



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DENISE SANTANA DA SILVA

EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NA ADMISSÃO DO PREMATURO
EXTREMO NA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

SALVADOR

2011

DENISE SANTANA DA SILVA

EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NA ADMISSÃO DO PREMATURO
EXTREMO NA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: O Cuidar no Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marinalva Dias Quirino

SALVADOR

2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca das Escolas de Enfermagem e
Nutrição, SIBI - UFBA.

S586 *Silva, Denise Santana da*
Experiências de enfermeiras na admissão do prematuro extremo na
terapia intensiva neonatal / Denise Santana da Silva. – Salvador, 2011.
100f

Orientador: Profa. Dra. Marinalva Dias Quirino.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, 2011.

1. Unidade de tratamento intensivo - Neonatologia. 2. Prematuros -
Cuidados e higiene. 3. Recém-nascidos - Cuidados de Enfermagem. I.
Quirino, Marinalva Dias. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de
Enfermagem. III. Título.

CDU : 613.952

DENISE SANTANA DA SILVA

EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NA ADMISSÃO DO
PREMATURO EXTREMO NA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração Cuidar no Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 17 de fevereiro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Marinalva Dias Quirino _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Vera Lúcia Barbosa _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal de São Paulo

Climene Laura de Camargo _____
Pós-Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Mariza Silva Almeida _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedicatória

Dedico este trabalho a **Deus**, meu Senhor e Salvador e a **minha amada família**, pelo amor carinho, incentivo, compreensão das minhas ausências e por me incentivar a dar continuidade aos propósitos de Deus em minha vida

Dedico também aos **prematuros extremos**, fonte da minha inspiração para este estudo e sujeito alvo do processo de cuidar da Enfermagem.

Agradecimientos

Agradeço à **Deus**, pelo seu amor incomparável e sua graça infinita para com a minha vida. E por permitir mais uma conquista, a realização de um sonho na minha vida profissional.

Ao amor da minha vida, **José Carlos**, por está ao meu lado em todos os momentos, por acreditar em meu potencial e me ajudar.

Aos meus pais, **Raimundo e Eudénice**, pelo investimento, dedicação e amor. Meus exemplos de persistência, trabalho digno e por apoiarem em tudo que projeto para minha vida.

À minha amada irmã **Deise**, pela cumplicidade e companheirismo durante toda jornada da minha vida, pelos nossos momentos de reflexões, sonhos e construção do nosso projeto de vida.

Profª Drª Marinalva Dias Quirino, pela paciência, dedicação, orientação e profissionalismo. E por me mostrar com sabedoria e experiência como se pesquisar.

À Coordenadora da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA **Profª Drª Mirian Paiva** pelo incentivo a pesquisa.

Aos **Professores do Mestrado em Enfermagem da UFBA**, por terem contribuído com valiosos ensinamentos.

À **Coordenadora de Enfermagem da UTIN do HGRS Regina de Castro Freire** por ter permitido a realização desta pesquisa, pelo acolhimento na UTIN e por me incentivar em meus estudos.

As **Enfermeiras Assistências da UTIN**, por fornecer informações valiosas do processo de cuidar aos prematuros extremos.

À Doutoranda **Tânia Christiane Ferreira Bispo** e a Mestre **Aldaci Gonçalves**, por oportunizar a docência para minha vida. Sou grata pelo confiança e pelo carinho.

Aos **colegas do Mestrado**, pelos momentos prazerosos de troca de conhecimento e aprendizagem.

As minhas amigas **Ludmilla, Rosa Alice, Claudia Paim, Cris e Lore** por estarem sempre ao meu lado torcendo por mim.

As queridas bolsistas do Hospital Inácia Pinto (Hospital da Mulher) no município de Feira de Santana que se aproximaram da neonatologia no de 2004 – 2005: **Camila, Brenna, Lud, Ana Verena, Adriana Rosa e Manoela (In memoriam)**.

Aos meus queridos cunhados: **Ana, Regina, Cida, Lucinha, Carlos, Augusto e Tina** pelo carinho e comunhão.

As colegas **enfermeiras da Maternidade Profº José Maria de Magalhães Netto**, pela amizade e pelo amor dispensado no cuidado ao neonato prematuro extremo.

Ao **CRECER**, grupo de estudo que me oportunizou momentos de muita aprendizagem.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pelo estímulo à pesquisa e pela bolsa de estudo que disponibilizou durante o curso.

A **Pós-Graduação em Enfermagem**, por abri os caminhos para a docência em minha vida.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

***“Graças te dou, visto que por modo
assombrosamente maravilhoso me formaste;
as tuas obras são admiráveis, e a minha alma o sabe muito bem;
os meus ossos não te foram encobertos, quando no oculto
fui formado e entretecido como nas profundezas da terra.
Os teus olhos me viram a substância ainda informe,
e no teu livro foram escritos todos os meus dias,
cada um deles escritos e determinados quando
nenhum deles havia ainda”.***

(Salmos 139: 14-16)

Resumo

RESUMO

A admissão do prematuro extremo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) requer do enfermeiro conhecimento e habilidade para atendê-lo integralmente, devido às peculiaridades inerentes à sua condição de nascimento. O objeto deste estudo consistiu nas experiências vivenciadas pelas enfermeiras no cuidado ao prematuro extremo na admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Os objetivos foram descrever os cuidados prestados na admissão do prematuro extremo na UTIN e identificar os desafios vivenciados pelas enfermeiras durante a admissão. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório fundamentado no cuidado humano. Foram entrevistadas 11 enfermeiras da UTIN de um hospital público de Salvador, no período de 05 de maio a 05 de julho de 2010. Para coleta de dados foram utilizadas a entrevista semi-estruturada e a observação descritiva. A análise dos depoimentos foi fundamentada na Análise de Conteúdo de Bardin, modalidade Temática. Emergiram três categorias: expectativas de enfermeiras na admissão do prematuro extremo, que obteve três subcategorias: fragilidade do prematuro extremo, atendimento adequado na admissão e emoções que permearam o momento da admissão. A segunda categoria o cuidar do prematuro extremo na UTIN durante a admissão, obteve três subcategorias: organização da unidade, cuidados prestados no momento da admissão e assistência a família. A terceira categoria os desafios vivenciados pelas enfermeiras na admissão do prematuro extremo com as seguintes subcategorias: números de vagas insuficientes na UTIN, deficiência de recursos humanos e escassez de recursos materiais e equipamentos. Os resultados mostraram que as entrevistadas consideram o prematuro extremo frágil sendo necessário um atendimento por profissionais competentes; vivenciaram emoções de alegria, tristeza e surpresa que podem gerar-lhes sofrimento psíquico. Afirmaram a relevância de informar à família o quadro clínico do filho e as rotinas da unidade; descreveram os cuidados prestados ao prematuro durante a admissão: termorregulação, monitorização, acesso venoso, suporte ventilatório, cuidados com a pele, manipulação e o conforto. Apontaram como desafios a falta de vagas, deficiência de recursos humanos e materiais. Conclui-se que o cuidado ao recém-nascido prematuro extremo deve ser dado por profissionais com conhecimento específico sobre as suas peculiaridades, garantindo-lhe atendimento integral para que possa desenvolver plenamente seus potenciais afetivo, cognitivo e produtivo. Assim, sugere-se que outros estudos sobre o tema sejam realizados com a finalidade de contribuir com a aquisição do conhecimento sobre a admissão do prematuro extremo na UTIN e propiciar a criação de políticas públicas para ampliar o número de leitos, de profissionais e de equipamentos adequados à complexidade do atendimento a que se destinam.

Palavras-Chave: 1. Prematuro 2. Enfermagem 3. Unidade de Terapia intensiva neonatal .

Abstract

ABSTRACT

Admittance of the extremely premature in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) requires knowledge and ability of the nursing professional due to the peculiarities inherent to birth conditions. Based on these premises, the object of this study consisted on the experiences lived by nurses while caring for the extremely premature at admittance to the NICU. The general objective was to analyze the nurses' experiences while caring for the extremely premature at admittance to the NICU and the specific objectives were to describe the care given at admittance to the NICU and the challenges endured by nurses. This was a qualitative, descriptive study, based on human care. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Health Department in Bahia State (SESAB). Eleven nurses of a Public Hospital NICU in Salvador were interviewed, from the 5th of May to the 5th of July, 2010. Data were collected through semi-structured interview and descriptive observation. The testimonies analysis was based on Bardin's content analysis, thematic analysis modality. Three categories emerged: the nurses' expectations at the admittance of the extremely premature, which obtained three sub-categories: frailty of the extremely premature, appropriate tending at admittance and the emotions that were present at the moment of admittance. The second category was the care of the extremely premature at NICU during admittance which obtained three subcategories: unit organization, care given at the moment of admittance and family assistance. The third category involved the challenges endured by the nurses at admittance of the extremely premature with the following subcategories: insufficient number of beds at NICU, human resources deficiency and shortage of material resources and equipment. The results showed that the interviewed nurses consider the extremely premature fragile and in need of competent professional care; they experienced emotions such as joy, sadness and surprise which can produce psychological suffering. Regarding the family, the importance of reporting on the clinical picture of the child and the Unit routines was stated as relevant. The nurses described the care given during admittance as thermoregulation, monitoring, venous access, ventilatory support, skin care, premature handling and comfort. The challenges endured by the nurses were the lack of beds, deficiency of material and human resources. It is possible to conclude that the care of the extremely premature newborn should be given by professionals with specific knowledge about its peculiarities granting full assistance so that the premature is able to develop its affective, cognitive and productive potentials. It should be pointed out that though the work process at NICU is overweary and involves factors that are obstacles in the care of the newborn, the nurses create strategies to fulfill the premature needs and develop actions that make their tending practices easier. In this perspective, it is suggested the incentive to other studies on this theme to contribute to knowledge acquisition on the admittance of the extremely premature at NICU and stimulate the establishment of public policies to increase the number of hospital beds, professionals and equipment adequate to the complexity of this assistance.

Key words: 1. Premature. 2. Nursing. 3. Neonatal Intensive Care Unit.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1 O CUIDAR	20
2.2 CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO: HISTÓRICO.....	24
2.3 PREMATURIDADE.....	26
2.4 O PREMATURO EXTREMO E SUAS PECULIARIDADES	30
3 PERCURSO METODOLÓGICO	33
3.1 TIPO DE ESTUDO	33
3.2 CAMPO DO ESTUDO	34
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	35
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
3.5 COLETA DE DADOS	37
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
4.1 CONHECENDO AS ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS.....	41
4.2 CATEGORIAS ESTUDADAS.....	42
4.2.1 Admissão do prematuro extremo na UTIN: momento de expectativa.....	43
4.2.2 Cuidado do prematuro extremo na UTIN durante a admissão.....	52
4.2.3 Desafios na admissão do prematuro extremo.....	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS	85

APÊNDICES.....	95
APÊNDICE A : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	96
APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	97
APÊNDICE C: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA.....	98
ANEXO.....	99

1 INTRODUÇÃO

A motivação para este estudo teve início durante o curso de graduação em Enfermagem, quando tive minhas primeiras experiências em neonatologia, mais especificamente como bolsista/estagiária de uma maternidade pública (2004-2005). Nesta instituição desenvolvi atividades assistenciais no centro obstétrico, alojamento conjunto e no berçário de alto risco, o que me levou a uma maior aproximação com a assistência ao recém-nascido prematuro (RNPT).

Fiquei surpresa ao perceber que era possível um neonato com menos de 1000 gramas sobreviver graças ao cuidado prestado pelos profissionais e ao suporte tecnológico.

Ao concluir o curso de graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 2006, senti necessidade de uma formação específica em neonatologia, pois trabalhava em uma Unidade de Saúde da Família onde atendia recém-nascido de baixo peso e crianças da faixa etária de zero a cinco anos.

Posteriormente, em 2007 ingressei no Curso de Especialização em Neonatologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) que tinha parceria com o Ministério da Saúde, cujos campos de prática foram as unidades neonatais de um hospital público de grande porte do Estado, referência para o atendimento a gestantes e recém-nascidos de alto-risco.

Neste curso pude ampliar meus conhecimentos teórico-práticos e vivenciar situações enriquecedoras no cuidar da criança prematura. Naquele período desenvolvi uma pesquisa intitulada: “Cuidados prestados por mães aos lactentes acompanhados pelo follow-up” cujos resultados mostraram o crescente número de recém-nascidos (RNs) cada vez mais extremo que sobreviviam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A seguir, ingressei como aluna especial na disciplina “O cuidado no desenvolvimento humano” oferecida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), a qual ampliou e aprofundou meus conhecimentos sobre o cuidar em enfermagem.

Atuei também no ano de 2007, como enfermeira assistencial na UTIN da Maternidade Prof^o José Maria de Magalhães Netto, onde observei que a maioria dos neonatos admitidos eram prematuros, dentre estes mais de 40% eram prematuros extremos, com menos de 30 semanas de idade gestacional (IG) e peso inferior a 1.000 gramas. Estes RNs apresentavam peculiaridades que requeriam da enfermeira um cuidado minucioso e especializado.

Atualmente, sou tutora do Núcleo de Neonatologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UNEB. Neste desenvolvo atividades teórico – práticas sobre RN de alto risco, incluindo os prematuros. Assim, percebo o quão necessário é o conhecimento da enfermeira sobre a especificidade do atendimento ao RNPT que tem sobrevivido com pesos ínfimos, desde o momento da sua admissão até a sua alta hospitalar.

No cotidiano da UTIN observei que a admissão de um RNPT, demanda da enfermeira um planejamento prévio que inclui preparo da unidade, montagem do berço aquecido ou da incubadora, preparo dos equipamentos, monitores, ventilador, bomba de infusão, contato com outros serviços e muito tempo dedicado ao cuidado ao neonato, que para estabilizar-se clinicamente, às vezes demorava de 10 a 14 horas, necessitando da assistência da equipe de enfermagem e de outros profissionais para o seu controle térmico, manutenção das vias áreas pérvias, suporte ventilatório e controle hemodinâmico.

Deste modo, a admissão de um prematuro incitava-me algumas inquietações: qual o impacto da admissão na sobrevida do prematuro extremo em uma UTIN? Quais os principais cuidados realizados pela enfermeira na admissão de um RNPT extremo? Como as enfermeiras vivenciam o momento da admissão deste RN que precisa de cuidados tão específicos e detalhados?

Esses questionamentos me motivaram a pesquisar sobre o tema, pois a sobrevida dos prematuros extremos requer cuidado de enfermagem específico incluindo o suporte tecnológico que torna os procedimentos mais elaborados e mais eficientes, favorecendo a diminuição da morbimortalidade e o aumento de sua sobrevida.

Outro aspecto considerado é que na literatura sobre a temática em estudo, foram encontrados 66 trabalhos entre teses, dissertações e artigos, obtidos por meio da base de dados BIREME, MEDLINE, SCIELO, LILACS e banco de teses e dissertações da CAPES, no período de (2000-2010), acessados pelos descritores:

premature, cuidado e enfermagem. Constatei que grande parte dos estudos são de abordagem qualitativa e referem-se a formação dos laços afetivos, vínculo, apego, maternidade, Método Mãe Canguru e se concentravam nas regiões sul e sudeste, com maior destaque para as cidades Santa Catarina, São Paulo e Rio de Janeiro. Na região Nordeste foram encontrados poucos trabalhos. Contudo, ainda são escassos os artigos que abordam o prematuro extremo com enfoque nos cuidados prestados pela enfermeira a esse neonato, destes destacam-se um suplemento do Jornal de Pediatria destinado ao manejo de prematuro extremo publicado no ano de 2005 e um artigo sobre estratégias para melhorar a sobrevivência do prematuro extremo publicada na revista chilena de pediatria no ano de 2009. Das dissertações e teses encontradas apenas três abordavam o prematuro extremo.

Diante desse contexto percebo que o cuidado ao prematuro extremo está atrelado ao conhecimento das enfermeiras assistenciais e sua experiência na prática profissional.

Assim, fundamentada nessas reflexões e motivações surge o questionamento: **como as enfermeiras experienciam a admissão do prematuro extremo na UTIN devido a complexidade dos cuidados que eles precisam?**

Para responder a esse questionamento, o **objeto** de estudo consiste nas experiências de enfermeiras no cuidado ao prematuro extremo na admissão na UTIN.

Nesse sentido, a pesquisa tem como **objetivos**:

- Descrever os cuidados prestados na admissão do prematuro extremo na UTIN.
- Identificar os desafios vivenciados pelas enfermeiras na prestação dos cuidados na admissão do prematuro extremo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O CUIDAR

A preocupação com o cuidar tem sido objeto de estudo em várias áreas do saber especialmente na enfermagem que a partir da década de 80 passou a pesquisar sobre a humanização dos cuidados.

O termo cuidado em inglês significa preocupação, consideração, interesse, afeição, importar-se, proteger, gostar, já em português significa atenção, cautela, zelo, responsabilidade, preocupação. O verbo cuidar especificamente assume a conotação de imaginar, pensar, meditar, causar inquietação, empregar atenção (WALDOW, 2007).

Compreende-se que o cuidar representa um conjunto de atividades que visa manter, sustentar e dar continuidade à vida.

O ato de cuidar significa dedicar tempo, atenção, zelo, conforto, respeito, competência e ética, que se processa por meio de uma relação de horizontalidade e igualdade, em que o sujeito do cuidado e o sujeito cuidador são co-partícipes dessa construção (SILVA, 2004; VILA; ROSSI, 2002).

Ressalta-se que o cuidar é uma atitude, que abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo, ele representa uma atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

Durante toda a história da humanidade o cuidar sempre esteve presente, pois ele garantia a manutenção da espécie. Na história sobre o cuidar, constata-se que ele era prestado inicialmente por religiosos, com cunho caritativo, na tentativa de oferecer conforto, abrigo, alimento e salvação da alma aos enfermos e àqueles que os assistiam.

A concepção do cuidado humano é a base do processo de cuidar que é o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com o paciente no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana (WALDOW, 2007).

Na história da enfermagem está sempre presente a manutenção da vida, tendo seu início com Florence Nightingale, propondo e demonstrando os efeitos dos cuidados com o ambiente na promoção da saúde.

Os cuidados podem ser classificados em relação a sua natureza em dois tipos: os cuidados cotidianos e habituais (*Care*), que representam um conjunto de atividades que garantem a manutenção e continuidade da vida. E os cuidados de reparação (*Cure*) estão associados a reparar aquilo que impede a continuidade da vida. Os cuidados cotidianos estão associados aos hábitos de vida, costumes e crenças, são os cuidados com a alimentação, eliminações, higiene e contribuem para o desenvolvimento do ser, mantendo a imagem do corpo. Os cuidados de reparação têm por finalidade limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas (COLLIÉRE, 1999).

O cuidar é o objeto do trabalho da enfermeira. O profissional deve possuir uma visão ampla do ser humano, do processo de cuidar incluindo aspectos que refletem crenças e valores e, deve reconhecer suas próprias responsabilidades para com os outros. O cuidado em enfermagem é ético quando contém os elementos como habilidades técnicas, conhecimento, sensibilidade, intuição e experiência (CIRCUNCIZÃO, 2007).

Ao cuidar do outro se passa a respeitá-lo e a vê-lo na sua individualidade, sendo indispensável o conhecimento a cerca da ética e da moral, princípios que norteiam uma nova razão instrumental, emocional e espiritual.

