



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

FERNANDA COSTA LEITE DIANA

**O ENFERMEIRO COMO MEDIADOR JUNTO À
FAMÍLIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

ARIQUEMES – RO

2012

Fernanda Costa Leite Diana

**O ENFERMEIRO COMO MEDIADOR JUNTO À
FAMÍLIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial a obtenção do Grau de Bacharel.

Prof^a.Orientadora:Ms. Damiana Guedes da Silva.

ARIQUEMES – RO

2012

Fernanda Costa Leite Diana

**O ENFERMEIRO COMO MEDIADOR JUNTO À
FAMÍLIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora: Ms. Damiana Guedes da Silva.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof^a.Esp. Sharon Maclaine Fernandes da Silva.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof^a. Ms. Cristina Adriana Rodrigues Kern.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 14 de Junho de 2012

Dedicatória

Ao meu querido esposo, Bruno, companheiro de todas as horas, apoio nos momentos mais difíceis, você me ajudou a alcançar mais uma vitória. Ao nosso filho Nicollas, presente de Deus, razão do nosso viver, nossa esperança renovada a cada dia. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

A DEUS por ter me dado forças e iluminado meu caminho para que eu pudesse concluir mas uma etapa da minha vida, por ser minha Fortaleza, meu Refúgio, por ter me guiado e conduzido concedendo-me sabedoria, coragem, força, fé em todos os momentos da minha vida.

A Professora Damiana, minha orientadora, exemplo de profissional, pelo ensinamento e dedicação dispensados no auxílio de todas as etapas deste trabalho, com paciência e carinho.

À minha família, por sua capacidade de acreditar. MÃE, por todo o amor e dedicação para comigo, por ter sido a peça fundamental para que eu tenha me tornado a pessoa que hoje sou. Ao meu PAI, que nunca pensou duas vezes ao investir no meu futuro.

Aos meus irmãos Vanusa e Vanderson, pela preocupação e carinho.

Ao meu amado esposo, que me acompanha desde o início desta jornada, me dando força e atenção nos momentos mais diversos desta graduação, e é a ele que devo esta formação.

Ao nosso FILHO, Nicollas. Amor sem limites!

À minha sogra, Marlene, por ser minha segunda mãe e pelo grande incentivo.

Aos meus Avós, por estarem sempre torcendo e orando para que meus objetivos sejam alcançados.

A todos os colegas de turma, que juntos vencemos todos os obstáculos, em especial minhas amigas de todas as horas Dilce, Veri e Agner.

A todos os professores, pela paciência, dedicação e ensinamentos disponibilizados nas aulas. Cada um, de forma especial, contribuiu para a conclusão deste trabalho e, conseqüentemente, para minha formação profissional.

E por fim, todos aqueles que, de uma forma ou outra, deram-me apoio, incentivo, atenção e amizade.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

A prematuridade e o baixo peso ao nascer é um dos grandes problemas de saúde pública. O prematuro tem grande chance de complicações pelo seu incompleto desenvolvimento acarretando aos pais sentimentos de revolta, ansiedade, medo e insegurança. Dessa forma é importante e necessário que a enfermagem ofereça suporte emocional, fortalecendo o vínculo afetivo durante toda permanência do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa no período de outubro de 2011 a maio de 2012, com o objetivo de realizar uma revisão de literatura sobre o enfermeiro como mediador junto à família diante do prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. A coleta e análise das referências ocorreu nas bases de dados online da Biblioteca Virtual em Saúde e em livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente. No percurso metodológico foram encontradas 230 referências e foram utilizadas 63 dentre as quais 53 (84%) em periódicos nacionais, e 2 (3%) em inglês, 4 (6%) livros e 4 (6%) acervo pessoal. Observou-se, nesta revisão, que o Enfermeiro atuante em UTIN precisa agir com sensibilidade, possibilitar o diálogo, ter disponibilidade para escuta com famílias de prematuros, visando proporcionar a formação de laços afetivos, sendo fundamental tanto para recuperação hospitalar como para adequação progressiva da mãe a realidade do nascimento e hospitalização do recém-nascido prematuro.

