário não se encerra simplesmente com a saída deste da unidade hospitalar; é necessário proporcionar condições aos familiares de estarem aptos para o cuidado do RN no seio de seu lar. Para tanto, as instituições de saúde precisam rever seu processo de trabalho e suas metodologias, incluindo de forma efetiva a educação em saúde, com práticas flexíveis e adaptáveis de acordo com as necessidades do grupo, aqui entendido como profissionais e usuários. O fato de estar atuando na assistência hospitalar não justifica a ausência de práticas educativas individuais ou coletivas¹⁷.

Assim, a pertinência da exploração do referido tema está calcada em um dos pilares que norteiam a prática de enfermagem – a educação em saúde. Essa educação transcende as ações na área de saúde pública, na qual a prevenção e a promoção em saúde são mais enfatizadas, mas

também precisa incluir serviços de alta complexidade, como as UTINs, que ainda constituem campos a serem explorados.

3) Assistência integral à saúde neonatal: estratégias para a assistência humanizada

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde, capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao usuário¹⁸. A humanização do cuidado neonatal engloba várias ações, as quais estão voltadas para: o respeito às individualidades; a garantia de tecnologia que permita a segurança do RN, e o acolhimento do bebê e de sua família, buscando facilitar o vínculo mãe-bebê durante a sua permanência no hospital e após a alta¹⁹.

Partindo dos resultados advindos da análise de dez artigos que constituíram a construção desta categoria, foi necessário formular-se três subcategorias, uma vez que: três desses artigos abordaram aspectos sobre a amamentação/aleitamento em UTIN; seis investigaram cuidados ambientais e relacionamento interpessoal entre equipe e familiares, e um versou sobre o cotidiano do alojamento materno.

3.1) Amamentação/aleitamento do RN em UTIN

O leite materno fornece toda a energia e os nutrientes de que o RN precisa nos primeiros meses de vida, promove o desenvolvimento sensor e cognitivo da criança, protege-a contra doenças crônicas e infecciosas, pois contém linfócitos e imunoglobinas que ajudam a combater infecções, além de promover a interação com a mãe²⁰.

O índice de utilização do leite materno ordenhado poderia ser maior, já que, de acordo com uma das publicações, nenhum dos RNs recebeu leite materno exclusivo durante todo o período de internação. A maioria (48,3%) recebeu o leite materno ordenhado junto com fórmulas lácteas em alguns dias de internação e no restante dos dias recebeu apenas fórmulas lácteas; apenas 10,3% receberam em todos os dias de internação o leite materno ordenhado em pelo menos um horário; 20,7% receberam fórmulas lácteas em todos os dias de internação e em todos os horários de dieta, e 20,7% permaneceram em dieta zero durante todos os dias de internação²¹.

Destaca-se a importância do aleitamento materno de RNs internados em UTIN, mesmo que estes não tenham capacidade fisiológica para sugar o seio materno, já que a coordenação entre a sucção e deglutição, bem como a abertura e o fechamento da epiglote, surgem por volta da 32^a à 34^a semana de gestação, e muitas vezes esses RNs nascem antes disso. Nesses casos o leite materno deverá ser ordenhado pela mãe, para que seja ofertado por meio de sonda nasogástrica, orogástrica ou nasoentérica para o bebê²¹.

Aborda-se também a questão da percepção da mãe em relação à amamentação de seu filho internado em UTIN, ressaltando as dificuldades na ordenha, as dificuldades em cumprir os horários das mamadas e excesso de orientações por parte da equipe de saúde²².

A UTIN apresenta-se como um ambiente adverso àquele que a mãe havia idealizado para os primeiros contatos com seu filho, entre os quais a amamentação. Ante essa situação, destaca-se a atuação da enfermagem, que, bem preparada, poderá minimizar as dificuldades acima mencionadas, respeitando o binômio mãe-bebê, deixando que ambos tenham momentos de reconhecimento e superando-se posicionamentos autoritários e unilaterais da equipe.

Uma das pesquisas buscou verificar o impacto da aplicação de um manual de instruções sobre aleitamento de RNs internados em UTIN. As autoras concluíram que a orientação das mães através do manual logrou melhoras significativas nos índices de amamentação das crianças por ocasião da alta hospitalar²³.

As tendências de pesquisas de enfermagem no que diz respeito à amamentação de RNs justificam-se pelo fato de que na maioria das UTIN não há rotinas preestabelecidas para incentivo ao aleitamento de neonatos, contribuindo, dessa forma, com o aumento nos índices de desmame e utilização precoce de fórmulas lácteas²⁴.