A ética que permeia o cuidar do outro tem como mistério a predominância de sentimentos e atitudes voltadas para o amor verdadeiro ao próximo; desde que a compaixão viva dentro de cada um, o bem e a dor do outro passam a ser encontrado no coração de quem acredita nesses princípios (BOFF, 1999).

Neste sentido, na enfermagem o cuidar assume uma expressiva significância atuando como co-participante de um processo no qual o ideal de cuidar é ir além dos cuidados técnicos e ser capaz de escutar, conversar, ter flexibilidade para com o outro e para consigo mesmo.

No que se refere o cuidar do RN o cuidador assume integralmente o cuidado deste estabelecendo uma relação de dependência, posto que o cuidado ao neonato é diferenciado, considerando que suas necessidades precisam ser percebidas e atendidas.

Na fase neonatal, o cuidar é muito peculiar, pois esta entre as diversas etapas da vida do ser humano é aquela em que o indivíduo quer doente ou não, depende integralmente de seu cuidador. Aos neonatos que nascem a termo, sem intercorrências cabe às mães prestar-lhes os cuidados e na maioria das vezes de forma instintiva (CALASANS, 2006; SIMIONI; GEIB, 2008).

Entretanto, quando o nascimento é marcado pela prematuridade e o RN precisa de internação imediata na UTIN ocorre uma separação brusca entre os pais e o filho que poderá afetar o desenvolvimento físico e psíquico do RN (CIRCUNCIZÃO, 2007).

No contexto da UTIN o cuidado é exercido de forma intensa, muitas vezes em situação de urgência o neonato é totalmente dependente de cuidados específicos de uma equipe multiprofissional, ficando longe dos pais, em um ambiente hostil submetido a muitos procedimentos técnicos invasivos e dolorosos, distante de seus pais (CIRCUNCIZÃO, 2007; GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Nesse local, a equipe de enfermagem é provedora da maioria dos cuidados prestados ao RN e a enfermeira tem o papel de ser articuladora e tutora do cuidar, incluindo o cuidado no sentido de afeição, preocupação, assim como responsabilidade pelas pessoas cuidadas (WALDOW, 2007).

Os estudos que abordam o cuidado na UTIN estão atrelados a humanização no contexto de terapia intensiva, ao vínculo materno, a formação dos laços afetivos e do apego, a maternidade e a paternidade (SCOCHI et al., 2003; GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007)

O Ministério da Saúde aponta que o RNPT por necessitar de cuidados especiais por um período longo de internação, vive uma separação da mãe, ficando a sua presença restrita aos horários de visita pré-estabelecidos pelas unidades de internação neonatal. O vínculo, ou laço emocional nos primeiros anos de vida é crucial para a sobrevivência do ser humano. O apego engloba o conceito da busca de proximidade e afetividade de uma pessoa, caracterizando a mãe ou outra figura materna como eixo principal dessa relação (BRASIL, 2002).

Com relação à humanização dos cuidados de saúde, em neonatologia, pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições que possibilite a visita de outras pessoas afetivamente ligadas ao RN, tais como avós e irmãos,

legitimando desta maneira a humanização da assistência (KOHLRAUSCH et al., 2000).

Pois, o afastamento do RNPT e a restrição de contatos com os pais podem dificultar o processo de fortalecimento do vínculo afetivo entre o bebê e sua família (BARBOSA, 1999).

O cuidado prestado, ao prematuro, pelas suas particularidades, exige conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, abrangendo um cuidar específico integrando à família durante o internamento e a continuidade após a alta hospitalar (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Esses cuidados prestados são amplamente discutidos sob vários aspectos sendo o objetivo maior destas discussões é a promoção de uma melhor qualidade de vida para estas crianças e suas famílias (FREITAS, 2006).

Assim, o cuidar é o objeto de trabalho da enfermagem, exercida no contexto de terapia intensiva neonatal, os prematuros possuem total dependência do seu cuidador. Sem o cuidado da enfermagem e da família sua vida estaria ameaçada. Portanto, o cuidado é algo imprescindível em que a pessoa passa a centrar-se no outro (BOFF, 1999).

O cuidar em neonatologia visa o bem estar dos recém-nascidos, o que implica desenvolver uma reflexão acerca de todas as formas de relacionamento entre os bebês e seus cuidadores incluindo a família. O cuidado deve ser promovido de uma forma individualizada, em um ambiente adequado, estimulando o neonato a desenvolver competência para sua sobrevivência (SILVA, 2005).

No contexto da UTIN, a sobrevivência do prematuro extremo está relacionada ao cuidar prestado pela equipe, demonstrado predominantemente de duas formas: como um modo de sobreviver e como uma expressão de interesse e carinho (WALDOW, 2007).

Em unidades neonatais, o cuidado e o convívio diário com RNs críticos exigem do enfermeiro uma capacidade de observação e destreza muito maior do que em unidades de menor complexidade, portanto, o cuidado é a intenção de promover o bem-estar, de manter o indivíduo seguro e confortável, minimizando os riscos e reduzindo a sua vulnerabilidade.

2.2 CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO: HISTÓRICO

A assistência ao recém-nascido passou por grandes transformações havendo variações na organização do trabalho decorrentes dos diferentes contextos sócio-econômicos e políticos. Na história social, a assistência à criança é associada ao contexto da organização da sociedade, enfocando os determinantes e necessidades nas mudanças ocorridas.

A parteira foi até o século XV, foi a responsável pela assistência ao parto e ao neonato, caracterizando um trabalho manual não especializado, instrumentalizado pelo conhecimento adquirido na experiência de vida desvinculado da prática médica oficial. Com as mudanças sócio-econômicas e políticas pré-capitalistas, o trabalho das parteiras passou a ser alvo de atenção e controle por meio de regulamentações governamentais. Acentuou-se o envolvimento dos cirurgiões com a prática tocológica, instrumentalizado pelo saber anátomo-fisiológica e por tecnologias cirúrgicas e obstétricas (MELLO, 1983; PIRES, 1989).

Dentre os pioneiros a cuidar dos RNs destaca-se Pierre Budin, obstetra, que dispensava atenção às crianças que ajudava a nascer. Ele criou o primeiro ambulatório de puericultura para os bebês saudáveis, no hospital Charité de Paris, em 1892. Historicamente Budin é considerado o primeiro neonatologista (ZIEGEL; CRANLEY, 1980).

Paralelamente, na Inglaterra, no fim do século XIX e início do século XX ocorreram mudanças significativas na assistência hospitalar ao recém-nascido, quando Martin Cooney, um dos alunos de Budin, utilizando incubadoras conseguiu em quatro décadas, evitar a morte de cerca de cinco mil prematuros. Com sucesso clínico e comercial alcançado surgiram numerosos centros de prematuros (PIZZATO, DA POIAN, 1982).

No início do século XX, instalaram-se berçários nas maternidades para todos os neonatos como medida de isolamento para reduzir a contaminação por infecções respiratórias e diarréicas e conseqüentemente a elevada mortalidade infantil. Instituíram-se medidas rigorosas de isolamento, os prematuros eram internados nos berçários. Evitava-se a hospitalização sempre que possível e adotavam-se regras

especiais como a proibição do manuseio desnecessário da criança e qualquer visita ao berçário, inclusive da própria mãe (PIZZATO; DA POIAN, 1982).

Atualmente os avanços técnicos e científicos permitiram considerável redução da taxa de mortalidade neonatal e aumento da sobrevida de recém-nascido de alto-risco, ou seja, daquelas atendidas em UTIN. Assim, a qualidade de vida desses neonatos se tornou uma preocupação exigindo-se a intervenção em etapas do desenvolvimento cada vez mais precoce. O aumento da sobrevida desses RNs de risco tem gerado também, o aumento da probabilidade de desenvolvimento de seqüelas neurológicas, déficits somáticos, dificuldade de aprendizagem, distúrbios de comportamento, anormalidades neuromotoras e outras afecções frequentemente incapacitantes (HERNANDEZ, 2003).

2.3 PREMATURIDADE

Anualmente, nascem vinte milhões de crianças prematuras e com baixo peso em todo o mundo. Destas um terço morrem antes de completar um ano de vida. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a principal causa de mortalidade infantil é a infecção perinatal, porém também são comuns aos recém-nascidos os problemas respiratórios, metabólicos, as dificuldades em alimentar-se e no controle da temperatura corporal (BRASIL, 2002).

Prematuridade é a condição que ocorre a interrupção da gravidez, antes do amadurecimento fetal para a vida extra-uterina com o nascimento de uma criança com riscos variáveis, sendo mais acentuados quanto menores forem sua idade gestacional e o peso ao nascer (BAHIA, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) recém-nascido prematuro é aquele que nasce antes de completar 37 semanas de gestação calculadas a partir do primeiro dia da última menstruação (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002).

A classificação dos prematuros é fundamentada em três aspectos: idade gestacional, peso ao nascer e relação entre idade gestacional e o peso do nascimento.

Utilizando a idade gestacional como parâmetro, o prematuro pode ser agrupado em três categorias (GAÍVA; GOMES, 2003; NADER; PEREIRA, 2004; ALMEIDA; GUINSBURG, 2005 e FREITAS, 2006):

- Prematuridade Limítrofe: compreende os RNPTs com idade gestacional entre 35 e 36 semanas, peso entre 2.200 e 2.800g e medem entre 45 e 46 cm de comprimento. Correspondem a 65% dos prematuros. Os principais problemas que estas crianças podem apresentar são: taquipnéia transitória, desconforto respiratório precoce, instabilidade térmica, cianose, icterícia, infecção e debilidade de sucção com repercussão no ganho ponderal.
- Prematuridade Moderada: compreende os RNPTs com idade gestacional entre 31 e 34 semanas, peso entre 1.590 e 2.110g e medem entre 29 a 31, 3 cm de comprimento. Podem apresentar complicação respiratória como

doença da membrana hialina (DMH), distúrbios metabólicos, hiperbilirrubinemia e asfixia perinatal. Em geral nos serviços mais avançados esses prematuros apresentam baixa mortalidade.

- Prematuridade Extrema: abrange os RNPTs com idade gestacional inferior a 30 semanas, peso menor que 1.500g e medem menos que 38 cm de comprimento. As intercorrências clínicas apresentadas por esses neonatos constituem as mesmas que ocorrem com os prematuros moderados, com frequência mais elevada e revestem-se de maior gravidade em virtude da imaturidade dos sistemas respiratórios, imunológico e gastro-intestinal.

Quanto ao peso, varia intensamente com a duração da gestação. De acordo com o peso do nascimento, distinguem-se três subcategorias de RNPTs (GAÍVA; GOMES, 2003; FREITAS, 2006):

- Recém-Nascidos de baixo peso (RNBP): são aqueles que nascem com peso igual ou inferior a 2.500g, independente da idade gestacional.
- Recém-Nascido de muito baixo peso (RNMBP): são aqueles cujo peso de nascimento é inferior a 1.500g. Sua idade gestacional pode ser menor que 34 semanas. Apresentam maior incidência de hospitalizações durante o primeiro ano de vida, por causa das seqüelas neurológicas. A maior sobrevivência dos RNMBP trouxe sérias implicações do ponto de vista nutricional. Atualmente, dado a grande importância a nutrição pós-natal destes RNMBP, pois a desnutrição fetal e possivelmente a desnutrição pós-natal, têm sido considerados em trabalhos associados a determinação de doenças. Portanto, a importância no controle da alimentação desses bebês e sua influencia no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor adequado.
- Recém-Nascido de muitíssimo baixo peso (RNMMBP): constituem uma subdivisão dos RNMBP, sendo esta denominação utilizada para os neonatos com peso inferior a 1000g. Estes RNs requerem maior

atenção, necessitando de equipe médica e de enfermagem especializada.

Os recém-nascidos também podem ser classificados por meio da relação entre o peso e a idade gestacional em: adequados para idade gestacional (AIG), pequenos para idade gestacional (PIG) e grande para a idade gestacional (AIG).

De acordo com a adequação do peso de nascimento com a idade gestacional, o RNPT pode ser classificado em três categorias (NADER; PEREIRA, 2004; ALMEIDA; GUINSBURG, 2005 e FREITAS, 2006):

- RNPT adequado para a idade gestacional (AIG): são aqueles cujo peso de nascimento está entre os percentis 10 e 90 para sua idade gestacional.
- RNPT pequeno para a idade gestacional (PIG): são aqueles cujo peso ao nascimento situa-se abaixo do percentil 10 para sua idade gestacional, sendo portadores de restrições do crescimento intra-uterino.
- RNPT grande para idade gestacional (GIG): são aqueles cujo peso de nascimento está acima do percentil 90 para sua idade gestacional.

Outro aspecto a ser considerado com relação a classificação do prematuro é o limite da viabilidade que vem atingindo idades gestacionais cada vez menores. A OMS definiu como bebês de potencial de sobrevivência aqueles com peso ao nascer de 500 g ou mais e idade gestacional acima de 28 semanas. Atualmente não é rara a sobrevivência de prematuro com IG de 23 e 24 semanas e com peso inferior a 500g (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002).

O nascimento prematuro acarreta mudanças bruscas e exigências fisiológicas ao RN e devido à sua imaturidade neurológica e fisiológica são incapazes de atender as exigências extra-uterinas para sobreviver, tornando-se conseqüentemente mais vulneráveis a doenças (BAHIA, 2000).

Assim, os estudos comprovam que o prematuro possui algumas peculiaridades que o diferem dos recém-nascidos a termo (BAHIA, 2000; BRASIL, 2002; BALBINO, 2004; CARVALHO; GOMES, 2005; FREITAS, 2006; CALASANS, 2006; RIBEIRO, 2006; CIRCUNCIZÃO, 2007; MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Dentre as peculiaridades destaca-se o sistema pulmonar que é estruturalmente mais imaturo, com menos colágeno e elastina que o pulmão normal, sem capacidade residual funcional; freqüentemente deficiente em surfactante pouco perfundido, até que ocorra a expansão e a vasodilatação. Os reflexos de sucção e deglutição acham-se enfraquecidos em relação aos RNs a termo, o que aumenta o risco de aspiração de leite para a traquéia e brônquios, além de freqüentes episódios de regurgitação e vômitos. Os ossos e músculos da caixa torácica são débeis e concorrem para aumentar as dificuldades respiratórias tão comuns nos prematuros (MARCONDES, 1999).

Quanto às patologias são comuns as do aparelho respiratório - doença da membrana hialina (DMH), causada pela deficiência de surfactante pulmonar. A apnéia que é causada por vários mecanismos dentre os quais correlacionam-se: a depressão do centro respiratório, função quimiorreceptora imatura, relação entre sono e controle respiratório imaturo, diminuição da complacência da caixa torácica secundária a infecção, mudança de temperatura, distúrbios metabólicos e hemorragia intracraniana (BAHIA, 2000).

A temperatura corporal do prematuro tende a ser subnormal devido à uma pequena produção calórica ligada ao baixo metabolismo; por ingestão diminuída de alimento e inatividade, perda de calor acentuada pelo desequilíbrio entre a superfície corporal e o peso, regulação deficiente do mecanismo vasomotor, diminuição do tecido adiposo, principalmente da gordura castanha (OLIVEIRA, 2005).

A prematuridade também predispõe o neonato a refluxo gastroesofágico (RGE) que ocorre devido à pressão abdominal e demorado esvaziamento gástrico. Em alguns casos o RGE pode está associado a apnéia (BRASIL, 2002).

O conhecimento dessas peculiaridades fundamenta o cuidado ao prematuro de forma individualizada, compreendendo sua imaturidade fisiológica e sua luta pela vida.

Outro aspecto importante a ser considerado são os fatores predisponentes à prematuridade. Estudos apontam que a primiparidade, baixo nível socioeconômico, idade materna (mães abaixo de 18 anos e acima de 35 anos), adolescentes,

nutrição materna deficiente, pequeno intervalo entre as gestações, etnia, estado nutricional, tabagismo, uso de drogas, anomalias uterinas, antecedentes obstétricos, intercorrências clínicas e obstétricas, seguimento pré-natal, escolaridade materna e violência psicológica e física vivenciada durante a gestação são fatores que predispõem a antecipação do parto (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002).

2.4 O PREMATURO EXTREMO E SUAS PECULIARIDADES

Na última década, tem-se denominado de RNPT extremo aquele recém-nascido cuja idade gestacional é inferior a 27 semanas (RUGOLO, 2005).

Em decorrência de sua imaturidade, estes neonatos apresentam intercorrências mais frequentes e graves, favorecendo o desenvolvimento de deficiência a curto ou longo prazo, tais como: deficiência visual, auditiva e déficit motor e problemas respiratórios. Costumam pesar menos que 1.500g e medir menos que 38 cm (BALBINO, 2004).

No final da década de 90 nos Estados Unidos, a expectativa da sobrevivência para prematuros de 750-1000 g e de 500 – 749 g situavam-se em torno de 85% e 45% respectivamente, enquanto no Brasil era de 66-73%, na faixa de 750-1000 g e de 9-44% na faixa de 500-749 g. Estes dados demonstram que a sobrevivência de prematuros extremos é uma realidade, e em nosso país ainda precisa ser melhorada (LEONE, 2001; HORBAR, 2002).

Estudo realizado com 174 recém-nascidos pré-termos, com peso inferior a 1.750 gramas na Unidade Neonatal da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi-Guaçu, São Paulo, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2003, concluiu que os recém-nascidos pré-termos assistidos em cidades de médio porte sobreviveram na sua maioria (72,4%) e apresentaram crescimento e desenvolvimento adequados (BALDIN, 2006). Este estudo corrobora que o cuidado ao prematuro extremo está atrelado a uma assistência específica prestada pela equipe de saúde assim associado a um suporte tecnológico adequado.

Pesquisa desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz analisou a aplicação do NTISS (*Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System*) como um instrumento capaz de quantificar a utilização de tecnologias nas práticas assistenciais de unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), no sentido de detectar variações nos cuidados ao recém-nascido de alto risco. No período de janeiro a agosto de 2004, observaram 96 recém-nascidos, com idade gestacional igual ou inferior 32 semanas, peso de nascimento acima de 500g e sem má formação congênita, em uma UTIN pública e uma privada. Ambas as unidades com rotinas clínicas e aporte tecnológico semelhantes. Os resultados mostraram que a sobrevivência de recém-nascidos

prematturos e de alto risco tem aumentado significativamente nas últimas décadas, em decorrência do melhor conhecimento da sua fisiologia e da utilização de novas tecnologias na assistência (MENDES, 2005).

Paralelamente aos cuidados dos profissionais e ao aparato tecnológico ressalta-se que os cuidados devem ser ampliados aos familiares do prematturo abrangendo o atendimento aos pais quanto às condições do filho e sua inserção no cuidado e encaminhamento a outros profissionais quando necessário.

Neste trabalho será utilizada a definição de recém-nascido prematturo extremo da OMS, que define-o como neonato com idade gestacional inferior a 30 semanas e peso ao nascimento inferior a 1.000 gramas, pois na realidade brasileira a sobrevivência dos prematturos estão dentro destes parâmetros (GAÍVA; GOMES, 2003).

Os prematturos extremos apresentam maior risco para uma série de doenças e problemas tais como: membrana hialina, insuficiência respiratória grave, apnéia, pneumotórax, displasia broncopulmonar, hemorragia intracraniana, infecções, persistência do canal arterial, convulsão, icterícia, distúrbios metabólicos entre outros (BRASIL, 2002).