Palavras-chave: Prematuridade, Família, UTI neonatal, Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

The prematurity and low weight in birth is one of the bigger public health problems. The premature has big chance of complications by its incomplete development leading to the parents the feeling of revolt, anxiety, fear and insecurity. This way it is important and necessary the nursing offers emotional support, strengthening the affective bond during all the permanence of the newborn in NICU (Neonatal Intensive Care Unit). This is a research of a descriptive literature review, exploratory and quantitative in the period from October of 2011 to April of 2012, with the objective of make a literature review about the nurse as a mediator with the family about the premature in the neonatal intensive care unit. The collect and analysis of the references occurred in the online databases of the Virtual Health Library and in books of the Julio Bordignon Library in the Faculty of Education and Environment. In the methodological course there were found 230 references and there were used 63, between them, 53 (84%) in national journals, 2 (3%) in English, 4 (6%) in books and 4 (6%) in personal heap . It was observed in this review, that the nurse acting in NICU needs to behave with sensibility, make the dialogue possible, be available to listen the premature family, aiming to provide the formation of emotional bond, it is fundamental both to the hospital rehabilitation and to the adequacy gradual of the mother with the reality of the birth and hospitalization of the premature newborn.

Keywords: Prematurity, Family, Neonatal Intensive Care Unit, Neonatal nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Apneia da prematuridade
BPN	Baixo Peso ao Nascer
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DBP	Displasia Broncopulmonar
DECs	Descritores
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECN	EnterocoliteNecrosante
PCA	Persistência do Canal Arterial
RN	Recém-nascido
ROP	Retinopatia da Prematuridade
SAR	Síndrome da Angústia Respiratória
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 FISIOPATOLOGIA DO PREMATURO	15
4.2 COMPLICAÇÕES DA PREMATURIDADE.....	18
4.2.1 Complicações Neurológicas	18
4.2.2 Complicação Visual e Auditiva	19
4.2.3 Complicações Respiratórias	21
4.2.4 Complicações Cardiovasculares	22
4.2.5 Complicações Metabólicas	23
4.2.6 Complicações Infeciosas	23
4.3 OS SENTIMENTOS DOS PAIS DIANTE DO PREMATURO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	24
4.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO MEDIADOR JUNTO À FAMÍLIA DIANTE DO PREMATURO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

INTRODUÇÃO

A prematuridade e o Baixo Peso ao Nascer (BPN) constituem importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo. No Brasil, o parto prematuro corresponde a 61,4% das mortes neonatais no país. (VÉRAS; VIEIRA; MORAIS, 2010).

A etiologia do parto prematuro é decorrente de circunstâncias diversas e imprescindíveis, em todos os lugares e classes sociais. Esse prematuro tem grande chance de ter complicações e alto índice de mortalidade por seu incompleto desenvolvimento. (RAMOS; CUMAN, 2009).

Além disso, o nascimento de um prematuro pode ser um fato inesperado e as famílias não estão emocionalmente preparadas para enfrentar esta situação, despertando nos pais, sentimento de revolta, insegurança, tristeza, angústia e medo. (COSTA; SANTOS; BOAS, 2007).

Sendo assim, é importante e necessário que a enfermagem e demais profissionais de saúde, forneçam suporte à família durante toda a permanência do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), mantendo a possibilidade de comunicação aberta, além de prestar especial atenção às necessidades da família. (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Para que haja um trabalho abrangente e eficaz nas UTINs, é preciso que o enfermeiro conheça as necessidades fisiológicas e as necessidades específicas do RN. Dentre essas necessidades, está a construção do vínculo com a família, especialmente a mãe. Nessa direção a forma como será feita a inclusão da família deve ser repensada para que os pais efetivamente façam parte da equipe de cuidados. (CONZ, 2009).