3.2) Cuidados ambientais e relacionamento interpessoal entre equipe e familiares

Quanto aos cuidados ambientais, a diminuição da carga total de estímulos nocivos para os bebês pode ser executada pela redução geral dos níveis de luz artificial e o favorecimento das condições de alternar dia e noite, reduzindo os níveis de cortisol e a frequência cardíaca, promovendo o aumento do sono, o ganho de peso e o desenvolvimento dos ritmos nos bebês²⁵.

Ainda sobre cuidados ambientais, destacam-se os elevados níveis de pressão sonora provenientes: do alarme dos ventiladores e dos oxímetros; da conversa entre profissionais e pais; da enceradeira utilizada para a lavagem do piso; do fluxo de água proveniente da abertura da torneira da pia de lavagem das mãos; da abertura da tampa do cesto de lixo e do invólucro de alguns materiais descartáveis; que podem causar efeitos deletérios sobre os neonatos e a equipe de saúde, demonstrando a necessidade de realizar intervenções, no que diz respeito às rotinas de manutenção dos equipamentos e a conduta dos profissionais e familiares, por meio de programas de educação continuada²⁶.

Embora grande parte dos RNs internados em UTIN esteja ou sob efeito de sedativos, ou de analgésicos, esse ambiente deve ser o mais tranquilo possível, recomendação prevista pela Política de Humanização do Sistema Único de Saúde e ratificado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Quanto ao relacionamento interpessoal, verificou-se a necessidade da abolição de algumas técnicas sem comprovação científica e da adoção de práticas mais flexíveis²⁶. No que diz respeito a essas práticas, o Ministério da Saúde reconhece que a sucção não nutritiva em bebês de UTIN pode ser viabilizada em alguns casos, principalmente quando a dor estiver envolvida²⁷.

Ainda, o método mãe-canguru é apresentado como tecnologia relacional e humanística, incentivando e valorizando as vivências e necessidades da mãe e do bebê, estimulando o vínculo entre estes atores. Esse método é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce, entre a mãe e o RN de baixo-peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo dessa forma uma participação maior dos pais no cuidado ao seu filho⁶.

Nesse sentido, a enfermagem percebe-se como elo importante de aproximação dos filhos com os pais, principalmente através de uma assistência mais humanizada, acreditando que o contato físico deve ser estimulado e que tem papel fundamental na formação do vínculo afetivo²⁹.

Trabalhar com neonatos significa trabalhar com as atitudes e sentimentos dos pais, buscando amenizar a ansiedade, o medo, as fantasias e as rejeições observadas na relação entre pais e filhos.

Assim, a equipe atua buscando facilitar esse vínculo através de uma assistência adequada, dentro de um enfoque biológico, psicológico e social, orientando e educando os pais nos cuidados com o filho para proteção da saúde e do desenvolvimento da criança²⁸.

Os profissionais que trabalham nas unidades neonatais devem facilitar o contato precoce entre pais e filhos, estabelecendo oportunidades para formação de vínculo e de apego, sabendo que esse processo é gerado gradualmente no decorrer da convivência e que a separação pode ocasionar um dano na ligação existente entre eles²⁹.

3.3) Cotidiano do alojamento materno

Cuidar do filho hospitalizado, da casa, da família e dos outros filhos constitui-se em um processo extremamente conflituoso para as mães de RNs internados em UTI. Ao priorizar a presença junto ao filho hospitalizado, a mãe distancia-se de suas atribuições de mulher, de companheira, de trabalhadora, de filha e de mãe de outros filhos, para tornar-se mãe de um recém-nascido que necessita de cuidados hospitalares³⁰.

O cotidiano no alojamento materno, que pode ser oferecido por algumas instituições hospitalares, foi entendido como um apoio aos familiares dos RNs hospitalizados, uma vez que muitos destes são advindos de outras cidades e possuem condições financeiras desfavoráveis. Outro ponto a ser elencado relaciona-se ao ambiente favorável dentro desses abrigos, pois é um local de troca de experiências entre os familiares dos pacientes, o que ajuda no processo de compreensão da situação em que se encontram.