A assistência desses neonatos na sala de parto é decisiva para sua sobrevivência. A maioria desses prematturos nasce deprimido e depois de posicionados, aspirados e secados em campos secos e aquecidos, exigem ventilação com pressão positiva (VPP). A hipoxemia e a acidose respiratória são muito mais freqüentes nos RNPT extremos, o que provoca grave depressão e precisa ser rapidamente revertida (NADER; PEREIRA, 2004).

Outro fator crítico nestes neonatos é a manutenção da temperatura corpórea. Eles são altamente susceptíveis ao estresse desencadeado pelo frio, pois apresenta elevada razão entre a área corporal e o peso, desencadeando hipotermia, hipoxemia e acidose. Para diminuir a perda de calor tem-se utilizado filme transparente de PVC. Após secagem com campos aquecidos por calor radiante, envolve-se o neonato, exceto a face em PVC, e a seguir realizam-se as manobras de reanimação (ALMEIDA; GUINSBURG, 2005).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

A partir da definição do problema de investigação, começa-se a pensar o caminho metodológico adequado para alcançar os objetivos propostos. Esta é uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Além disso, é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações, e as estruturas sociais, sendo essa última importante para a construção humana (MINAYO, 2006).

Nos estudos qualitativos, o fenômeno é percebido dentro do seu contexto, sendo, portanto, coerente, lógica e consistente. Nesta investigação o pesquisador percebe que muitas informações sobre a vida dos povos não podem ser quantificadas e precisavam ser interpretadas de forma muito mais ampla (TRIVIÑOS, 1987).

Neste sentido, o pesquisador apóia-se no entendimento de que a abordagem qualitativa leva a busca de respostas não quantificáveis relacionadas ao universo dos significados relacionados as crenças, aos valores, as experiências e as relações entre os indivíduos.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis. A característica mais significativa deste tipo de investigação está na utilização das técnicas para a coleta de dados como o questionário e a observação sistemática. Entre as pesquisas descritivas salientam-se as que têm por objetivo estudar as características de um grupo no que se refere a idade, sexo, procedência e escolaridade. Outras pesquisas desse tipo se propõem a

estudar o nível de atendimento nos órgãos públicos de uma comunidade e as condições de saúde de seus habitantes, são incluídas nesse grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar suas opiniões, atitudes e crenças na qual este estudo se inclui, porque estudou a experiência de enfermeiras durante a admissão do prematuro extremo na UTIN (GIL, 2002).

A pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar maior conhecimento do problema tornando mais explícito e aprimorar idéias ou a descoberta de intuições. O planejamento é flexível de modo que possibilite a consideração dos vários aspectos relativos ao tema estudado. Esses estudos envolvem levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (SANTOS, 2000).

3.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um hospital público, estadual e terciário da cidade de Salvador-Ba, localizado no bairro do Cabula e inaugurado no final de 1978. Atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) com um total de 710 leitos. Estruturalmente possui um centro cirúrgico geral e obstétrico, duas UTINs, uma UTI pediátrica e uma UTI adulto, uma Unidade Semi-Intensiva (USI) Neonatal, pediátrica e adulto, enfermarias, ambulatórios, emergências adulto e pediátrica, além de unidades especializada em hemorragia digestiva, infectologia e nefrologia. Trata-se de um hospital de referência para as demais unidades hospitalares do estado e para gestantes e recém-nascido de alto-risco.

Essa instituição possui um serviço de bio-imagem de alta tecnologia para a realização dos exames mais específicos de acordo com as especialidades que atende. Ressaltando que a mesma possui aparelhos de tomografia, ressonância magnética e ultrassonografia. Destaca-se ainda o serviço de laboratório que realiza exames de alta especificidade.

O hospital possui duas UTINs perfazendo o total de 20 leitos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Estas unidades possuem equipamentos de alta tecnologia para atendimentos de RN normal com patologias

graves e RNPT limítrofe, moderado e extremo. Com relação aos recursos humanos o setor possui uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, nutricionista e técnico de enfermagem. Perfazendo o total de 32 enfermeiras assistenciais sendo 16 em cada uma das UTINs. Estas unidades situam-se: uma no térreo próximo ao centro-obstétrico e a outra no terceiro andar próximo ao alojamento mãe-canguru e a enfermaria materno-infantil.

O estudo foi realizado na UTIN 1 que se localiza no térreo e possui 10 leitos, em virtude do Comitê de Ética permitir a coleta de dados somente em uma unidade. A autora decidiu pela UTIN 1 porque já havia atuado como residente de enfermagem na mesma, o que possibilitou maior entrosamento com a equipe e amplo conhecimento da infraestrutura.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram onze enfermeiras da UTIN que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: no mínimo um ano de atuação em UTIN, que tivesse prestado assistência ao recém-nascido prematuro extremo e quisesse participar do estudo. Do total de 16 enfermeiras assistenciais, quatro não atendiam aos critérios de inclusão e um, no período da coleta de dados, não foi possível entrevistá-lo devido a incompatibilidade de horários, embora a pesquisadora tenha tentado por diversas vezes agendar a entrevista com o mesmo.

Inicialmente a pesquisadora entrou em contato com a coordenadora da unidade a qual forneceu a escala de serviço das enfermeiras para programação das entrevistas. Foi-lhe explicado a relevância da pesquisa para aprofundar o conhecimento em Neonatologia.

Não se delimitou o número de entrevistadas, partindo do pressuposto que seriam realizadas as entrevistas até que elas se tornassem repetitivas, atendessem o objetivo da pesquisa. Optou-se por utilizar o critério de saturação que é o momento em que as informações obtidas começam a se repetir e atender o objetivo do estudo (MINAYO, 2006).

Dessa forma, as entrevistas foram realizadas em dois espaços da UTIN: na sala da coordenação de enfermagem e na sala destinada ao repouso dos profissionais de enfermagem. Locais tranquilos e reservados, nos quais foram mantidos a privacidade e o sigilo das onze enfermeiras que atenderam aos critérios de inclusão deste estudo.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa obedeceu as Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 1998, p. 19), na qual,

[...] a eticidade da pesquisa implica em: consentimento livre-esclarecido dos indivíduos-alvo (autonomia) e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. Nesse sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratar com dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade; terá ponderação entre riscos e benefícios [...]; garantirá de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); relevância social da pesquisa com vantagens significativas [...].

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretária de Saúde do Estado da Bahia (CEP/SESAB), que emitiu o parecer de aprovação (Anexo 1).

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação no CEP/SESAB. Foi estabelecido contato com a Coordenação de Ensino e Pesquisa do HGRS, que encaminhou à coordenação de enfermagem da UTIN um ofício autorizando o início da coleta. Os participantes foram informados sobre a garantia da privacidade, anonimato e da possibilidade de recusa em qualquer etapa do estudo. Só iniciou a coleta de dados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Para que fosse garantido o anonimato e omitido os nomes verdadeiros das entrevistadas foram identificadas pelo nome de flores.

A pesquisa não apresentou riscos aos sujeitos envolvidos, respeitando as exigências da Resolução 196/96 (BRASIL, 1998). Assim, foi preservada a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade das pesquisadas

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados de 05 de maio até 05 de julho de 2010, sendo iniciado após aprovação do CEP/SESAB.

Para a coleta dos dados foram utilizadas as técnicas de Observação Direta Descritiva e Entrevista.

A observação direta é realizada por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos (MINAYO, 2006).

Alguns procedimentos devem ser considerados na realização da observação: deve-se realizar um planejamento prévio, seguir um roteiro de acordo com o objeto e o objetivo da pesquisa e registrar os dados observados no diário de campo (RODRIGUES, 2006).

Portanto, observar não é simplesmente olhar, mas destacar de um conjunto algo específico (TRIVIÑOS, 1987).

A observação descritiva enfocou os seguintes aspectos (Apêndice C):

- Recursos Físicos (equipamentos, materiais e insumos);
- Recursos Humanos (equipe de enfermagem e outros profissionais) que atuavam na admissão do RNPT extremo;
- Cuidados prestados no momento da admissão.

Além destes aspectos previamente estabelecidos, outros apareceram espontaneamente, foram registrados no Diário de Campo.

O Diário de Campo foi utilizado para registrar e assegurar a precisão dos dados coletados por meio da observação. Neste foram registrados as ocorrências e diálogos estabelecidos entre a pesquisadora e o sujeito entrevistado, bem como

registros mais amplos que englobam a descrição dos eventos observados (MINAYO, 2006)

Neste estudo, o Diário de Campo foi elaborado a partir das visitas a UTIN e da observação realizada durante a permanência da pesquisadora na unidade. Sua elaboração aconteceu espontaneamente, com registros informais, sem rigor teórico, mas com anotações pertinentes ao objeto de estudo.

Outra técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista, que é uma técnica utilizada pelo pesquisador para obter informações a partir de uma conversa orientada com o entrevistado e deve atender um objetivo predeterminado (RODRIGUES, 2006).

Neste estudo optou-se pela entrevista semi-estruturada por esta técnica permitir uma maior interação entre pesquisador e sujeito do estudo, além de possibilitar a percepção de sentimentos, emoções e valores.

A entrevista semi-estruturada foi realizada por meio de um roteiro, no qual o entrevistado discorre sobre o tema sem precisar se prender em respostas prontas no qual oculte a subjetividade das respostas, não fugindo assim da intenção principal da entrevista (MINAYO, 2006).

A entrevista foi composta de duas etapas, na qual a primeira contendo os dados sócio-demográficos das entrevistadas e a segunda relacionadas aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas com a prévia autorização das entrevistadas, evitando, assim, a perda de informações importantes. As questões norteadoras foram (Apêndice B):

- Como é para você admitir um prematuro extremo na UTIN?
- Quais os cuidados prestados na admissão do prematuro extremo?
- Quais os desafios enfrentados por você no momento da admissão?

Além destas questões, foram incluídos, durante a entrevista, os dados de identificação (Apêndice B), com a finalidade de caracterizar os participantes da pesquisa.

Inicialmente foram realizadas visitas a UTIN para aproximação com o campo, contato com a coordenadora de enfermagem e com as enfermeiras assistenciais.

Foi agendado um horário com a coordenadora de enfermagem da UTIN para apresentação do projeto e exposição dos seus objetivos e relevância. Nesta oportunidade foi disponibilizada uma versão do projeto para unidade e a folha de

aprovação do CEP. Após isso foi realizado o agendamento para exposição do projeto para as enfermeiras assistenciais e o teste do instrumento com duas enfermeiras.

O instrumento foi testado com duas enfermeiras da unidade, realizado entrevistas - teste no SN do dia 05/05 e na manhã do dia 06/05, foi explicado o objetivo do projeto, assinado o TCLE e realizado a gravação das entrevistas. Estas foram realizadas em uma sala da unidade, posteriormente estas foram transcritas na íntegra e digitadas para análise.

Iniciei a observação descritiva após agendamento com a coordenadora de enfermagem sendo definidos a duração de uma hora à uma hora e meia nas terças e quartas nos turnos da manhã e tarde para que fosse possível observar o maior número de admissões possíveis. Durante os meses de coleta de dados foram observadas a admissão de seis prematuros extremos dos sete admitidos na unidade. Apenas um não foi possível a observação de sua admissão, por ocorrer durante a madrugada.

O peso destes prematuros variou entre 680 e 950; com relação ao sexo três do sexo masculino e três do sexo feminino e em relação a procedência quatro vieram do centro obstétrico, um da unidade semi-intensiva e um da emergência pediátrica.

As entrevistas foram agendado para os horários de 11:00 e 14:00 horas. Ficou estabelecido que em caso de intercorrência na UTIN nesses horários se adiaría a entrevista para uma data oportuna.

As entrevistas foram realizadas na UTIN, após a explicação dos objetivos do projeto e assinatura do TCLE (Apêndice A). O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada (Apêndice B), que foi realizada através de um roteiro. Cada entrevista teve a duração de aproximadamente de 45 mim.

As entrevistadas receberam o nome de flores, garantindo-lhe assim o anonimato.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo, modalidade temática de Bardin (2009), a fim de se obter a subjetividade expressada pelas enfermeiras durante a admissão do prematuro extremo na UTIN.

A ordenação dos dados ocorreu após a transcrição das entrevistas e posteriormente, com a leitura do material.

Em seguida, realizou-se a seleção dos trechos das falas das participantes determinando as categorias empíricas que são as classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registros), agrupadas segundo os caracteres comuns entre eles.

A categorização ocorreu após a leitura exaustiva e repetitivas dos textos transcritos e do recorte de cada unidade de registro das entrevistas.

A análise dos dados permitiu agrupá-los em temas por semelhança ou aproximação de conteúdo do discurso das entrevistas, focalizando a relação entre as falas e os objetivos do estudo.

Assim, as categorias foram definidas segundo a temática investigada e os termos relevantes foram agrupados por similaridade de conteúdos, que depois de reunidos formaram as pré-categorias, que novamente agrupadas determinaram as categorias finais.

A partir das categorias procurou-se abordar os dados com um mínimo de formalização teórica e progressivamente, elaborou-se a melhor explicação para o fenômeno.

Por fim, realizou-se a análise não de maneira estanque, mas ao longo da coleta de dados, enfocando o cuidado e outros conteúdos que fundamentaram esta pesquisa.

Estabeleceu-se, posteriormente, relação entre os dados coletados, o referencial teórico e o contexto da unidade realizado na observação descritiva. Assim, a experiência das enfermeiras na admissão do prematuro extremo na UTIN e os outros conteúdos que fundamentaram esta investigação configuraram-se em três categorias, denominadas:

- Admissão do prematuro extremo na UTIN: momento de expectativa

- Cuidar do prematuro extremo na UTIN durante a admissão;
- Desafios na admissão do prematuro extremo.

Estas categorias e as respectivas análises estão descritas no capítulo seguinte.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo compreende a caracterização dos sujeitos e a discussão dos resultados desta investigação.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS ENTREVISTADAS

A caracterização das enfermeiras foi fundamentada nos dados de identificação contidos no instrumento de coleta de dados.

A faixa etária predominante foi entre 27 e 63 anos e o tempo de formação variou entre um ano e dois meses e 33 anos. O tempo de trabalho na UTIN variou entre um ano e dois meses e 20 anos.

No que se refere à realização de Curso de Pós-Graduação: sete realizaram especialização na área de Neonatologia, três estão realizando o Curso de Especialização em Neonatologia e Pediatria e uma não possui especialização na área.

A criação das UTINs impôs a necessidade de preparo específico das enfermeiras para atuarem nesta área pela complexidade e especificidade do atendimento ao recém-nascido prematuro e RNPT extremo. Nos Estados Unidos na década de 70 começaram os cursos para as enfermeiras neonatologistas e no Brasil teve início em 1993 com o objetivo de capacitar o enfermeiro para atuar na assistência integral ao RN em todas as dimensões da atenção (BARBOSA, 1996; KAKEHASHI, 1996; CAMARGO, QUIRINO, 2005).

Neste sentido, a realização do curso de especialização pelas enfermeiras pode ser um diferencial na formação profissional e conseqüentemente com o cuidado integral ao RNPT e sua família.

4.2 CATEGORIAS ESTUDADAS

Para melhor visualização e entendimento das categorias e sub-categorias decidiu-se elaborar o quadro a seguir.

QUADRO 1: Categorias temáticas

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Admissão do prematuro extremo na UTIN: momento de expectativa	Momento de expectativa causado pela fragilidade do recém-nascido prematuro extremo.
	Atendimento adequado ao prematuro extremo durante a admissão.
	Emoções que permeiam o momento da admissão do prematuro extremo.
Cuidado do prematuro extremo na UTIN durante a admissão	Organização da UTIN
	Cuidados prestados ao prematuro extremo durante a admissão
	Assistência a família durante a admissão do prematuro extremo.
Desafios na admissão do prematuro extremo	Número de vagas insuficientes na UTIN.
	Deficiência de recursos humanos.
	Escassez de recursos materiais e de equipamentos.

4.2.1 Admissão do prematuro extremo na UTIN: momento de expectativa

A categoria Expectativas da enfermeira na admissão do prematuro extremo obteve três subcategorias: a fragilidade do prematuro extremo, o atendimento adequado ao prematuro extremo durante a admissão e as emoções que permeiam o momento da admissão.

4.2.1.1 Momento de expectativa causada pela fragilidade do recém-nascido prematuro extremo.

O surgimento das UTINs favoreceu o aumento nas taxas de sobrevivência de prematuro de muito baixo peso, especialmente os menores de 1000g e daqueles portadores de malformações antes consideradas incompatíveis com a vida, devido às suas características exigindo recursos humanos e tecnológicos específicos na sua assistência (PROCIANOY; GUINSBURG, 2005; TAVARES; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005).

O prematuro apresenta características que o coloca em desvantagem em relação ao recém-nascido a termo, tais como extrema fragilidade, imaturidade orgânica tornando sua sobrevivência difícil, temperatura corporal instável e sistema respiratório imaturo que pode deixá-lo apático e inativo, baixo peso e aparência frágil (PAZIAM, BARBOSA, 2005).

A fragilidade desses prematuros foi percebida pelas enfermeiras e expressa nas falas a seguir.

(...) vê que uma vida tão frágil, tão frágil como é o prematuro extremo está ali lutando pela vida e a gente tentando ajudá-lo. (Jasmin)

A gente sofre porque é pequenininho, frágil, está sofrendo. (pausa) (Rosa)

A fragilidade orgânica apresentada pelos prematuros extremos aumenta a sua morbimortalidade. A literatura aborda que o parto prematuro acarreta para os recém-

nascidos diversas condições deletérias para sua saúde tais como distúrbios metabólicos, hemorragias periventriculares, anemia e distúrbios respiratórios, constituindo um verdadeiro somatório de fatores de risco para esses neonatos (FERECINI et al, 2009; HERNANDEZ, 2003).

Em decorrência da sua imaturidade os prematuros extremos apresentam intercorrências mais freqüentes e graves, favorecendo o desenvolvimento de deficiência motora, cognitiva, visual e auditiva a curto e ou longo prazo (BALBINO, 2004). Estas condições possibilitam gerar momentos de expectativas no ato da admissão.

Os depoimentos a seguir evidenciam a instabilidade em decorrência da imaturidade do prematuro:

Bem, é um momento de expectativa, pois o prematuro extremo é uma criança instável e nem sempre vem bem. Às vezes chega com desconforto respiratório, apnéia, bradicardizando ou até “parando” (Copo de Leite).

(...) pela fragilidade e labilidade do recém-nascido prematuro extremo.(Violeta)

O RNPT extremo apresenta risco elevado de seqüelas neurológicas e de atraso no desenvolvimento psicomotor devido a sua imaturidade orgânica. Lesões hipóxica-isquêmica, comuns nessas crianças podem causar deficiência visual e auditiva, paralisia cerebral, alterações neurológicas, estrabismo, distúrbios de coordenação motora (VIEIRA; MELLO, 2009, RUGOLO, 2005; GOULART et al, 1996).

Estudos envolvendo prematuros extremos possibilitam o conhecimento da sua anatomia e fisiologia fornecendo, assim, subsídios para a enfermeira prestar uma assistência integral a essas crianças.

4.2.1.2 Atendimento adequado ao prematuro extremo durante a admissão

O aumento da sobrevida e a possibilidade de sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais prematuros, exige profissionais qualificados para seu atendimento, pois envolve conhecimento específico, habilidade e destreza.

Os cuidados especiais prestados ao prematuro extremo foi expresso na fala a seguir:

Eu gosto de admitir prematuros em geral e em especial prematuros extremos, pois estes requerem cuidados especiais, habilidades no manuseio (...) (Girassol)

Os prematuros apresentam características anatomo-fisiológicas singulares que requerem uma adaptação complexa ao meio extra-uterino, frente aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos para prestar uma assistência segundo as necessidades apresentadas pelo recém-nascido (VIEIRA; MELLO, 2009).

Outros autores abordam que na assistência ao RNPT extremo é necessário recurso humano e terapêutico adequados para o controle da termorregulação, alimentação e prevenção de infecção, além da planta física e equipamentos próprios para o atendimento, como incubadora e treinamento especial de profissionais (FERECINI et al, 2009; BOCHEMBUZIO, GAIDZINSKI, 2005).

O depoimento a seguir mostra o desejo de atender da melhor maneira possível o bebê:

Assim, é uma expectativa para o cuidado, para atender da melhor maneira, realizar o controle de vigilância, você sabe usar um swab nas axilas e em outras partes e encaminhar para cultura, já que o RN veio de outro setor. (Copo de Leite)

Estudos realizados no Chile e no Brasil descreveram as estratégias para melhorar a sobrevida do prematuro extremo e ressaltaram que o cuidado simultâneo dos problemas respiratórios, cardiovasculares, infecciosos, metabólicos, nutricionais e neurológicos dos recém-nascidos doentes, em ambientes altamente especializados das UTINs interferem no prognóstico dos recém-nascidos pré-termos

e conseqüentemente na melhoria da sua qualidade de vida (PROCIANOY; GUINSBURG, 2005; HÜBNER; NAZER; LEÓN, 2009).

A literatura aponta que a forma de receber o recém-nascido na UTIN é importante e interfere na sua sobrevivência. Descreve que o entendimento das relações que se estabelecem antes do nascimento quando se detecta uma patologia ou até mesmo um parto prematuro, podem alterar precocemente a interação ou vínculo das famílias com seus bebês que necessita de atendimento de urgência nas UTINs. (SAUNDERS et al, 2003)

Outra pesquisa analisou os cuidados ambientais e as relações de atendimento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Cirúrgica, refletindo sobre as potencialidades e obstáculos para promoção de cuidado humanizado, mostrou que admissão em UTIN introduz o recém-nascido em um ambiente inóspito, onde a exposição intensa a estímulos nociceptivos como o estresse e a dor são freqüentes (LAMEGO, DESLANDES, MOREIRA, 2005).

Foi evidenciada neste trabalho a importância do atendimento rápido e eficaz ao RNPT extremo nas UTINs, pois isso reduz a incidência de lesões neurológicas e favorece a instalação de suporte, tais como monitorização, ventilação, acesso venoso e nutricional adequados para manutenção da vida.

4.2.1.3 Emoções que permeiam o momento da admissão do prematuro extremo

O momento da admissão do prematuro extremo é marcado por fortes emoções por parte das enfermeiras que atuam na UTIN e isso se reflete na forma de prestar-lhe os primeiros cuidados. Estas emoções abrangem os sentimentos ou respostas afetivas que resultam de ativação fisiológica, pensamentos e crenças, avaliação subjetiva e expressões corporais. Implicam em uma experiência subjetiva consciente (o comportamento cognitivo), acompanhada de uma estimulação corporal (o componente fisiológico) e de claras manifestações características (o componente comportamental) (WEITEN, 2002).

A emoção tem a função de comunicar e registrar momentos significativos de um povo e de uma pessoa. Podem ser vivenciados diariamente vários tipos de emoções como ódio, amor, raiva, tristeza, medo, ansiedade, alegria. Destas

algumas estão relacionadas aos pensamentos da pessoa e outras podem ser resultantes de estímulos externos como na família, nos grupos sociais e no local de trabalho (HUFFMAN, 2003; GONDIM, SIQUEIRA, 2004).

As emoções estão relacionadas à percepção de prontidão para as reações orgânicas ao passo que os sentimentos são desencadeados pela interpretação cognitiva da situação previamente vivenciada e registrada na memória do indivíduo (GONDIM, SIQUEIRA, 2004).

É importante identificar os sentimentos vivenciados pelas enfermeiras no atendimento ao recém-nascido prematuro, porque o autoconhecimento é necessário a fim de melhor lidar com situações que favoreçam a manifestação das emoções profundas, principalmente as relacionadas aquele recém-nascido admitido na UTIN (AGUIAR et al, 2006).

As expressões das emoções se apresentam desde a infância. A criança a partir de seis meses já manifesta expressões de raiva, alegria, tristeza e neutralidade (SILVA, 2004). Assim, a enfermeira durante a admissão do RNPT extremo expressa emoções já vivenciadas anteriormente em situações similares.

Dentre as emoções universais, presentes no ser humano e que são experienciadas por pessoas em todo o mundo, têm-se a alegria, a raiva, a tristeza, a cólera, o medo, a surpresa e a repugnância (DORON; PAROT, 2001). Neste estudo as emoções identificadas foram: alegria, tristeza e a surpresa.

A alegria foi vivenciada por uma das entrevistadas ao admitir o prematuro extremo na UTIN, ao observar a luta pela vida deste que em décadas passadas morriam e atualmente sobrevivem a partir dos cuidados especializados e do avanço tecnológico. A fala seguinte evidencia essa emoção:

A alegria é de cuidar dele e pedindo a Deus que aquele cuidado que eu estou dando se perdue e que ele vença. Pois o prematuro extremo vive uma luta, uma luta que ele vai travar contra a vida, contra a adversidade, contra tudo. A alegria minha é em vê que uma vida está ali e eu tento ajudá-lo a prosseguir está vida para a diante. (Jasmin)

As experienciais de alegria e prazer advêm quando se ama, se cria, vence um desafio ou se encontra algo belo, são consideradas emoções positivas e podem ser de curta duração. Durante as experiências culminantes as pessoas sentem estar usando a plenitude de sua capacidade (DAVIDOFF, 2001).

A tristeza revelada no sofrimento da enfermeira é descrito a seguir:

Para mim a admissão é sempre traumática. Sempre trabalhei com adulto, nunca trabalhei com neo antes, por isso me “choca” muito a admissão do prematuro em especial os extremos. A gente sofre por que é pequenininho, frágil, está sofrendo (...). Assim, procuro não ter muito envolvimento emocional, pois se toda vez que a gente admitir um prematuro, um bebê sofrendo a gente se envolver, a gente não trabalha não é mesmo (...)(Rosa)

Durante a entrevista esta enfermeira chorou e fez uma longa pausa, após isso foi continuada a entrevista.

O sofrimento da enfermeira se manifesta no desgaste emocional que conforme a intensidade e a cronicidade pode se transformar em sofrimento psíquico no ambiente de trabalho, pois, o confronto do profissional com acontecimentos inesperados, panes, incidentes, incoerência organizacional, imprevistos provenientes tanto dos materiais e das ferramentas quanto dos outros trabalhadores gera sentimentos de impotência, irritação, cólera ou ainda de decepção ou de esmorecimento (DEJOURS, 2004; GONDIM, SIQUEIRA, 2004).

Corroborando com este pensamento Silva (2004) afirma que ao assumir a dor do paciente, o profissional pode vivenciar certo grau de desconforto, uma sensação de constrangimento ou de incapacidade de suportar a situação.

Outro sentimento foi a surpresa das entrevistadas gerada por desconhecer a condição de saúde do neonato a ser admitido expressado pelos depoimentos a seguir:

Assim, é uma surpresa, pois a admissão do prematuro extremo tem um tempo que deve ser percorrido de forma a causar menor lesão no bebê. (...) cada minuto sem suporte respiratório adequado, hipotérmico, ou seja sem está em uma temperatura adequada, mais chance ele terá de ter complicações como hemorragia intracraniana, acidose metabólica, pele fria, distúrbios metabólicos dentre outros. (pausa) (Vitória Régia)

É um desafio pelo desconhecimento do bebê, pois ele pode ser um prematuro extremo e vim muito grave ou ser um prematuro extremo e vim não muito grave. (...) O desafio é o desconhecimento do bebê, de não saber qual o seu quadro para admitir. (Orquídea)

Para mim é uma surpresa, por que eu vou preparar para admitir, mas eu não sei o que vai acontecer com esse bebê, o que a gente vai conseguir para dar o melhor para ele. Para que ele alcance o melhor para sua vida, é uma preocupação danada. (Lírio)

Portanto a emoção refere-se a um estado particular de um organismo, que ocorre em condições bem definidas (uma situação chamada emocional), acompanhada de experiências subjetivas e de manifestações somáticas e viscerais (DORON; PAROT, 2001).

Em virtude da constante expectativa de situações de emergência, da alta complexidade dos recursos tecnológicos e da concentração de pacientes graves, o ambiente da UTI se caracteriza como estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida (LEITE; VILA, 2005). Neste sentido, muitas vezes este ambiente pode interferir na qualidade da assistência que deverá ser prestada ao neonato.

A admissão também foi caracterizada como um momento de tensão expresso na fala a seguir:

Assim é tensa para mim, pois em primeiro lugar de uma certa maneira a gente pergunta para a colega de onde vem o bebê, como ele está qual a situação dele, mas as vezes essas informações não são fidedignas, as vezes ela explica de uma determinada maneira e ele vem de outra maneira, muitas vezes pior. É tensa, pois eu não sei como o bebê está de fato, às vezes a gente não conta com o apoio dos colegas (...) (Violeta)

Durante os dois meses de observação das admissões de RNPTs extremos na unidade, a autora percebeu a tensão das enfermeiras durante a admissão do prematuro especialmente quando era necessário transferir o recém-nascido, que ainda mantinha um quadro clínico instável, para a unidade semi-intensiva e admitir um recém-nascido mais grave. Essa tensão era maior quando não se sabia as condições de gravidade do RN que ia ser admitido posto que a comunicação entre as equipes do centro obstétrico, unidade semi-intensiva, emergência pediátrica e da UTIN era inadequada interferindo no preparo do leito e conseqüentemente na assistência ao prematuro.

A comunicação é inerente ao ser humano e permeia todas as suas ações no desempenho de suas funções. Nesse enfoque, o cuidar em enfermagem como uma prática humanizada, deve está centrado na necessidade de comunicação como estratégia de aproximar o paciente-equipe (MORAIS et al, 2009; SILVA, 2004; MORA, 2000).

Estudo desenvolvido sobre a comunicação descreve sua relevância vislumbrando uma assistência de qualidade ao neonato (ORÍÁ, MORAIS, VICTOR, 2004; SILVA, 2004).

A necessidade de comunicação entre as equipe foi citada por uma entrevistada:

Sempre entro em contato com a enfermeira do CO para saber como foi o nascimento do bebê e aí poder preparar tudo para a admissão. (Flor de Lis)

Neste enfoque a comunicação entre as equipe possibilita a compreensão das necessidades do neonato vulnerabilizado pela sua imaturidade.

O termo comunicação está relacionado com a capacidade de interagir entre as equipes e transmitir mensagem, sentimentos, por meio dos gestos, sinais e verbalizações, propiciando trocas e compreensão entre os indivíduos que compartilham uma mesma situação (BRASIL, 2002).

A comunicação sofre influencias diversas, com o ambiente em que acontece e as condições emocionais das pessoas que compartilham a mensagem. Esse compartilhar de idéias pode acontecer de forma verbal e não-verbal (COSTA, 2004).

A comunicação efetiva em enfermagem é um grande desafio, em especial para o enfermeiro que lida com sua equipe, com os demais membros da equipe multidisciplinar, com o paciente e sua família (BRITO, 2004).

Rosa descreve a importância da comunicação no momento da admissão:

Sabe, já aconteceram várias vezes aqui, a gente ainda está arrumando o leito e aparece um bebê pelas portas adentro sem comunicação prévia. Assim dá vontade de mandar voltar mais você observa o bebê já apresentando cianose, poxa vou mandar voltar para emergência um bebê cianótico desse jeito, quando chegar lá ele vai se deparar com uma desorganização total da Emergência, leitos lotados. Aí a gente manda entrar e faz tudo no corre-corre, faz tudo desorganizado, mas fazer o que priorizar a vida dele (Rosa).

Estudo desenvolvido sobre a comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão descreve as dificuldades para se estabelecer a comunicação tais como: ausência da comunicação oral, falta de clareza das anotações, simplificação das informações e a não valorização da passagem do plantão. Conseqüentemente essas dificuldades geram problemas tanto de ordem administrativa como

assistenciais, contribuindo, na maioria das vezes para a ineficiência da continuidade do cuidado prestado (ANDRADE et al, 2004).

A realidade vivenciada pela equipe que atua em terapia intensiva é permeada por variados sentimentos e emoções, pois estes atendem pacientes críticos que necessitam de cuidados complexos e especializados além de confrontá-la diariamente com a dor, a perda e o sofrimento (LEITE; VILA, 2005).

Neste contexto, o conhecimento das emoções, evidenciadas na admissão do RNPT extremo, é importante para o desenvolvimento das atividades no setor e sua influência na assistência ao recém-nascido. Pois, o ambiente externo influencia as emoções, o humor e o afeto do trabalhador o que facilita ou dificulta o desenvolvimento de um clima propício ao bem-estar no trabalho (GONDIN; SIQUEIRA, 2004).

4.2.2 O cuidar do prematuro extremo na UTIN durante a admissão

A categoria O cuidar do prematuro extremo na UTIN durante a admissão obteve três subcategorias: organização da unidade, cuidados prestados ao RNPT e assistência à família.

4.2.2.1 Organização da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O nascimento de um prematuro extremo desencadeia uma movimentação das equipes que irão assisti-lo tanto no Centro Obstétrico como na UTIN. Faz-se necessário a comunicação prévia entre os profissionais destas unidades a fim de organizar os serviços para admiti-lo de forma rápida e adequada devida as suas especificidades.

O RNPT extremo pela sua imaturidade funcional requer um ambiente apropriado para suprir suas necessidades básicas e fornecer assistência integral (SIMIONI; GEIB, 2008).

Logo após o nascimento os prematuros extremos são transferidos para a UTIN onde receberão todos os cuidados necessários para manutenção da sua vida, favorecendo assim sua sobrevivência.

A organização dessa unidade requer planejamento da área física que irá receber o neonato, os recursos humanos envolvidos na admissão, os materiais e equipamentos necessários e os setores de suporte como laboratório, banco de sangue, farmácia e serviço de bioimagem.

Com relação aos cuidados na admissão, as enfermeiras descreveram como o primeiro cuidado técnico o preparo da unidade, observados nas falas a seguir.

Primeiramente, desde a notícia do perfil do paciente que será admitido, preparo a unidade, providencio uma incubadora “aquecida e umidificada” (...)(Margarida)

Primeiro há uma série de fatores cronológicos, assim cuidados predeterminados que ocorre em toda admissão, não importa se é de

prematureo extremo ou limítrofe, temos que: colocar o bebê em uma incubadora aquecida previamente e se possível umidificada. (Vitória Régia)

Uma das ações mais importantes na admissão do prematuro é o preparo do leito, ou seja da incubadora, do material para aspiração, oxigenação, monitorização, material de intubação, material para cateterismo umbilical, sondagem orogástrica e identificação do leito (OLIVEIRA, 2005). Esta organização é descrita a seguir:

Assim, os cuidados é deixar tudo pronto, deixar o leito pronto, procurar saber a história do bebê para deixar tudo que for preciso mais próximo para facilitar na admissão, fazer as coisas mais rápido (...) (Rosa)

As incubadoras são utilizadas amplamente para fornecer ambiente aquecido com controle de temperatura e umidade em UTIN. No momento da admissão, os prematuros extremos foram colocados em incubadora de parede dupla e umidificada.

Durante a permanência da pesquisadora na UTIN foi observado que em todas as admissões houve um preparo inicial da unidade, do leito, utilizando preferencialmente as incubadoras, a unidade dispunha de incubadora aquecida e umidificada, porém não foi identificada a umidificação da incubadora no momento da admissão. A utilização deste recurso contribui com a termorregulação do RNPT e conseqüentemente diminui as complicações da hipotermia, gastos metabólicos e seqüelas neurológicas.

Portanto, compreende-se que a organização adequada da unidade para receber o bebê é fundamental para a manutenção do quadro clínico do RNPT admitido e influencia diretamente na sua sobrevivência.

4.2.2.2 Cuidados prestados ao prematuro extremo durante a admissão

A passagem da vida intra-uterina para a extra-uterina é um dos eventos de maior risco na vida. Os ajustes fisiológicos necessários para essa transição devem ser rápidos, completando-se quase que totalmente logo após o nascimento. A criança necessita de um ambiente voltado para assistência das suas necessidades

básicas, e qualquer falha no atendimento às mesmas pode ocasionar seqüelas irreversíveis. Neste contexto, o cuidar firma-se como um valioso instrumento capaz de melhorar o prognóstico dos RNPTs.

O cuidar é indispensável não apenas a vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social e está relacionado diretamente com a sobrevivência de todo ser humanos (COLLIÉRE, 1999).

O cuidar inclui também todas as atividades ligadas ao cotidiano de qualquer criança, como alimentar, lavar, trocar, curar, proteger. Estas são integradas ao educar, significando atitudes e procedimentos que têm como objetivo atender as necessidades da criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Ele implica em aliviar e ajudar sendo caracterizado pela atenção, zelo e preocupação com o outro (AGUIAR et al, 2006).

Teóricos relatam que o cuidar do outro possibilita o estabelecimento de relações, diálogo, expressão de diferenças entre os seres humanos e dessa forma a criação de espaços para a integração da própria humanidade (WALDOW, 2007; BOFF, 2004).

Dentre os cuidados abordados no momento da admissão, a **termorregulação** foi identificada como primordial. Esta é compreendida como capacidade de manutenção da temperatura corporal estável, com gasto calórico e consumo de oxigênio mínimo, para uma adaptação extra-uterina bem sucedida (BOCHEMBUZIO; GAIDZINSKI, 2005).

A incapacidade de manter controle térmico constitui um dos maiores desafios para o prematuro, pois para assegurar uma temperatura adequada se faz necessário utilizar tecnologias apropriadas para o seu controle térmico.

No momento da admissão, o controle térmico foi o cuidado mais citado pelas entrevistas a seguir:

Nesta unidade em que atuo os cuidados prestados na admissão do prematuro extremo são: pesagem do RN, oferta de calor por meio incubadora aquecida. (Violeta)

(...) Esse cuidado é como se diz meu Deus (risos) é ter realmente aquele cuidado, botar ele na posição, saber agasalhar para não deixar ele hipotérmico, pois o que realmente mata o prematuro extremo é a hipotermia. E mantê-lo aquecido, pois ele aquecendo ele tem como sobreviver. (pausa) (Jasmim)

Então eu atento para a temperatura pois a gente está trocando de uma incubadora para outra e aí o cuidado é redobrado em relação a isso pela sensibilidade do bebê. (Flor de Lis)

Os cuidados de enfermagem que a gente presta na admissão, uma preocupação grande para admitir é a temperatura desse bebê, (Orquídea)

(...) Assim me preocupo com a questão do aquecimento (...) (Lírio)

Para falar sobre os cuidados com os prematuros extremos, tenho que explicar que fora os cuidados gerais que realizo na admissão de qualquer recém-nascido na neo, o bebê prematuro extremo requerem mais atenção com relação ao aquecimento e umidificação da incubadora isso mantém a termorregulação. (Girassol)

A termorregulação ineficaz, ou seja, a exposição ao frio aumenta a taxa de metabolismo como mecanismo de compensação para produzir calor, eleva conseqüentemente, o consumo de oxigênio. Isto aumenta a produção de dióxido de carbono, que uma vez acumulado no organismo do bebê pode produzir uma acidose metabólica, levando-o, até mesmo, a uma parada cardiorrespiratória. Isto sem mencionar outras alterações metabólicas como hiperbilirrubinemia e distúrbio hidroeletrólítico (OLIVEIRA, 2005).