4) Indicadores de assistência a RNs em UTIN

Florence Nightingale foi a primeira enfermeira a reconhecer a importância dos dados relativos aos cuidados de saúde e formalizar um processo de coleta para conhecer a frequência das doenças e danos à saúde³¹. Nesta categoria, enquadraram-se sete publicações, que buscaram, sobretudo, identificar a qualidade da assistência prestada aos RNs internados em UTIN em diferentes contextos e com diferentes enfoques.

Quanto às variáveis relacionadas com o óbito de RNs de uma UTIN, uma das pesquisas evidenciou que as principais causas de óbito foram: malformações congênitas (25,6%); hipertensão materna

(17,9%), e infecções maternas (12,0%). Por sua vez, os RNs com baixo peso e os prematuros apresentaram um risco de morrer quatro vezes maior do que os RNs com peso >2.500g ou a termo³².

Os índices de partos prematuros têm aumentado significativamente nas últimas décadas. Em países desenvolvidos as causas estão centradas em malformações congênitas e no aumento do número de multiparidade causado pelos tratamentos para infertilidade. Já nos países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil, o aumento do número de partos prematuros está associado às más condições sociais e econômicas e a um deficitário atendimento pré-natal.

O Centro de Parto Normal (CPN) constitui-se em um modelo assistencial inovador no atendimento à parturiente, conceito e RN, implantado nos serviços de maternidade do Brasil a partir de 1999. Um dos estudos evidenciou que a frequência de RNs submetidos à reanimação, considerando o procedimento de aspiração das vias respiratórias como manobra inicial, ocorre em 47,0% dos atendimentos. Desse total, todos tiveram a cavidade oral e as vias aéreas superiores aspiradas; 63,8% são submetidos à aspiração do estômago e 6,4% têm a traquéia aspirada, sendo 66,7% por intubação, indicando que a decisão do profissional para realizar o procedimento é determinada pelas condições de avaliação do estado do RN e da característica do líquido amniótico¹.

Verifica-se a relevância do estudo em questão, na medida em que contribuiu para avaliação do impacto da proposta dos CPNs nos indicadores de qualidade do serviço, no que diz respeito à redução dos índices de morbidade e mortalidade perinatal, como também nos custos em recursos materiais e humanos investidos nos serviços de saúde.

Quanto à interação entre enfermeira e RN durante a prática de aspiração orotraqueal e a coleta de sangue para exames, pode-se afirmar que suas respostas fisiológicas e comportamentais incorrem com o aumento da frequência cardíaca, a diminuição da saturação de oxigênio, a expressão de choro e agitação³³.

O banho de um RN com diagnóstico clínico de pneumonia é encarado como um cuidado de enfermagem controverso, devido a sua instabilidade respiratória. Nesse sentido, um dos artigos concluiu que em condições ideais (temperatura da água a 37°C e temperatura

ambiental a 22°C) o banho não é prejudicial às condições oxihemodinâmicas do RN e contribui para sua higiene³⁴.

A higiene é relevante por diminuir o risco de contaminação e colonização da pele e mucosas por bactérias patogênicas. A SBP indica que diariamente deve-se dar banho na criança hospitalizada. O banho é indispensável à saúde, pois proporciona bem-estar, estimula a circulação sanguínea e protege a pele contra diversas doenças¹⁹.

Outra pesquisa elucidou que o Processo de Enfermagem (PE) não está implantado como modelo de sistematização do trabalho assistencial do enfermeiro na UTIN, sendo desenvolvido apenas o Histórico de Enfermagem – muitas vezes de maneira informal – e, eventualmente, a Evolução de Enfermagem, item integrante da etapa de Avaliação³⁵.

No Brasil, o PE é uma atividade regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem³⁵ como um método que viabiliza a organização da assistência de enfermagem, de forma sistemática e dinâmica, bem como o atendimento das reais necessidades de cuidado em saúde apresentadas pelo usuário. Representa uma abordagem de enfermagem ética, humanizada, de baixo custo e dirigida a resultados³⁶.

Quanto ao perfil epidemiológico das Infecções Hospitalares (IH) neonatais e a incidência de óbito entre os RNs, evidenciou-se: a pneumonia (46,0%); seguida pela enterocolite necrotizante (10,9%); a infecção do sistema cardiovascular (10,0%), e a meningite (8,8%). A sepse destacou-se em RNs com IH que permaneceram mais de 30 dias internados³⁷.

O desenvolvimento tecnológico tem permitido maior sobrevida para neonatos prematuros e de baixo peso, submetidos a internações prolongadas e procedimentos invasivos indispensáveis a seus cuidados³⁷. Neste contexto, a infecção hospitalar representa um dos problemas de maior relevância entre os neonatos em cuidados intensivos.