Outros autores corroboram com esta afirmação e enfatizam que o prematuro é altamente susceptível ao estresse desencadeado pelo frio, pois apresenta desproporção entre a área corporal e o peso, desencadeando hipotermia, hipoxemia e acidose (ALMEIDA; GUINSBURG, 2005).

O controle térmico é mantido por incubadoras com parede dupla, pois evita perda de calor por irradiação. Estas possuem um eletrodo que é colocado no abdome da criança e permite registrar sua temperatura e acionar o alarme quando a temperatura for inadequada (BAHIA, 2000).

Margarida descreve a sua opção pela incubadora:

Primeiramente, desde a notícia do perfil do paciente que será admitido, então prepara-se o leito, escolhendo uma incubadora “aquecida e umidificada”, pois este RN necessitará de regulação térmica, já que seu sistema ainda não é capaz de fazê-lo sozinho, pois há muita perda de calor. (Margarida)

Outro cuidado utilizado para manutenção da temperatura em prematuros é o uso do filme transparente para envolver completamente o corpo do neonato.

Para diminuir a perda de calor nos prematuros com menos de 1.000g, tem-se utilizado filme transparente de PVC. Logo após o nascimento, depois da secagem com campos aquecidos sob calor radiante, envolve-se o neonato com filme transparente (exceto a face) (ALMEIDA; GUINSBURG, 2005). Este procedimento não foi visualizado no momento da admissão durante o período de observação na unidade.

O **suporte ventilatório** foi outro cuidado técnico fundamental na admissão do prematuro extremo. Alguns aspectos devem ser observados referentes a função respiratória neste neonato que está prejudicada pelo incompleto desenvolvimento dos alvéolos e capilares, pela deficiência de produção de surfactante e imaturidade do centro respiratório (BALBINO, 2004).

O pulmão do prematuro é deficiente em surfactante, tornando-se altamente suscetível à lesão pulmonar, podendo desencadear uma importante reação inflamatória. O surfactante tem a função de recrutar alvéolos e prevenir atelectasia.

Os cuidados com o suporte ventilatório foram descritos nestas falas:

Supostamente sim, ele vem com algum suporte ventilatório e em se tratando de prematuro extremo a grande maioria vem entubado com ventilação através do AMBU. Em geral é o neonatologista da sala de parto que trás o bebê "ambuzando". (Vitória Régia)

Bom admitir é pegar a criança, hidrolizar os cateteres, colocar na balança "pesar", colocar no respirador, pois o bebê vem sendo "ambuzado" pela plantonista. (pausa) (Copo de Leite)

No momento da admissão eu vou vê qual é o suporte ventilatório. Assim com o uso do suporte ventilatório, então é uma preocupação tão grande, não é pequena não. (Lírio)

Enquanto ao suporte respiratório, ajudo, digo facilito para que está entubação aconteça logo de imediato, quanto não ajudo na instalação do CPAP quando for necessário. (Tulipa)

Durante a permanência da pesquisadora na unidade foi observado que todos os neonatos admitidos utilizaram ventilação mecânica, devido a imaturidade do aparelho respiratório e pela escassez da musculatura acessória.

Dentre os avanços científicos e tecnológicos que promoveram mudanças na assistência neonatal, destaca-se a ventilação mecânica, terapia de reposição de surfactante pulmonar e o uso de corticóide no pré-natal que favoreceram a redução da mortalidade neonatal (RUGOLO, 2005).

Durante a observação realizada na UTIN, apenas um prematuro extremo não fez uso da terapia de reposição de surfactante pulmonar, haja vista ter sido admitido na UTIN dois dias após seu nascimento. Ele nasceu em uma maternidade no interior do estado foi transferido para o hospital logo após o nascimento e ficou na Emergência Pediátrica aguardando vaga na UTIN.

A literatura descreve que os cuidados prestados ao recém-nascido nas primeiras horas de vida podem ser fundamentais para minimizar as lesões pulmonares aguda e suas complicações com a displasia broncopulmonar.

Orquídea relata esse cuidado:

Assim, são vários cuidados que a gente presta ao bebê no momento da admissão e um deles é com a ventilação, com relação a isso é observar se o bebê está com as vias aéreas pérvias, se os gases estão aquecidos e umidificados, que para ele   muito importante, está ligada nos parâmetros. (Orquídea)

Atualmente,   demonstrado que prematuros com idade gestacional inferior a 30 semanas se beneficiam do surfactante profilático administrado nos primeiros minutos de vida por meio da intuba o traqueal (ALMEIDA; GUINSBURG, 2005).

Outro medicamento utilizado nas gestantes com suspeita de partos prematuros   o corticóide que favorece a maturac o pulmonar do feto e reduz o risco da síndrome do desconforto respiratório ou também denominada doenca da membrana hialina (DMH).

O uso de corticóides nas gestantes que estejam entre 24-34 semanas tem finalidade de promover a maturac o pulmonar e a profilaxia de DMH. Sua utiliza o reduz a mortalidade, a síndrome do desconforto respiratório e as hemorragias intracranianas nos prematuros (HÜBNER; NAZER; LEÓN, 2009, RUGOLO, 2005).

Portanto, a incorpora o clínica do conhecimento da fisiologia respiratória e das doenca favoreceu a sobrevida desses prematuros (PROCIANOY; GUINSBURG, 2005).

Outro cuidado descrito como importante na admissão foi a **monitorização**, que inclui a cardíaca e a da saturação de oxigênio (oxímetria) observada nas seguintes falas:

(...) Monitorizar. E quando admito com a ajuda de outra enfermeira ou outra técnica enquanto um monitoriza outra instala o suporte respiratório, em geral o respirador que é instalado juntamente com a fisio e o médico. (Vitória Régia)

É outro cuidado é monitorizar. Assim, o primeiro passo é monitorizar ele, que é para vê como é que está a saturação. (Jasmim)

Aí, você vai monitorizar, vai vê a saturação, a frequência cardíaca, a frequência respiratória (Copo de Leite)

Neste momento da admissão primeiramente eu observo como ele chegou, retiro da incubadora de transporte e coloco ele na incubadora que ele será admitido na neo, faço a monitorização e se ele já estiver entubado a gente colocar no respirador (pausa). (Flor de Lis)

Aí vou instalando logo o oxímetro, para vê a saturação do recém-nascido. (Tulipa)

Os cuidados que aprendemos na faculdade que são atentar para vias áreas, atentar para saturação, monitorizar (...) (Rosa)

A monitorização cardíaca e a saturação de oxigênio auxiliam no controle autônomo do neonato; no entanto a observação acurada dos sinais vitais é necessária na realização dos procedimentos durante a admissão do prematuro (HERNANDEZ, 2003).

Foi observado que em todas as admissões, o neonato logo ao chegar na UTIN era monitorizado e de acordo com valores apresentados modificados os parâmetros da ventilação mecânica.

Estudos demonstraram que a monitorização respiratória pode detectar alguns tipos de apnéia e deve, por essa razão deve ser combinada com a monitorização da frequência cardíaca e da saturação de oxigênio (MILTERSTEINER et al, 2003).

O controle dos sinais vitais também é importante no momento da admissão e durante a permanência do neonato na unidade neonatal. Bochembuzio; Gaidzinski (2005) abordam a necessidade dos controles dos parâmetros vitais tais como a temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e a

saturação de oxigênio de quatro em quatro horas após o momento da admissão e de acordo com o quadro clínico do recém-nascido.

Em virtude dos prematuros extremos terem fragilidade capilar outros dois cuidados também foram apontados como importantes na admissão: **adequação do material e os cuidados com a pele** do RN.

Os neonatos prematuros, principalmente os que têm menos de 32 semanas, possuem pele imatura, incapaz de exercer seu papel de barreira, resultando em um aumento das perdas de água e calor, bem como a absorção de toxinas do meio ambiente, comprometendo defesas antimicrobianas (FERREIRA; MADEIRA, 2004).

Jasmim cita sua preocupação com a pele do prematuro:

Outro cuidado é de não lesar a pele dele, pois lesando a pele, isso vira um meio para infecção (...) São esses cuidados que a gente tem mais, cuidados com a pele, vê como ele está, a oxigenação dele. (Jasmim)

Outra particularidade da pele do recém-nascido é a presença de uma substância graxenta, chamada vérnix caseoso, que recobre a pele, produzida por células epidérmicas e secreções sebáceas, com a finalidade de proteção e lubrificação da pele, facilitando a passagem no canal do parto, além de propriedades bactericidas (NEPOMUCENO, 2007). Os neonatos prematuros extremos nascem sem o vérnix caseoso pela imaturidade da pele.

As falas abaixo descrevem os cuidados com a pele do bebê no momento da admissão:

Ah! Uma coisa de cuidado da pele que esqueci, por exemplo tem uns eletrodos que não deveria está colado diretamente na pele, para não provocar lesão. Então às vezes já chega de outro setor assim. A gente coloca sempre uma gaze em baixo do eletrodo para proteger, não coloca diretamente na pele e no tubo a gente não coloca esparadrapo diretamente na pele, a gente evita isso, utiliza micropore (Flor de Lis).

Assim quanto mais extremo, mais preocupação eu tenho para não provocar mais lesões nesses bebês. (Lírio)

Cuidados com a pele do bebê, colocando o mínimo possível de adesivos e soluções abrasivas. (Girassol)

A literatura aborda que se deve fixar adequadamente os acessos e sondas para prevenir a perda acidental e a esfoliação da pele do neonato. Deve-se também reduzir a quantidade de esparadrapos e fitas adesivas para a fixação de acessos venosos, sondas e cânula endotraqueal (GASPARY; ROCHA, 2004).

As lesões de pele no prematuro extremo favorecem a ruptura da integridade da pele, sendo uma porta de entrada para microorganismos patogênicos, além de desencadear dor nestas crianças.

Durante o período de observação da autora na unidade foi evidenciado o cuidado das enfermeiras para prevenir lesões na pele do prematuro extremo. Em todas as admissões de RNPT extremo as enfermeiras cortavam as fixações para intubação endotraqueal e para sonda orogástrica de tamanho pequeno. Na unidade só era utilizado o micropore em contato direto com a pele. Percebeu-se também que as entrevistadas faziam a redução do tamanho dos eletrodos utilizados para monitorização cardíaca, o uso da tintura do benjoim para a limpeza da pele antes de colocar as fixações e o envolvimento do pé com gaze para colocação do oxímetro.

A adequação do material foi descrito a seguir:

A escolha do material adequado e próprio para o seu tamanho, como tamanho do "micropore" ao ser utilizado sobre a pele deste RN, pois o mesmo possui uma fragilidade importante, já que esta estrutura, digo este órgão também não está maduro. (Margarida)

Então, às vezes já chega de outro setor assim. A gente coloca sempre uma gaze em baixo do eletrodo para proteger, não coloca diretamente na pele, a gente não coloca esparadrapo diretamente na pele, a gente evita isso e utiliza micropore. (Flor de Lis)

Considerando a necessidade de monitorização e a fragilidade da pele do prematuro extremo, observa-se que a utilização dos eletrodos pode causar malefícios à criança, devido a sua utilização inadequada. Portanto, deve-se fazer o rodízio dos sensores com maior frequência (4/4 horas) para evitar queimaduras, pois para melhor captarem a saturimetria a temperatura dos sensores pode chegar a 44°C. Os eletrodos dos monitores cardíacos devem ser trocados, somente quando não estiver funcionando, e para facilitar a remoção, usar algodão embebido em água ou emoliente (TAMEZ; SILVA, 2006).

As adequações dos eletrodos foram descritas pelas entrevistadas:

Outra coisa é cortar os eletrodos e as fixações do tamanho do RN que será admitido. (Vitória Régia)

Assim, por exemplo os eletrodos a gente pode estar reduzindo, evitar estar colando diretamente na pele do bebê, proteger o máximo que a gente puder o bebê, pois ele é totalmente indefeso e está em nossas mãos. É uma responsabilidade muito grande (pausa longa)... (Orquídea)

Outro cuidado citado pelas entrevistadas foi o **acesso venoso**. Nos prematuros extremos é mais utilizado o cateterismo umbilical.

O cateterismo umbilical é geralmente o acesso vascular central de primeira escolha em recém-nascidos de risco admitidos nas UTINs. Muitas vezes é realizado ainda na sala de parto para administração de drogas de urgência na reanimação neonatal e/ou para manutenção da terapia intravenosa nos primeiros dias de vida, podendo ser cateterizado a veia e/ou uma das artérias umbilicais (SILVA; NOGUEIRA, 2004).

Outro cuidado que ocorre com todos os bebês é a punção venosa, que em caso de prematuro extremo quase sempre é feito cateterização do coto umbilical, procedimento realizado pelo neonatologista, porém a equipe de enfermagem deve auxiliar. (Vitória Régia)

Bem, quando ele não vem cateterizado, é realizado o cateterismo umbilical aqui na unidade. Então a gente observa o coto e quando ele está com possibilidade de fazer a gente avisa a médica e ela faz o procedimento. Assim, os prematuros extremos geralmente na admissão são entubados e é realizado o acesso central que na grande maioria das vezes é o cateterismo umbilical. (Flor de Lis)

“ é uma preocupação tão grande, não é pequena não, para que ele tenha o acesso venoso pérvio, é para que ele não seja muito esfoliado e não seja muito invadido. (Orquídea)

Os cuidados de enfermagem que a gente presta na admissão (...) é com o acesso venoso. (pausa) Os cuidados, já que ele é um prematuro e que não está em um ambiente que ele deveria estar. (Girassol)

Em casos de malformações ou outros distúrbios é utilizado a dissecação venosa ou punção de acesso periférico e logo após o amadurecimento da pele do RN estes são substituídos, na maioria das vezes, pelo acesso central de inserção periférica (PICC), largamente utilizado na neonatologia.

Jasmim e Copo de Leite descrevem a importância do acesso central:

Outro aspecto é o acesso do prematuro extremo. O acesso do prematuro extremo deve ser central, principalmente umbilical, através do cateterismo umbilical, não deve ser periférico de maneira nenhuma, só se tiver alguma coisa que impeça a realização deste acesso central. Ele é o principal a primeira coisa que se deve fazer é o acesso umbilical, aí depois quando o tempo vai se passando que você vai vendo o amadurecimento da pele, da rede venosa, de tudo, de início é o cateter umbilical. (Jasmim)

Tudo ocorrendo bem, você vai vê se está com sonda orogástrica, se não você passa, vê se tem acesso, se tiver coloca logo a solução, para não perder o acesso, especialmente se for central. (Copo de Leite)

Dentre os cuidados de enfermagem a preservação da rede venosa é essencial para a assistência ao prematuro, pois o uso constante dessas vias para aplicação dos mais variados medicamentos, soluções, sangue e seus derivados, leva a problemas cada vez mais sérios de visualização e acesso ao vaso.

Assim com o uso do suporte ventilatório, então é uma preocupação tão grande, não é pequena não, para que ele mantenha acesso venoso pérvio, é para que ele não seja muito esfoliado, para que ele não seja muito invadido. (Lírio)

A **manipulação do RN** também é priorizada pela enfermeira no momento da admissão:

(...) vamos trabalhar em conjunto para não manipular muito o bebê, ou seja vamos fazer todos juntos para que quando acabar esse bebê fique bem e consiga ficar bem por um bom tempo. Vamos dizer que temos mínimo manuseio e fazer cumprir o mínimo manuseio (pausa). (Lírio)

Um dos procedimentos padronizados nas UTINs é o **mínimo manuseio** dos bebês, ou seja, a agregação dos cuidados e a priorização destes para reduzir a manipulação e o stress e contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento. Neste sentido, cabe a enfermeira o planejamento dos procedimentos que serão realizados com os prematuros, junto com os outros profissionais (médico, técnico de enfermagem e fisioterapeuta) para trabalharem em conjunto reduzindo o estresse causado pela manipulação repetitiva.

Durante as visitas na unidade foi observado em algumas admissões o trabalho em conjunto da equipe e a tentativa do mínimo manuseio após a realização dos procedimentos necessários no momento da admissão.

A literatura aborda que o ambiente da UTI neonatal é de intensa movimentação, principalmente no horário da manhã, quando há trocas de plantão e

são realizados os cuidados de rotina. Em função disso os neonatos são manipulados para higiene, para a verificação dos sinais vitais e os procedimentos de rotina (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Os RNPT extremos muitas vezes, não toleram manipulação excessiva. Por outro lado, a mudança de decúbito é necessária, considerando o pouco tecido subcutâneo e muscular e a sensibilidade de sua pele, além do comprometimento nutricional (TAMEZ; SILVA, 2006). Neste sentido, deve-se estabelecer como rotina da UTIN a mínima manipulação do RNPT extremo, levando em consideração as particularidades de cada neonato e seu quadro clínico.

Eu atento para o manuseio até por que ele é muito pequenininho, então tenho cuidado no maneira de pegar ele da incubadora. Assim tem que ter o cuidado dobrado, pois o bebê é muito (pausa) instável. (Flor de Lis)

(...) Vamos trabalhar em conjunto para não manipular muito o bebê, ou seja, vamos fazer todos juntos para que quando acabar esse bebê fique bem e consiga ficar bem por um bom tempo. Vamos dizer que temos mínimo manuseio e fazer cumprir o mínimo manuseio. (Lírio)

O uso do **toque terapêutico** foi citado por Vitória Régia como um cuidado na manipulação do bebê:

Acho que a diferença básica da admissão do prematuro para os outros bebês é no manuseio do bebê, o toque terapêutico, a manipulação. (pausa) Pois quando estou manipulando na admissão de um prematuro extremo, lembro da questão das hemorragias, sou mais ágil para menor exposição do bebê. Coloco uma plaquinha manipulação mínima, fico atenta para o controle de infecção. É isso que eu queria dizer. (Vitória Régia)

A prática do toque terapêutico consiste em um processo conscientemente dirigido de energia durante o qual a pessoa praticamente usa suas mãos como instrumento para favorecer a harmonização energética. O profissional toca os centros de energia do paciente. O toque promove relaxamento, alteração na percepção da dor, diminuição da ansiedade e conforto (WALDOW, 2007).

O toque é uma forma silenciosa de demonstrar interesse pelo outro. Pode ser utilizado como um elemento de auxílio numa interação através de uma massagem. Por meio do toque podemos demonstrar sentimentos de empatia que, indiretamente comunicam valor e importância ao indivíduo (SILVA, 2004).

Nas unidades neonatais os prematuros se beneficiam com o toque terapêutico que reduz o estresse e a dor, promove conforto e favorece a estimulação precoce.

A importância do toque enquanto cuidado está associado ao estímulo que o toque possibilita ao bebê, favorecendo o ganho de peso e o progresso no funcionamento cerebral (BRUM; SCHERMANN, 2004).

O ato de acariciar um neonato prematuro por cinco minutos a cada hora por duas semanas altera a motilidade intestinal, o choro, a atividade e o crescimento. A massagem por quinze minutos, três vezes ao dia, também resultam na diminuição do stress. Portanto, o toque e o contato humano são fundamentais para o prematuro e permite a sua interação com seus pais (PAZIAM; BARBOSA, 2005).

Embora a entrevistada tenha citado o toque terapêutico, não foi observada a realização do mesmo, durante o período de observação da pesquisadora na unidade neonatal foi identificado que durante a assistência, as enfermeiras realizavam os cuidados acariciando o bebê, conversando com voz suave com o neonato, com movimentos delicados no manuseio e fixação dos cateteres e sondas. Estas atitudes não constituem o toque terapêutico como definido anteriormente, mas contribuem para a organização do neonato no leito, redução de estresse dentre outros.

A **coleta de exames** foi um dos cuidados citados pelas entrevistadas na admissão do prematuro extremo:

(...) auxílio na realização de coleta para exames complementares para a devida definição das condutas a serem adotadas (...) (Violeta)

(...) chama o Raio X para vê a posição do tubo. Quando o Raio X chega você ajuda a posicionar o bebê (Copo de Leite)

Os cuidados (...) realizar coleta de exames laboratoriais. (Rosa)

A literatura aborda que a glicemia capilar deve ser realizada a cada seis horas até a estabilização do prematuro, a dosagem de eletrólitos e a gasometria diariamente ou a depender das condições clínicas do neonato (OLIVEIRA, 2005).

As enfermeiras ressaltaram a importância dos valores da glicemia capilar e do peso atual do RNPT extremo, pois estes dados irão direcionar o cálculo da venoclise que administrada ao neonato. A pesquisadora observou que as enfermeiras durante a admissão realizavam a pesagem do neonato logo na sua chegada a UTIN. Com

relação a glicemia capilar este procedimento era realizado por meio da punção nas áreas laterais do calcâneo do neonato após estimulação prévia do membro utilizado.

Assim, quando admito um prematuro extremo e tenho uma boa equipe, todos sabem o que fazer e as coisas “andam”. Assim, sei que devemos monitorizar, aquecer, puncionar acesso, não preciso pedir, quem está comigo faz as seqüência e até a glicemia capilar já está pronta, pois será necessário para o plantonista calcular a TIG (Taxa de Infusão de Glicose), ou seja calcular a venóclise. (Vitória Régia)

Há duas coisas muito importante que eu estava me esquecendo no momento da admissão: glicemia capilar “Dextro” e o peso. Esses dois cuidados são importantíssimos, para a prescrição médica e para o cálculo da venóclise. (Copo de Leite)

O controle do peso é necessário para comparar o peso diário com o do nascer e o dia anterior, auxiliando na avaliação das condições nutricionais, do crescimento e dos riscos potenciais decorrentes a perda do peso (BOCHEMBUZIO; GAIDZINSKI, 2005).

O cuidado com a pesagem do recém-nascido no momento da admissão foi descrito por Vitória Régia:

Nesta unidade em que atuo os cuidados prestados na admissão do prematuro extremo são: pesagem do RN, oferta de calor por meio incubadora aquecida, monitorização cardíaca e de oximetria. (Vitória Régia)

No período de observação das admissões do RNPT extremo na UTIN, apenas um bebê não foi pesado, por ter sido pesado anteriormente na unidade de origem e por sua instabilidade clínica no momento da admissão.

A **anotação** dos procedimentos realizados na admissão foi outro cuidado descrito. Considera-se que a anotação de enfermagem é um dos mais importantes instrumentos de comunicação, pois os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidar do ser humano (OLIVEIRA; CADETTE, 2009).

Copo de Leite descreve a importância da anotação de enfermagem:

Depois de tudo vem a escrita, depois que você dar toda assistência ao bebê, você vai evoluir a admissão, como foi que ele chegou, escrever o

estado geral dele, horário, que trouxe, se veio entubado. Descrever tudo que você fez quando ele chegou. (Copo de Leite)

A anotação é um instrumento valorativo de grande significado na assistência de enfermagem e na sua continuidade, tornando-se, pois, indispensável na aplicação do processo de enfermagem (ITO; SANES; 2004).

Durante o período de observação na UTIN a autora constatou que na admissão dos prematuros extremos as enfermeiras realizam a anotação de todos os procedimentos efetuados. Ressalta-se que a anotação destes possibilitam a comunicação permanente entre os elementos da equipe, a avaliação da qualidade da assistência e destina-se a diversos fins como: ensino, pesquisas, auditorias e planejamento da assistência.

Em unidades neonatais, a realização dos cuidados aos RNs críticos exigem da enfermeira uma capacidade de observação muito maior do que em unidades de menor complexidade. Aliado a isso, em meio às urgências, este profissional se vê dividido entre o fazer e o registrar tudo de forma muito rápida aumentando os riscos de esquecimentos e imprecisões nas ações e nos registros. Os cuidados prestados, as prescrições médicas, as respostas dos neonatos à terapia e assistência, as orientações educativas e outros fatos relevantes, referidos pela família ou percebidos pelo profissional, devem ser anotados.

Outro aspecto sobre o cuidado destacado no momento da admissão do prematuro foi à promoção do **conforto** ao neonato. Confortar refere-se a auxiliar, apoiar o paciente numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajudar, consolar, consolo (APÓSTOLO, 2009).

O cuidado em UTIN tem avançado muito e alguns estudos apontam as seqüelas desse ambiente tão agressivo ao prematuro. Ruídos excessivos, luminosidade, muita manipulação, procedimentos invasivos, tudo isso faz dá UTIN um ambiente hostil para o neonato (SOUZA; FERREIRA, 2009; HÜBNER; NAZER; LEÓN, 2009).

O conforto foi descrito nas falas a seguir:

(...) promover o conforto do bebê, cumprindo as necessidades dele logo já que aqui é uma UTI e geralmente são admitidos bebês graves. (Rosa)

(...) Sabe uma coisa que me deixa feliz é deixar o bebê confortável durante a admissão. (Lírio)

Na atuação da equipe multiprofissional na assistência em unidade de cuidados intensivos neonatais, a enfermeira é responsável pelo cuidado contínuo ao neonato favorecendo assim a promoção do conforto (BOCHEMBUZIO; GAIDZINSKI, 2005).

Na assistência ao recém-nascido prematuro, dentre os procedimentos concernentes a postura do neonato, deve-se fazer uma acomodação do neonato em ninhos feitos com lençóis e compressas, que propiciam o aconchego, fornece maior flexão, melhora o tônus, a postura e as respostas comportamentais (GASPARY, ROCHA, 2004; HERNANDEZ, 2003).

A observação da pesquisadora na unidade permitiu identificar a preparação do ninho pelas enfermeiras, para tanto utilizavam lençóis e compressas formando um verdadeiro ninho, a fim do bebê sentir-se dentro do útero materno no qual os movimentos são limitados pela parede uterina.

Também com a escolha dos lençóis, preocupando-se com a arrumação do “ninho” para que ele possa se sentir mais seguro como se estivesse no útero materno. (pausa/ tosse) (Margarida)

Então é necessário proporcionar o máximo que a gente puder de aconchego, criando um ambiente acolhedor, fazendo os rolinhos, o aquecimento que é importante para ele (pausa). (Orquídea)

Sanando a parte respiratória dele a gente vai para os cuidados que é tentar acomodar, como é que se diz (pausa) dar um conforto melhor a ele, higienizar ele todo e deixar ele pronto. (pausa) (Tulipa)

A literatura aborda que as intervenções relacionadas à organização postural e motora também contribuem para diminuir o desconforto do bebê. Colocar o prematuro em um “ninho” com formato de útero permite-lhe a sensação de está dentro dele e proporciona limites e suporte para o corpo. O uso de cobertores ou rolos posicionados nas laterais do corpo, acima da cabeça e abaixo dos pés, também tranqüiliza os bebês (SILVA, NOGUEIRA, 2004).

Outra forma de proporcionar conforto ao neonato é o seu posicionamento adequado no leito, expresso pelas entrevistadas:

Esse cuidado é como se diz meu Deus (risos) é ter realmente aquele cuidado, botar ele na posição, saber agasalhar para não deixar ele hipotérmico, pois o que realmente mata o prematuro extremo é a

hipotermia. E mantê-lo aquecido, pois ele aquecendo ele tem como sobreviver. (pausa) (Jasmim)

Outro cuidado importantíssimo é a posicionamento do bebê, a mudança de decúbito, atentar para a maneira de realizar essa mudança, está atenta para a maneira que você manipula esse bebê de estar respeitando os limites dele. (Orquídea)

Portanto, a observação das respostas comportamentais e fisiológicas durante o manuseio nos procedimentos realizados no prematuro contribui para seu conforto, segurança e desenvolvimento (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Durante a realização dos procedimentos invasivos devem ser considerados e avaliados a segurança, o conforto e o bem-estar dos neonatos por meio das intervenções que minimizem a estimulação dolorosa e desconfortante (SILVA; NOGUEIRA, 2004).

Lírio descreve a promoção do conforto na realização da punção venosa:

(...) vou vê punção venosa, eu vou aconchegar ele da melhor maneira possível. Pois a UTI é uma ambiente diferente é uma agressão a forma de nascimento, é um mundo totalmente diferente é frio. Na realidade a gente diz que lá dentro é escuro, mais não é escuro não, lá dentro que é bom para ele. Aqui na UTI que é estranho para ele, tem um bocado de gente diferente, mãos diferentes que te pega de maneira diferente entendeu, não tem a delicadeza por ser pequeno. (Lírio)

Estudos recomendam que sejam realizadas algumas modificações na UTIN, tais como diminuir o nível de ruído e som, reduzir a quantidade de luz, dar maior atenção ao posicionamento do bebê, reduzir o manuseio do recém-nascido por meio dos toques mínimos, preservar a temperatura em um ambiente termo-neutro, evitar abertura prolongada de incubadora e exposição repetitivas do neonato ao frio (BRAGA; MORSCH, 2003; MOREIRA; BONFIM, 2004).

4.2.2.3 Assistência a família durante a admissão do prematuro extremo

A assistência a família durante a admissão do RNPT extremo é primordial nas unidades neonatais. Pois o bebê sonhado, desejado, imaginado pelos seus pais nasceu antes do tempo e isso gera ansiedade, culpa, angustia e medo do desconhecido. Para atenuar esses sentimentos é necessário acolhê-los na unidade,

informá-los sobre a condição de saúde do filho; explicar o que é a UTIN e os equipamentos que o mesmo está utilizando em uma linguagem acessível.

Corroborando com esse pensamento estudo realizado por Simioni; Geib (2008), no qual abordam que o nascimento de uma criança prematura modifica a dinâmica familiar e gera nos pais ansiedade e medo em relação à sobrevivência do recém-nascido.

O nascimento de uma criança prematura é um evento não previsível e nem esperado pelos pais que sonham com filhos perfeitos e quando isso não ocorre gera neles sentimento de incompetência, frustração, raiva, culpa e angústia ao perderem a esperança de ter um filho saudável e não ser este o filho idealizado.

Na UTIN os profissionais convivem com a família que está passando pelo processo doloroso da admissão do seu filho necessitando de compreensão, apoio e de oportunidade para expressar seus sentimentos e emoções (AGUIAR et al, 2006; CAMARGO et al, 2004).

Margarida descreve preocupação da atenção a família:

Cada profissional busca a assistência específica, o médico com o diagnóstico e a prescrição do cuidado, a enfermagem com a continuidade desta assistência e os outros profissionais complementando, ou seja, envolvendo este sujeito ou seus genitores ou seus familiares. (Margarida)

Para os pais, o fato de ter um bebê prematuro, gera dúvidas acerca de sua sobrevivência e isso muitas vezes está associado a sentimentos de incapacidade, medo e culpa por se sentirem responsáveis pelo sofrimento do filho, o que poderá interferir no relacionamento com o recém-nascido, mesmo que tal processo não seja plenamente consciente para eles. Neste contexto, ressalta-se a relevância de se estabelecer o contato o mais precocemente dos pais com o filho internado (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007; PAZIAM, BARBOSA, 2005).

A internação na terapia intensiva pode desencadear estresse tanto para o paciente e a equipe como para a família, pois culturalmente a UTI é um ambiente desconhecido e incerto, que traz aos familiares uma idéia de gravidade associada com a morte, que muitas vezes não é real (BRITO, 2004).

Ao ser informado sobre a situação de saúde de seu filho, os pais sentem-se mais seguros, embora o medo das complicações e indagações sobre a própria sobrevivência ainda aflijam a família.

Assim, os pais e a família do RNPT merecem atenção especial dos profissionais que atuam na UTIN, particularmente a equipe de enfermagem que assiste o neonato durante vinte e quatro horas tendo a maior oportunidade de contato com a família (FERECINI, 2009; AGUIAR et al, 2006; SCOCHI et al, 2003).

Alguns autores reforçam que a enfermeira tem a responsabilidade de orientar os pais sobre os cuidados com a criança, informando-lhes sobre a condição de saúde da criança, seu diagnóstico e prognóstico, evitando dessa maneira que àqueles criem idéias errôneas a respeito da real situação do seu filho (BOCHEMBUZIO; GAIDZINSKI, 2005; CAMARGO et al, 2004).

A necessidade da informação é ressaltada a seguir:

(...) oferta de informações para o acompanhante/responsável (normalmente pai, avó, tia, pois a mãe muitas vezes encontra-se ainda hospitalizada).
(Violeta)

A família do RN internado na UTI neonatal vivencia um cotidiano complexo e diferente, um ambiente cheio de equipamento e realização de procedimentos que eles não compreendem e isso gera um ambiente assustador, portanto essa família deve ser comunicada dos procedimentos que serão realizados em seu filho e informada das suas condições clínicas (CALASAENS, 2006).

Portanto, a enfermeira e equipe devem permitir a presença dos pais na UTIN com a finalidade de implementar a assistência a estes devido aos benefícios de sua participação na recuperação de seu filho (PAZIAM, BARBOSA, 2005).

A informação adequada e o preparo emocional da equipe para lidar com o sofrimento da família são estratégias imprescindíveis para que a mesma possa cuidar integralmente do paciente e de sua família (LEITE; VILA, 2005).

A literatura aborda que o estabelecimento do vínculo e do apego pode ser prejudicado pela falta de oportunidade da mãe interagir com seu filho. Assim, o momento de admissão na UTIN é oportuno para estimular o vínculo família-bebê, já que o apego se desenvolve desde a vida intra-uterina e se fortalece após o nascimento (SCOCHI et al, 2003).

No entanto o RNPT, logo ao nascer, devido as suas condições necessitará ser separado de seus pais e ser cuidado por um período mais ou menos longo por uma equipe de saúde. Este fato pode interferir no estabelecimento do vínculo mãe filho. Este neonato levará mais tempo para sentir o odor de seus pais e escutar a

voz deles, ficará mais tempo que o bebê a termo privado do contato pele a pele, de carinhos, afagos vindo de seus genitores.

A ligação afetiva entre os pais e um novo bebê prematuro é um processo contínuo. Isso não significa que os pais que, numa fase inicial, apresentaram dificuldade com seu filho, deixarão de formar laços afetivos com ele (BRASIL, 2002).

Estudos realizados sobre a formação dos laços afetivos são concordantes quanto à existência de um período sensível, capaz de facilitar a formação do vínculo mãe e filho que ocorre principalmente nas primeiras horas e dias após o parto, mostrando a importância para esse contato inicial. No entanto, isso não quer dizer que todos os pais e mães desenvolvam uma ligação afetiva com seus bebês nos primeiros contatos, devido às diversas influências que ocorrem nesse período, a história da vida de cada um, as experiências pessoais, alguns pais e mães podem não agir de forma previsível, pois as diferenças individuais são também um fator que influencia suas reações.

Durante as entrevistas apenas duas enfermeiras apontaram a assistência aos pais como uma forma de cuidar. Isso reforça a importância de ampliar a interação profissional-família, para que este compreenda a necessidade da inserção dos pais no processo de cuidar do seu filho prematuro.

4.2.4 Desafios enfrentados pelas enfermeiras durante a admissão do prematuro extremo

Na categoria desafios na admissão do prematuro extremo obteve-se três subcategorias: o número de vagas insuficientes na UTIN, deficiência de recursos humanos, escassez de recursos materiais e equipamento.

4.2.4.1 Número de vagas insuficientes na UTIN

Um dos desafios descritos pelas entrevistadas no momento da admissão do RNPT foi o número de vagas insuficientes na UTIN. O cenário do estudo foi um hospital de referência do estado para gestantes de alto risco e para o cuidado ao recém-nascido grave, conseqüentemente a unidade está sempre com todos os leitos ocupados.

O relato a seguir afirma:

Por ser um hospital público, e sua demanda ser bastante elevada, primeiramente, o maior desafio são as vagas, pois a unidade consta de oito leitos para atender a capital, a região e os municípios do interior do Estado também. E infelizmente não há como receber a todos que necessitam desta assistência, por ser um hospital de referência em cirurgia neonatal, há leitos ocupados por estes recém-nascidos. (Margarida)

A superlotação observada em várias maternidades do país atinge indistintamente os setores de pré-parto e alojamento conjunto, chegando até as UTIN. Vale ressaltar, que a superlotação dessas unidades é bastante específica, pois o número de leitos existentes nas capitais são insuficientes para a demanda de todo o estado gerando assim períodos de superlotação, sobrecarrega o trabalho dos profissionais, com óbvio prejuízo para a segurança e qualidade da assistência prestada (CARVALHO; GOMES, 2005).

Outro desafio é ser prematuro no serviço público, por exemplo disputar uma vaga para tentar sobreviver, dar de cara com a superlotação dos serviços (...) (Orquídea)

Pesquisa realizada em um hospital materno-infantil na cidade do Rio de Janeiro descreve que uma das variáveis importantes na admissão do prematuro é a oferta de vagas nos hospitais. As unidades neonatais se caracterizam pela superlotação interferindo na assistência no que se refere a humanização, recursos humanos e materiais (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Na UTI, os profissionais vivenciam dilemas éticos e conflitantes no seu cotidiano. Dentre eles a escassez de leitos, a dificuldade de aceitação da morte, a falta de equipamentos e materiais. Esses conflitos geram fatores desencadeadores de estresse, pois confronta o profissional com a seleção de pacientes que serão atendidos na unidade e aqueles que aguardarão o surgimento de uma vaga se sobreviverem a espera (LEITE; VILA, 2005).

A falta de vagas em UTINs interfere no cuidado prestado ao RNPT e dificulta a instalação dos suportes necessários que influenciam sua sobrevivência. A espera pela vaga gera tensão para os profissionais que assistem a criança e para a família, pois o tempo que a criança fica sem o suporte adequado será danoso com influência negativa no seu processo de crescimento e desenvolvimento e conseqüentemente na sua qualidade de vida.

Durante o período de observação na UTIN, a unidade estava sempre com todos os leitos ocupados e quando era solicitado vaga, o neonato que estava com quadro clínico mais estável era transferido para a unidade semi-intensiva, possibilitando a admissão de outro prematuro, pois não havia espaço nem equipamentos suficientes para montar leito extra na unidade.