O Ministério da Saúde procurou estabelecer normas a respeito do procedimento de lavar as mãos com o objetivo de tornar um procedimento comum no ambiente da saúde. Contudo, mesmo diante de diversas campanhas educativas visando à higienização das mãos, elas continuam sendo a fonte mais propensa de contaminação e disseminação dos microorganismos³⁸.

No que tange aos fatores que interferem na assistência ao RN e à presença da família para recuperação do bebê, a maioria (96%) dos funcionários sabe definir RN de risco; a identificação mais comum é pela prematuridade (30%); a complicação mais frequente é a infecção (38%); realizam, na assistência, os cuidados de conforto (69%); nas dificuldades para a assistência, relataram a falta de recursos humanos (12%); como facilitador, citam o trabalho em equipe (19%); há diferença na evolução do RN com a mãe presente (77%); as ações praticadas são a orientação da rotina da unidade e sobre o RN (36%); relataram a importância do toque da mãe (21%) e colocar o RN junto à mãe (17%)³⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram identificar a participação da enfermagem nos três pilares básicos que orientam sua atuação, pois foram observadas publicações que tratam de educação em saúde, de gerenciamento e de assistência.

No que tange à educação em saúde, destaca-se a necessidade de enfatizar esse preceito com a família na realização dos cuidados aos RNs. Entende-se que a dimensão do cuidado transpassa o período de internação e continua por ocasião da alta hospitalar, e que no ambiente familiar deverá haver pessoas capacitadas a executá-lo eficientemente. Assim, torna-se responsabilidade da equipe de enfermagem, comprometida com a assistência integralizada, a orientação e o treinamento dos familiares. Dessa forma, os familiares estarão capacitados e instrumentalizados para minimizar os índices de reinternações.

No que se refere às atividades gerenciais, os artigos que vislumbraram o levantamento/ compreensão de indicadores de assistência são de extrema relevância. Uma vez conhecedora das suas potencialidades e deficiências, a equipe de enfermagem poderá desenvolver tecnologias que permitam um melhor direcionamento das ações a serem executadas, evitando desperdício de esforços em práticas menos relevantes.

Quanto à área assistencial, os estudos procuraram salientar a importância da realização de um cuidado humanizado, entendendo a necessidade de transpor ambientes exclusivamente subsidiados por aparatos tecnológicos e ações tecnicistas, fazendo-se necessária a

adoção de medidas que respeitem as individualidades éticas, sociais, econômicas e culturais de cada grupo familiar que se encontra no processo de internação de seu RN.

Destaca-se, também, o pequeno número de publicações envolvendo profissionais de enfermagem, uma vez que estes são os que mais tempo relacionam-se com o RN internado em UTINs. Esse resultado, de certa forma, traduz um perfil dos profissionais que trabalham na área de intensivismo, e que, envolvidos com sua prática assistencial, acabam deixando em segundo plano atividades de produção do conhecimento.

As especificidades que estão envolvidas no processo de internação de um RN em uma UTIN ficaram evidentes neste trabalho. Ficou também evidente a necessidade de a instituição hospitalar possuir uma equipe altamente qualificada e comprometida para atuar nesse complexo campo, pois em intensivismo, e principalmente neonatal, qualquer erro poderá trazer conseqüências irreversíveis. Entende-se que este estudo possa contribuir para mudanças no processo de trabalho, com vistas à qualificação da assistência prestada aos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes K, Kimura AF. Práticas assistenciais em reanimação do recém-nascido no contexto de um centro de parto normal. Rev Esc Enferm USP 2005, jul/set; 39(4):383-90.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998. - DOU nº 154 Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Disponível em: <http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>. Acesso em: 10 out. 2009.
3. Araujo BB, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise Freireana. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr./jun.; 16(2):180-6.
4. Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, 2009, jun.; 43(2): 472-480.

5. Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 215-53.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Normas de atenção humanizada do recém-nascido de baixo-peso (método canguru), posto em 15 de junho de 2003. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=58>. Acesso em: 24 maio 2010.
7. Lima DVM, Lima GOP, Francisco MTR, Figueiredo NMA, Clos AC. O banho do neonato portador de pneumopatia em UTI: implicações oximétricas para a enfermagem. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 jul/set; 15(3):437-43.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1991. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca. Acesso em: 8 out. 2009.
9. Sales CA, Alves NB, Vrecchi MG, Fernandes J. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. Rev Bras Enferm 2006 jan/fev; 59(1): 20-4.
10. Minayo M C S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
11. Gil A C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.
12. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>. Acesso em: 10 fev. 2010.
13. Sales CA et al. Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematuro: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. Acta Sci. Health Sci. Maringá, 2005 jan/fev, 27(1):19-23.
14. Ferreira L, Vieira CS. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. Acta Scientiarum, Maringá, 2003, jan/fev, 25(1): 41-50.
15. Frota MA, Campos ACS, Pimentel ZB, Esteche CMGCE. Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. Cogitare Enferm 2007 Jul/Set; 12(3):323-9.
16. Gaiva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. Rev Bras Enferm 2005 jul-ago; 58(4):444-8.
17. Sousa JC, Silva LMS, Guimarães TA. Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. Rev. Pediatria (São Paulo) 2008 ago/set; 30(4):217-227.

18. Puccini PT, Cecilio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2004 set/out, 20(5):1342-1353.
19. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP): 2003. Os 10 passos para a atenção hospitalar humanizada à criança e ao adolescente. SBP, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/showitem2.cfm?idcategoria=88&iddetalhe=1320&tipodetalhe=s>. Acesso em: 30 maio 2010.
20. Organização Pan-Americana de Saúde. Amamentação (OPAS). (Atualizado em junho de 2003). Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf>. Acesso em: 30 maio 2010.
21. Sucena LP, Furlan MFFM. Incidência da utilização de leite materno ordenhado em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal e caracterização dos recém-nascidos. Arq Ciênc Saúde 2008 abr/jun; 15(2): 82-9.
22. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 mar; 12 (1): 19 - 24.
23. Matuhara AM, Naganuma M. Impacto de um manual instrucional sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. Pediatria (São Paulo) 2006mar/abr; 28(2):91-7.
24. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, 2004, Aug; 12(4): 80-86.
25. Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. Ciência & Saúde Coletiva 2005 mai/jun; 10(3): 669-675.
26. Kakehashi, Pinheiro EM, Pizarro G, Guilherme A. Nível de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. Acta Paul Enferm 2007 jul/ago; 20(4):404-9.
27. Ministério da Saúde (BR). [1º de agosto de 2000]. Razões médico-fonoaudiológicas aceitáveis para o uso de chupetas em recém-nascidos internados em UTI neonatal. Brasília. Disponível em: www.ministeriodasaude.gov.br/showitem2.cfm?idcategoria=88&iddetalhe=1320&tipodetalhe=s. Acesso em: 12 jun. 2010.

28. Conz CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Promoção de vínculo afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009 Dec; 43(4): 72-80.
29. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situações de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, jul./ago., 11 (4): 539-43, 2003.
30. Dittz ES, Mota JAC, Sena RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife., 2008 jan. / mar; 8 (1): 75-81.
31. Reis EAA. Definição de Indicadores de Assistência de Enfermagem a partir dos Dados Mínimos. Abril/2004. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/730.doc>. Acesso em: 15 jul. 2010.
32. Araujo BF, Tanaka AC, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 2005 out./dez; 5(4):463-469.
33. Rolim KMC, Cardoso MVL. A interação enfermeira recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. *Rev Esc Enferm USP* 2006 jun/jul; 40(4):515-23. Disponível em: www.ee.usp.br/reusp/.
34. Lima HF, Rocha LS, Lima MI. Experiência de pais no cuidar de RN na UTI-Neonatal: passando o meu amor, a minha força e minha energia, ele se recupera mais rápido. Monografia de conclusão de curso. Goiânia; 2004. Disponível em: http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_10.pdf. Acesso em: 24 maio 2010.
35. Duarte APP, Ellensohn L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007 out/dez; 15(4):521-6.
36. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei nº. 7.498 de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=22§ion35>. Acesso em: 25 maio 2010.
37. Lopes GK, Rossetto EG, Belei RA, Capobianco JD, Matsuo T. Estudo epidemiológico das infecções neonatais no Hospital Universitário de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci. Health Sci. Maringá*, 2008 jan/fev; 30(1):55-63.

38. Mendonça AP, Fernandes MSC, Azevedo JMR, Silveira WCR, Souza ACS. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, 2003 mar/abr; 25(2):147-153.
39. Silva ND, Vieira MRR. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. *Arq Ciênc Saúde* 2008 jul-set; 15(3):110-6.