4.2.4.2 Deficiência de recursos humanos

Em relação aos recursos humanos na UTIN alguns aspectos foram destacados tais como: a qualificação dos profissionais que atuam nas unidades neonatais, a responsabilidade, o compromisso, número insuficiente de profissionais, vícios e condutas da equipe de trabalho e o relacionamento da equipe.

Sobre a qualificação profissional, uma das entrevistadas descreve o desafio de se conseguir profissionais qualificados para atuarem na UTIN:

Além disso, a falta de profissionais qualificados para o cuidado a esta clientela específica, pois não há uma continuidade da assistência de forma equânime, cada um faz seu trabalho isolado do outro (...) É imprescindível, portanto que toda a equipe esteja qualificada para recebê-lo, tanto médicos, como enfermeiras, técnicos, fisioterapeutas e psicólogos. (...) (Margarida)

Entre os fatores que têm repercutido na sobrevivência dos prematuros extremos destaca-se a instalação de modernas UTINs e atuação de recursos humanos especializado e tecnologias complexas (FERECINI et al, 2009).

Os serviços de terapia intensiva ocupam áreas hospitalares destinadas a atender o paciente crítico que necessitam de uma equipe com capacitação técnico-científica, pois estes pacientes exigem assistência permanente além da utilização de recursos tecnológicos apropriados para observação e monitorização contínua das suas condições clínicas (LEITE, VILA, 2005).

A qualificação do profissional que atua na unidade neonatal está atrelada ao conhecimento científico, habilidade técnica e treinamento. No Brasil, a partir da década de 80, novas concepções pedagógicas de ensino e aprendizagem passaram a influenciar os cursos de graduação e pós-graduação no país. Os cursos de especialização sob a modalidade de residência possibilitam a enfermeira a aquisição de conhecimento teórico e científico e o desenvolvimento de suas habilidades prática nas unidades neonatais.

Outro desafio apontado pelas entrevistadas foi o **compromisso profissional**. O termo compromisso constitui uma ação ou efeito de comprometer-se, está estreitamente relacionado com a noção de decisão (MORA, 2000).

A noção de compromisso profissional está relacionado com a atuação diária e o desenvolvimento da prática no contexto do trabalho, o que interfere diretamente na assistência prestada ao paciente, em especial ao prematuro extremo, pelas suas especificidades e imaturidades.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) declara que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais e ainda que o profissional de enfermagem respeite a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todos os seus ciclos da vital, sem discriminação de qualquer natureza (OGUISSO, 2006).

A falta de compromisso profissional foi relatada a seguir:

Eu acho um desafio grande não só a questão dos materiais, mas sim a questão dos recursos humanos. (pausa longa) Não falo no geral, não. Mas você vê que não existe um total comprometimento, assim fazem como se fosse tarefas. (Orquídea)

A noção de compromisso refere-se a escolha fundamental que dirige a conduta ou o procedimento em direção a uma ação. Nesse sentido o compromisso profissional direciona o profissional o exercício da sua profissão em qualquer campo de atuação (ABBAGNANO, 2003).

É notório observar as repercussões do compromisso no cuidar ao ser humano. E para que esse cuidado seja desenvolvido é preciso que haja interação nas ações dos enfermeiros com os demais integrantes da sua equipe que atua na unidade. Estas envolvem um comportamento moral, porque se relaciona com responsabilidade, compromisso, envolve risco, segurança e depende de perícia do profissional.

A relação da responsabilidade com o compromisso do profissional foi citada pelas entrevistadas:

Alguns auxiliares/técnicos se eximem da responsabilidade sobre o processo de admissão de RNs. (...) Por exemplo, eu tenho uma técnica escalada para o leito um e dois, e outra para o três e o quatro. Aí eu vou ter uma admissão no leito três, se a técnica escalada estiver ocupada a outra técnica não se vê com a responsabilidade de fazer a admissão, pois ela não está escalada. (Violeta)

Aqui um problema é o Recurso Humano, tem um ou dois que se envolve com o cuidar mais na sua maioria, não tem comprometimento, não tem sensibilidade para cuidar. Quantas vezes eu pensei em desistir e ainda penso, sabe é um ser humano como outro qualquer e dependem totalmente do cuidador. (Lírio)

A literatura descreve que a má utilização dos recursos tecnológicos e a falta de compromisso de alguns profissionais têm tornado mecanicista a assistência, ou seja tem afastado o paciente da equipe, interferindo negativamente na assistência e se torna um fator causador de stress para a equipe de trabalho (VILA; ROSSI, 2002)

Leite e Vila (2005) descrevem que um dos fatores causadores de estresse para os profissionais é a própria equipe. Esse fato é decorrente da falta de compromisso de alguns de seus membros, o que prejudica a assistência de qualidade ao paciente.

Compreende-se que o ambiente de terapia intensiva é estressante, e que a equipe que atua nesta unidade requer atenção, pois o resultado do trabalho depende de ações conjuntas e integradas.

Outros aspectos mencionados pelas enfermeiras como desafios foram a **responsabilidade profissional e a continuidade da assistência** na terapia intensiva neonatal.

O termo responsabilidade refere-se ao ato de responder pelos seus atos e/ou de outras pessoas envolvidas na realização de um determinado ato. Se esse ato implicar em danos físicos, moral ou patrimonial para alguém haverá responsabilidade legal dos envolvidos (OGUISSO, 2006; MORA, 2000).

Assim, o desafio é a falta de continuidade do trabalho, tanto aquilo que o médico determinar o outro deve seguir. Quanto da mesma forma a falta da assistência de enfermagem, pois quando a coordenadora de enfermagem traz algo novo isso deve ser continuado. Por que as vezes vem uma tecnologia nova, de qualquer coisa, seja de um equipamento novo, seja de um medicamento novo, que toda a equipe esteja ciente. Não basta no dia a enfermeira fazer determinado procedimento, seguir determinado protocolo, tentar fazer uma assistência melhor e no outro dia não dar seguimento. (Margarida)

A assistência de enfermagem é contínua, exige do profissional a responsabilidade em manter a continuidade. Nesse sentido, no contexto das unidades neonatais o recém-nascido depende totalmente do cuidado, que lhe são prestados pelos profissionais por meio do suporte ventilatório, aquecimento, alimentação, higiene, mudança de decúbito, conforto afetivo fornecendo-lhe um ambiente propício para o seu desenvolvimento. Quando isso não é feito interfere na sua sobrevivência e contribui para seqüelas irreversíveis.

De acordo com o COREN- BA (2008) é dever do profissional de enfermagem garantir a continuidade da assistência em condições que ofereçam segurança, mesmo em casos de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Ressalta-se que a maior parte das entrevistadas tem mais de um emprego e chegam para o serviço já cansadas e sobrecarregadas, haja visto, que durante os plantões da UTIN são realizados vários procedimentos em pacientes gravíssimos o que exige atenção e cuidado contínuo de todos os integrantes da equipe.

Compreendo que estes fatores podem interferir na continuidade da assistência devido ao grau de complexidade dos neonatos internados.

Outro desafio enfrentado pelas entrevistadas foi o **número deficiente de profissionais** nas unidades neonatais.

Na unidade a deficiência de recursos humanos, tais como enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, compromete a qualidade da assistência, expõe o profissional a uma sobrecarga de trabalho e favorece a ocorrência de falhas e erros nos procedimentos desenvolvidos (SILVA, 2004).

Esse desafio é citado nas falas a seguir:

Outro desafio é o número de funcionários, ainda é muito pouco, ainda fica muito a desejar. (Rosa)

Outro problema é o número de funcionários insuficientes (enfermeiras e técnicos) para o trabalho que este paciente requer. (Girassol)

Durante a presença da autora na UTIN foi observado que o setor possui um técnico de enfermagem para cada dois recém-nascidos internados, entretanto em alguns plantões a distribuição diária dos técnicos é de um para cada três bebês. No início do período de coleta de dados foram reativados os dois leitos que estavam interditados por falta de profissionais e equipamentos. Naquele período foram admitidos três técnicos sem experiência na área neonatológica que não foram treinados antecipadamente para a especificidade da assistência exigida pelo neonato. Neste sentido, este fato trouxe sobrecarga de trabalho para os profissionais e insatisfação, visto que aqueles não sabiam prestar os cuidados.

O Ministério da Saúde preconiza que para a equipe de enfermagem a relação profissional por recém-nascido clinicamente instável é de uma enfermeira e um técnico de enfermagem para cada dois recém-nascidos (PONTES, 2004).

Uma boa estrutura de terapia intensiva envolve: pessoal em número suficiente e treinado para fornecer assistência específica e observação contínua ao paciente grave (LEITE; VILA, 2005).

Outros aspectos mencionados pelas entrevistadas foram os **vícios e as condutas antigas** realizadas durante a admissão do neonato:

O perfil dos funcionários, principalmente da equipe de enfermagem, é um fator importante, pois são profissionais antigos, já com vícios e condutas que não são modificadas. Além é claro, do perfil e identificação de cada profissional, pois para cuidar de pacientes de neonatologia é necessário ter vocação e gostar do que faz. E muitos estão trabalhando simplesmente por ser seu emprego e por ter sido locado nesta unidade, até pela necessidade do serviço desde a sua implantação até os dias de hoje. (Margarida)

O estado por sua vez não recicla os profissionais do serviço. Você vê o profissional fazendo uma coisa velha, assim uma prática de antigamente, fazendo aquilo que dá na cabeça (estalou os dedos). A unidade tenta fazer coisa para reciclar e as pessoas não aceitam. Isso é problemático em qualquer área. (Rosa)

A administração dos recursos humanos é difícil tanto nos serviços privados como nos públicos. A enfermagem, inserida neste contexto, sofre um impacto ainda maior do que os outros profissionais, nos aspectos quantitativos e qualitativos, visto que em uma instituição hospitalar ela tem o número mais representativo do quadro de pessoal. Essa inadequação de recursos humanos expõe o paciente a situação de risco e compromete a qualidade da assistência (PUGGINA, 2004).

A falta de apoio da equipe da unidade no momento da admissão foi descrita como um grande desafio no momento da admissão.

Outro desafio é contar com o apoio da equipe de enfermagem para que a admissão seja feita num espaço curto de tempo no sentido de proteger o prematuro extremo da exposição à hipotermia. Isto porque a depender do horário em que haja a admissão, ou mesmo dos profissionais que se encontram no plantão, não contamos com a colaboração para agilizar a admissão e diminuir o tempo de exposição do RN. (Violeta)

Um outro desafio que me preocupa muito é a equipe que vai está comigo, assim tem plantões que você consegue ficar tranqüila, que você sabe que vais ter um andamento do serviço. Mas tem plantões que eu não tenho essa tranqüilidade, pois alguns da equipe não têm o envolvimento que eu gostaria que tivesse. Um desafio é o preparo dos profissionais que estão hoje atuando na UTIN. (Lírio)

Leite e Vila (2005) descrevem que a capacidade de relacionamento da equipe deve ser estimulada para que as boas relações possam acontecer, pois um dos maiores estressores enfrentados pelos funcionários é a falta de coleguismo e o compromisso da equipe de saúde.

Para solucionar o desafio da deficiência de qualificação profissional, dos vícios e conduta antigas e postura inadequada foi sugerida a realização da **educação continuada e a mudança das práticas** na UTIN.

Ah!! Outra coisa que eu lembrei e queria te falar é sobre a lavagem das mãos, eu acho o índice de infecção daqui muito alta, os profissionais não tem a rotina de lavar as mãos, inculir isso nas pessoas é um pouco difícil, apesar de que aqui está se fazendo isso, uma enfermeira está fazendo treinamento em serviço sobre a lavagem das mãos (...)Assim, você é nova no serviço e não pode impor mudanças, você tem que ir devagar, com jeito e até não falar muito, mostrar, fazer, mostrar que aquilo é possível (Orquídea)

Um dos desafios é a mudança das práticas dos profissionais, por exemplo a utilização do IV-Fix na fixação da cânula. Os profissionais têm resistência para modificar as práticas (...) Outro desafio para o cuidar é que aqui não se fecha sistema invasivo de punção, tem bionector, mas as pessoas não usam. Devemos fazer o melhor pelo cliente, porém aqui a gente não consegue. Outro desafio é a educação continuada, que deveria está mais presente no preparo desses profissionais. (Lírio)

É necessário que a coordenação da UTIN invista em educação específica e contínua para os seus profissionais, haja vista essa unidade ser tão específica e peculiar. É preciso também motivar o grupo de trabalho para na construção de uma equipe unida, harmoniosa e comprometida com a assistência (LEITE; VILA, 2005).

4.2.4.3 Escassez de recursos materiais e equipamento

Os recursos materiais também foram citados como desafios para a admissão do prematuro extremo e a prestação da assistência na unidade neonatal. As entrevistadas lidam diariamente com a falta de materiais básicos tais como fraldas, equipos de soro, bionectores, equipamentos com defeitos e com ausência de peças fundamentais para o seu funcionamento.

Estudos desenvolvidos em UTINs demonstram que existem pontos de impedimentos para a oferta de recursos materiais e humanos que influenciam na

assistência do recém-nascido (SOUZA; FERREIRA, 2010; LAMEGO; DESLANDE; MOREIRA, 2005).

A falta de recursos materiais foi relatada por todas as entrevistadas como um desafio para admissão do RNPT.

Na realidade em que vivo um dos desafios é possuir todo o material e equipamento necessário para admitir o recém-nascido prematuro da melhor maneira possível, isto porque, por exemplo, por vezes não há incubadoras aquecidas disponíveis por conta ou de estarem todas já em uso ou algumas encontrarem-se com defeito. (Violeta)

Outro desafio, às vezes, é com a falta de material, às vezes básicos, como: luvas, sabão para lavagem das mãos, o qual é uma medida simples e indispensável ao cuidado a estes bebês. (Margarida)

São vários desafios entendeu (risos). Hoje, nós já temos algumas aparelhagens adequadas para admitir o prematuro extremo, só que antes nós não tínhamos nada, inclusive eu era artesã, fazia algumas coisas, um chamava “edredon”, fazia isso para manter a temperatura. (Jasmim)
Os desafios que enfrentamos nessa unidade, deixa eu pensar, pois bem poucos respiradores, assim temos dez leitos funcionando no serviço e por isso deveríamos ter um respirador para cada leito. Outra coisa é o número de circuito pouco, não tem o número necessário para as trocas periódicas. (Girassol)

Entretanto outra entrevistada revelou uma realidade diferente das demais citada a seguir:

Outra parte também é o material e os equipamentos, achava que quando chegasse aqui não ia ter nada e me assustei com a quantidade de equipamentos. Portanto, aqui tem muita coisa, mais as vezes as pessoas não sabem utilizar, ou não utilizam por resistência sabe, você tem que ir aos poucos e mostrar que pode ser utilizado aquilo. (pausa) (Orquídea)

Assim diante da escassez de recursos materiais e humanos, os profissionais acabam fazendo o melhor que podem, mas isso culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar (LEITE; VILA, 2005).

A previsão e a provisão do material são de responsabilidade da administração do hospital, especificamente do setor de compras. A administração deve estar atenta para que a falta de materiais não traga prejuízo à assistência ao paciente.

A compra, a distribuição e a manutenção dos equipamentos são de responsabilidade da administração hospitalar que deve suprir todas as áreas da organização a fim de garantir a prestação do cuidado (SOUZA; FERREIRA, 2010).

A inexistência de material adequado foi observada durante a permanência da autora na unidade como, por exemplo, a falta de fraldas para recém-nascido, o setor só estava recebendo fralda pediátrica. Sendo escalada diariamente uma técnica para recortar as fraldas e adaptá-las para os neonatos internados. Isto gerava um desvio de função e conseqüentemente prejuízo da assistência. Também foi observada a falta de peças para o respirador, o que dificultava sua montagem para admissão do prematuro.

O desafio é assim, muitas vezes a falta de material, por exemplo a gente teve dificuldade de montar o respirador porque estava faltando uma peça. Então assim, o desafio é no dia a dia a gente tem dificuldade em conseguir algumas coisas. Dificuldades de ter todos os equipamentos e materiais necessários para a admissão deste bebê. (pausa) (Flor de Lis)

Com relação ao enfrentamento dos desafios no ato de admissão, as entrevistadas relataram que realizavam **improvisos** para suprir a falta de material na unidade.

Os desafios são as dificuldades que a gente tem de alguma forma para improvisar os cuidados (...) Mas tem outras coisas que a gente vai precisando que vai tendo que improvisar. Então as dificuldades são essas as improvisações (...) Bem, improvisação é expressa na falta de material que a gente tem na unidade. As vezes tá em falta o material na unidade, as vezes não tem o tamanho adequado para o prematuro extremo. Por exemplo as vezes temos um material mas o número não está adequado para aquele prematuro, entendeu. Aí o problema maior é esse, a maior dificuldade que temos é a improvisação (digo a falta de material). (Tulipa)

Embora o processo de trabalho da UTIN proporcione constantes desgastes e envolva fatores que constituem obstáculos para a oferta de uma assistência adequada percebe-se que os trabalhadores criam estratégias para atender as necessidades dos usuários e também desenvolvem ações que facilitam suas práticas (SOUZA, FERREIRA, 2010).

Outro desafio é que temos que improvisar muita coisa na unidade, já te contei sobre o respirador, falta uma peça tem que improvisar, não tem outra para substituir. (Copo de Leite)

Na presença de desafios, os profissionais usam de criatividade e inteligência que podem ajudar a realização do trabalho (DEJOURS, 2004).

São vários desafios entendeu (risos). Hoje, hoje, nós já temos algumas aparelhagens adequadas para admitir o prematuro extremo, só que antes nós não tínhamos nada, inclusive eu era artesã, fazia algumas coisas, um chamava "edredon", fazia isso para manter a temperatura (...) Como antes não tinha incubadora para aquecer, tinha que enrolar o menino todo no algodão para mantê-lo aquecido. Hoje até a gente já tem a incubadora. (Jasmim)

Compreende-se, portanto que a falta de recursos materiais dificulta e compromete a assistência, especialmente do paciente crítico, que a escassez de um produto elementar pode influenciar diretamente na sua sobrevivência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A admissão do prematuro extremo na UTIN exige uma assistência complexa e adequada realizada por uma equipe multidisciplinar, destacando-se a de enfermagem como essencial pelo cuidado direto e contínuo que presta ao neonato. Este cuidado inicia-se a partir da comunicação entre os profissionais desta unidade e da sala de parto, no sentido de serem providenciados o preparo do leito, a recepção do RN, a instalação de equipamentos e a realização de cuidados necessários para a sua sobrevivência com o mínimo de seqüela possível.

Os resultados deste estudo permitiram conhecer as experiências das enfermeiras durante a admissão do prematuro na UTI neonatal, a preocupação com o neonato que seria admitido, os preparos com a organização do leito, os cuidados prestados e os desafios vivenciados neste contexto.

As participantes da pesquisa foram onze enfermeiras que atuavam na assistência ao prematuro extremo. No que se refere a admissão do prematuro extremo elas expressaram sua fragilidade, a necessidade de um atendimento adequado devido as suas peculiaridades e as emoções de alegria, tristeza e surpresa vivenciadas durante a admissão. Reconheceram que a assistência a estas crianças deve ser prestada por profissionais com formação especializada e habilidade técnica.

Os resultados corroboram com a literatura que aborda que a atuação dos profissionais na UTIN e o cuidado ao prematuro extremo desencadeiam desgaste físico e psíquico, sendo necessário proporcionar-lhes momentos de troca de experiências e desabafos.

Dentre os cuidados descritos pelas entrevistadas foram ressaltados o controle da termorregulação, suporte ventilatório, acesso venoso, cuidados com a pele, conforto do neonato por meio da confecção do ninho para mantê-lo na posição fetal e o manuseio em conjunto dos profissionais envolvidos na assistência com a finalidade de reduzir a perda de calórica e seqüelas.

A assistência a família foi pouco abordado pelas entrevistadas, embora seja fundamental, pois os pais ficam angustiados, aflitos, com medo e frustrados, pois o filho sonhado é diferente do real. Assim, cabe aos profissionais acolhê-los e informá-

los sobre a condição de saúde e inseri-los no cuidado ao seu filho logo que o quadro clínico permita.

Emergiram nesta pesquisa os desafios enfrentados pelas enfermeiras durante a admissão do prematuro dentre eles o número de vagas insuficientes, que assim como outras partes do país, há superlotação nas unidades neonatais o que prejudica a assistência imediata a esse prematuro e favorece a seqüelas neurológicas em decorrência da hipóxia pela demora do suporte ventilatório adequado. Deficiência de recursos humanos, materiais e equipamentos.

Foi identificado como enfrentamento desenvolvido pelas enfermeiras para o desafio da dificuldade em qualificação profissional e dos vícios e condutas inadequadas a realização de educação permanente para a mudança das práticas e condutas dos profissionais que atuam na UTIN.

Frente a essa situação, este estudo aponta para a necessidade do preparo emocional dos profissionais da equipe de profissionais que atua na UTIN mediante grupos de apoio e discussões que lhes ajudem a cuidar dos RNPTs extremos com menos angústia e sofrimento.

Considerando os aspectos identificados neste estudo sobre as experiências do cuidar ao RNPT extremo, a pesquisadora está elaborando conjuntamente com os residentes de enfermagem um projeto de intervenção nesta unidade, com o objetivo de inserir a participação dos pais nos cuidados aos filhos internados.

Assim, sugere-se que outros estudos sobre o tema sejam incentivados com a finalidade de contribuir com a aquisição do conhecimento sobre a admissão do prematuro extremo na UTIN e despertem o estabelecimento de políticas públicas para ampliar o número de leitos, de profissionais e de equipamentos adequados à complexidade do atendimento a que se destina.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 4 ed. São Paulo: Martins Fonseca, 2003.

AGUIAR, Isabella Rocha; VELOSO, Tatiana Maria Coelho; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; XIMENES, Lorena Barbosa. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer d bebês internados em Unidade Neonatal. **Acta Paul Enferm**, 2006; 19 (2): 131-7.

ALMEIDA, Maria Fernanda Branco de; GUINSBURG, Ruth. A reanimação do prematuro extremo em sala de parto: controvérsias. **J Pediatr** (Rio J). 2005; 81 (1 Supl): S3- S15.

ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jésia; SANTANA, Maria Adriana; LIMA, Daniele Martins de. A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. **Acta Paul. Enferm**; 17 (3): 311-315, jul-set, 2004.

APÓSTOLO, João Luís Alves. O conforto nas teorias de enfermagem- análise do conceito e significados teóricos. **Rev. Referência**. n. 9, Mar. 2009, p. 61-67.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Superintendência de regulação da Assistência à Saúde. Diretoria de Assistência à Saúde. **Manual de atenção ao recém-nascido**. Bahia: Secretaria de Saúde, 2000.

BALBINO, Flávia Simphronio. **Preocupação dos pais de recém-nascidos prematuros com a proximidade da alta da unidade de terapia intensiva neonatal**. 2004. 165f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2004.

BALDIN, Elisangela Maria de Souza. **Condições de saúde de recém-nascidos pré-termos menores que 1750 gramas atendidos em UTI neonatal em cidade de médio porte, durante a internação e após alta**. 2006. 96 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2006.

BARBOSA, Vera Lucia. **O vínculo afetivo na UTI neonatal: uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem**. 1999. 196f. [Tese] – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1999.

BARBOSA, Vera Lucia. Os paradigmas do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatológica. **Acta Pau. Enf.**, São Paulo, v. 9, p.33-36, 1996. Número Especial.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BOCHEMBUZIO, Luciana, GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Instrumento para classificação de recém-nascido de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** 2205; 18 (4): 382-9.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar**: ética do humano – compaixão com a terra. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 33-92.

BRAGA, N. A. MORSCH, D.S. **Um nascimento diferente**. In: Moreira, M.E.L.; BRAGA, N.A; MORSCH, D.S. (org). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI- Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, p.81-95.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, p.19.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe-Canguru**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRITO, Cândida Márcia de. **O tempo do enfermeiro com a família na unidade de terapia intensiva**. In: SILVA, Maria Júlia Paes da (org). Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

BRUM, Evanisa Helena Maia de; SCHERMANN, Lígia. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.2, ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Rio de Janeiro, 2004.

CALASANS, Maria Taís A. **A dor do recém-nascido no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva**. 2006. 74 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

CAMARGO, Climene Laura; QUIRINO, Marinalva Dias. Curso de Especialização como instrumento de intervenção na assistência em neonatologia. **Ciênc.Cuid.Saúde**; 4 (1): 75-81, jan-abr, 2005.

CAMARGO, Climene Laura de; LA TORRES, Maristela Pina dos S.; OLIVEIRA, Ana Flávia V. R.; QUIRINO, Marinalva Dias. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n.3, p.267-275, 2004.

CARVALHO, Manoel de; GOMES, Maria Auxiliadora S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **J. Pediatr.** (Rio J.) [online]. 2005, 81(1 Supl): S111-S118. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a14.pdf> >. Acessado em: 23 maio 2009.

CIRCUNCIZÃO, J. S. **Aspectos éticos da participação de pais no cuidar intensivo neonatal**. 2007. 77 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007

COLLIÉRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COREN-BA, Resolução nº 311/2007, de 08 de janeiro de 2007 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem**. Bahia, 2008.

COSTA, Mildred Patrícia Ferreira da. **Ressuscitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo**. In: SILVA, Maria Júlia Paes da (org). Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

DAVIDOFF, Linda L. **Introdução a Psicologia**. 3 ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2001.

DEJOURS C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15; 2004.

DORON, Ronald; PAROT, Françoise. **Dicionário de Psicologia**. São Paulo: Editora Ática, 2001.

FERECINI, Geovana Magalhães; FONSECA, Luciana Mara Monti; LEITE, Adriana Moraes; DARÉ, Mariana Firmino; ASSIS, Carolina Souza; SCOCHI, Carmem Gracinda Silvan. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22 (3): 250-6.

FERREIRA, Verônica Resende; MADEIRA, Lélia Maria. **Lesões de Pele em Recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a Assistência de Enfermagem.** REME – Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte: UFMG, v.8, n.1, jan./mar. 2004.

FREITAS, Juliana de Oliveira. **Método Mãe-Canguru:** evolução ponderal de recém-nascido. 2005 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; GOMES, M.M.F. **Cuidando do neonato: uma abordagem de enfermagem.** Goiânia: AB, 2003.

GASPARY, Lisiane Valdez; ROCHA, Ivi. **Revista Nursing**, v. 79, n. 7, dez 2004, p. 47- 50.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de Pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias. Emoções e afeto no trabalho. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

GOULART, Ana Lúcia; BARROS, Maria Carvalho de Moraes; AZEVEDO, Marisa Frasson; DOMINGUES, Suely Semone; MEYERHOF, Pessia; VILANOVA, Luiz Celso Pereira. Crescimento e Desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. **Acta Paul. Enf.** V.9, 1996. Número Especial.

GUIMARÃES, G.P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/ recém-nascido pré-termo e ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 2007;16(4). Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000400006&script=sci_abstract&lng=e >. Acessado em 23 maio 2009.

HERNANDEZ, Ana Maria. **Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato.** São José dos Campos: Pulso, 2003.

HORBAR, Jeffrey D. et al. Trends in mortality for very low birth weight infants, 1991-1999. **Pediatrics**, 2002; 110:143-51. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/110/1/143>>. Acessado em 13 jul 2009.

HÜBNER, Maria Eugenia G.; NAZER, Julio H.; LEÓN, Guido Juarez de. Estratégias para mejorar La sobrevida Del prematuro extremo. **Rev. chil. Pediatr.** 2009; 80 (6): 551-559.

HUFFMAN, Karen. **Psicologia**. São Paulo: Atlas, 2003.

KAKEHASHI, Tereza Yoshiko. A situação atual da enfermagem neonatológica e suas tendências para o futuro. **Acta Pau. Enf.**, São Paulo, v. 9, p.33-36, 1996. Número Especial.

KOHLRAUSCH, Eglê et al. As várias faces do contato no cuidar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 21, n. esp. Porto Alegre, 2000.

ITO, E. E.; SANES, A. de M. **Manual de anotação de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LAMEGO, D.T.C.; DESLANDES, S.F.; MOREIRA, M.E.L. Desafios para humanização do cuidado em uma unidade intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência Saúde Coletiva**, 2005; 10 (3): 669-673.

LEONE, Cléa Rodrigues et al. Brazilian Neonatal Research Network (BNRN): very-low birth weight (ULBW) infant morbidity and mortality. **Pediatrics**, 2001, 49: 405. Disponível <[http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&ei=x499SvjnEJmEtgegYeXgAQ&sa=X&oi=spell&resnum=0&ct=result&cd=1&q=Brazilian+Neonatal+Research+Network+\(BURN\)%3A+very-low+birth+weight+\(ULBRA\)+infant+morbidity+and+mortality&spell=1](http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&ei=x499SvjnEJmEtgegYeXgAQ&sa=X&oi=spell&resnum=0&ct=result&cd=1&q=Brazilian+Neonatal+Research+Network+(BURN)%3A+very-low+birth+weight+(ULBRA)+infant+morbidity+and+mortality&spell=1)>em: Acessado em 13 jul 2009.

LEONE, Cléa Rodrigues; RAMOS, José Lauro Araujo; VAZ, Flávio Adolfo Costa. O recém-nascido pré-termo. In: MARCONDES, Eduardo et al. **Pediatria Básica – Pediatria Geral e Neonatal**. São Paulo: Sarvier, 2002, p. 348-352.

LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev Latino –am Enfermagem**, 2005, març – abr; 13 (2): 145-50.

MARCONDES, Eduardo (Coord.). **Pediatria Básica**. 8 ed. São Paulo: Sarvier, 1999.

MELLO, V. H. **Evolução histórica da obstetrícia**: a marginalidade social das parteiras e da mulher. Belo Horizonte, 1983, 166 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

MENDES, R.I.P. **Índice de utilização de tecnologias na avaliação dos processos assistenciais de recém-nascidos prematuros**. 2005. 75f. Dissertação (Mestrado) Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MILTERSTEINER, Aline R. et al. Respostas fisiológicas da posição mãe-canguru em bebês pré-termo, de baixo peso e ventilando espontaneamente. **Rev Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, 3 (4): 447-455, out/dez, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MORA, José Ferrater. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

MORAIS, Aisiane Cedraz.; QUIRINO, Marinalva Dias; ALMEIDA, Mariza Silva. O cuidar da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm**. 2009; 29(1): 24-30. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a04v22n1.pdf>>. Acessado em: 16 maio 2009.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; FONTES, Wilma Dias; CARNEIRO, Alan Dionizio. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul Enferm**. 2009; 22 (3): 323-7.

MOREIRA, M.E.L.; BONFIM, O.L. **Manuseio da dor no RN**. In: MOREIRA, M.E.L.; LOPES, J.M.A.; CARVALHO, M. (Org). O RN de alto risco – teoria e prática do cuidado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 489-508.

NADER, Silvana Salgado; PEREIRA, Denise Neves. **Atenção integral ao recém-nascido**: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2004.

NEPOMUCENO, Lilian Mara Rondello. **Avaliação do Indicador de Qualidade “Integridade da Pele do Recém-nascido” como Subsídio para a Capacitação do**

Pessoal de Enfermagem. São Paulo: USP, 2007. Disponível em <<<http://www.teses.usp.br>>> Acesso em: 19 ago 2010.

OGUISSO, Taka. **Responsabilidade ética e legal do profissional de enfermagem.** In: OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma (Orgs). Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri, SP: Manole, 2006.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. **Black Book – Pediatria.** Belo Horizonte: Black Book editora, 3 ed, 2005.

OLIVEIRA, Valéria Conceição; CADETTE, Matilde Meire Miranda. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22 (3): 301-6.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAIS, Leila Memória Paiva, VICTOR, Janaína Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v 06, n. 02,p. 292-297. 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acessado em: 05 set 2010.

PAZIAM, Claudia; BARBOSA, Vera Lúcia. Participação dos pais no cuidado ao recém-nascido prematuro segundo a literatura brasileira de enfermagem. **Revista Intensiva.** Ago/ set 2005, p. 53 – 58.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem – Brasil 1500 a 1930.** São Paulo: Cortez, 1989.

PIZZATO, M. G.; DA POIAN, V. R. L. **Enfermagem Neonatológica.** Porto Alegre: Ed. Da Universidade, 1982.

PONTES, K.A.E.S. **Avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem neonatal de acordo com a categoria do RN (dissertação).** Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. 2004.

PRONCIANOY, Renato S.; GUINSBURG, Ruth. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. **J. Pediatr** (Rio J). 2005; 81 (1Supl): S1-S2.

PUGGINA, Ana Claudia Giesbrecht. **Administrar o tempo pode mudar o jeito de dizer “bom dia”.** In: SILVA, Maria Júlia Paes da (org). Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

RIBEIRO, Aldacy Gonçalves. **O sentido de ser-mulher-puérpera no método mãe canguru**. 2006. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

RODRIGUES, Auro de Jesus. **Metodologia Científica**. São Paulo: Avercamp, 2006.

RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J Pediatr** (Rio J). 2005;81(1 Supl): S101-110. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a13.pdf> >. Acessado em 21 jun 2009.

SANTOS, A.R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. v 3. Rio de Janeiro: DP & A editora, p. 26, 2000.

SAUNDERS RP, ABRAHAM MR, CROSBY MJ, THOMAS K e EDWARDS WH. Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units. **Pediatrics** 111(4: 2): p. 437-449, 2003.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latinoam. Enferm.** 2003; 11(4): 539-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400018&script=sci_arttext>. Acessado em: 23 maio 2009.

SILVA, Glória Regina Gomes da; NOGUEIRA, Maria de Fátima Hask. **Terapia intravenosa em recém-nascido**: orientações para o cuidado em enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004.

SILVA, Maria Júlia Paes da (org). **Qual o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

SILVA, Ricardo Nunes Moreira da. Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo na UTI Neonatal. In: Alves Filho, Navantino et al (Ed). **Avanços em perinatologia**. Rio de Janeiro: MEDSI/ Guanabara Koogan, 2005. p. 35-50.

SIMIONI, Angelita dos Santos; GEIB, Lorena Teresinha C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado prematuro no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.** 2008, 61 (5): 545-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a03v61n5.pdf> . Acessado em: 23 maio 2009.

SOUZA, Kátia Maria Oliveira; FERREIRA, Suely Deslandes. Assistência Humanizada em UTI Neonatal: os sentidos e as limitações identificados pelos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 15 (2): 471-480, 2010, Mar.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TAVARES, Eduardo C.; RIBEIRO, José Geraldo; OLIVEIRA, Lorenza A. Imunização ativa e passiva no prematuro extremo. **J. Pediatr** (Rio J), 2005; 81 (! Supl) S89-S94.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, Cláudia Silveira; MELLO, Débora Falleiros. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**. 2009, Jan-Mar; 18(1): 74-82. Disponível: <
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a09.pdf>>. Acessado em: 23 maio 2009.

VILA, V.S.A; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “ muito falado e pouco vivido”. **Rev. Latino- am Enfermagem** 2002, marc- abr; 10 (2): 137-44.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. São Paulo: Sagra Luzzatto, 2007.

WEITEN, Mayne. **Introdução à Psicologia**: temas e variações. 4 ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EEUFBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGE
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: O CUIDAR NO DESENVOLVIMENTO HUMANO

PROJETO DE PESQUISA: Experiências de enfermeiras na admissão do prematuro extremo na unidade de terapia intensiva neonatal

Estamos realizando uma pesquisa para analisar a sua experiência, enquanto enfermeira (o) na admissão do prematuro extremo na UTIN. Estamos convidando-lhe para participar desta pesquisa. Vamos fazer uma entrevista, onde você poderá dar a sua contribuição, relatando como se dá essa dinâmica do cuidado.

Informamos que essa pesquisa será realizada pela mestrandia Denise Santana da Silva do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob a orientação da Prof^a Dr^a Marinalva Dias Quirino. Tendo o consentimento do Comitê de Ética dessa instituição e sendo obedecidas às exigências éticas.

Este estudo poderá trazer benefícios à unidade hospitalar envolvida na investigação, através da realização de reflexões sobre o cuidado ao prematuro extremo, favorecendo assim um preparo mais específico destes profissionais que assistem a esses neonatos. Já que, esses prematuros possuem peculiaridades inerentes a transição da vida intra-uterina para a vida extra-uterina.

Durante a entrevista, você poderá recorda-se de situações desagradáveis, mas você terá toda a liberdade para não responder as perguntas. Nós pesquisadoras somos obrigadas a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco, desconforto ou dano a sua saúde. Portanto, fica estabelecido que em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de qualquer dúvida. Fica garantida também a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento da pesquisa, e você poderá deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

As informações obtidas nas entrevistas serão analisadas e está garantido que não será divulgado o nome de nenhum dos entrevistados. Se você permitir, a entrevista será gravada; para que não se perca nenhuma informação. Você será depois informado sobre os resultados da pesquisa e não terá despesa pessoal em nenhuma fase deste estudo.

Se você se considera bem esclarecido, assine conosco este Termo de Consentimento, ficando com uma das duas cópias.

Salvador, ____/____/____

Denise Santana da Silva
(Pesquisadora responsável)
Telefone: (71) 8706-8226

Prof^a Dr^a Marinalva Dias Quirino
(Pesquisadora participante)
Telefone: (71) 9148-2697

Entrevistada

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EEUFBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGE
MESTRADO

PROJETO DE PESQUISA: Experiências de enfermeiras na admissão do prematuro extremo na terapia intensiva neonatal

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Parte I: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome: _____ (iniciais)
2. Idade: _____
3. Tempo de formada: _____
4. Cursos realizados após graduação
() Especialização Qual? _____
() Mestrado _____
() Doutorado _____
5. Quais destes cursos te fundamentaram para o exercício da sua prática no cuidar ao prematuro extremo? _____
6. Há quanto tempo você trabalha em Unidade de Terapia Intensivo Neonatal?

PARTE II: QUESTÕES NORTEADORAS

- 1- Como é para você a experiência de admitir um prematuro extremo na UTIN?
- 2- Quais os cuidados prestados na admissão do prematuro extremo?
- 3- Quais os desafios enfrentados por você no momento da admissão?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EEUFBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGE
MESTRADO

PROJETO DE PESQUISA: Experiências de enfermeiras na admissão do prematuro extremo na unidade de terapia intensiva neonatal

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Roteiro de Observação Direta

1. Recursos Físicos (equipamentos, materiais e insumos) envolvidos na admissão do prematuro.
2. Recursos humanos (equipe de enfermagem) que atuam na admissão do prematuro extremo.
3. Cuidados prestados no momento da admissão do prematuro extremo.

ANEXO