Portanto, o enfermeiro atuante em UTIN requer não só conhecimento e competência, mas principalmente ética, dedicação e disponibilidade afetiva. Isso é possível quando os profissionais são preparados, motivados a entender que, cuidar do RN, envolve vários elementos, dentre eles, a família, para que a formação de laços afetivos se desenvolva (CENTA et al., 2004).

A predisposição da equipe de enfermagem envolvida na valorização da família como foco principal de assistência, propicia um cenário de interação de diferentes

pessoas, conceitos, valores e culturas, a partir de dinâmicas que possibilitam falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar. (MOLINA et al., 2007).

Assim, a família merece atenção especial pelos profissionais desta área, principalmente da equipe de enfermagem, que tem maior oportunidade de contato direto com os pais e família, estimulando a relação de apego entre ambos (SCOCHI et al., 2003).

Ao buscar artigos nesta temática, foram observadas as limitadas publicações de estudos voltadas ao papel do enfermeiro como mediador para formação de laços afetivos entre a família e RN. Sendo assim, esta pesquisa tem como justificativa a necessidade de intervenções hospitalares, direcionadas ao fortalecimento da relação entre mãe/RN e família, com vistas ao estabelecimento do vínculo afetivo, possibilitando a melhora na qualidade de vida do RN e família.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Revisar a literatura sobre o enfermeiro como mediador junto à família diante do prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever a fisiopatologia e complicações da prematuridade;
- ✓ Identificar os sentimentos dos pais diante do prematuro em unidade de terapia neonatal;
- ✓ Apontar o papel do enfermeiro como mediador junto à família diante do prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo, exploratório e quantitativo.

A revisão sistemática da literatura consiste em uma revisão planejada, que responde a uma pergunta específica e utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos diminuindo, portanto, o viés na seleção destes, permitindo sintetizar estudos sobre problemas relevantes de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico. (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

Contribuindo para o apontamento de lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. (MENDES; SILVERIA; GALVÃO, 2008).

Neste estudo utilizou-se a análise descritiva, onde foi calculada a frequência absoluta e relativa dos dados, fundamentada em autores e a questão norteadora elaborada para a seleção dos artigos do estudo foi: Qual o papel do enfermeiro como mediador junto à família em Unidade de Terapia intensiva Neonatal?

O levantamento das publicações foi realizado no mês de Outubro de 2011 a Maio de 2012, deu-se por consulta às bases de dados indexadas, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram: prematuridade, família, UTI neonatal, enfermagem neonatal. Não esgotando as buscas também foram utilizados livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

O delineamento dos referenciais compreendeu entre 2001 e 2011, onde foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra que evidenciam o papel do enfermeiro como mediador junto à família em unidade de terapia intensiva neonatal, publicadas na língua portuguesa, inglesa, em periódicos nacionais e internacionais. Após a leitura dos artigos, foram excluídos os que não guardavam relação com a temática estudada e/ ou que não atendiam aos critérios de inclusão anteriormente descritos.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento para garantir a transcrição dos seguintes itens: bases de dados pesquisadas ou biblioteca, descritores (Decs), quantidade de artigos encontrados, quantidades de artigos utilizados, ano de publicação dos artigos utilizados, idioma e percentual, com o objetivo de garantir o desenvolvimento da revisão com rigor metodológico.

O Quadro 1 mostra o detalhamento metodológico de coleta de dados, onde foram encontradas 230 referências e sendo utilizadas 63 dentre as quais se dividem nas seguintes categorias: 53 (84%) em periódicos nacionais, dois (3%) em inglês, quatro (6%) livros, e 4 (6%) acervo pessoal.

Após o levantamento dos dados, foi realizada a análise descritiva, onde foi calculada a frequência absoluta e relativa dos dados, fundamentada em autores.

BASE DE DADOS PESQUISADA OU BIBLIOTECA	DECS	QUANT. DE ARTIGOS ENCONTRADOS	QUANT. DE ARTIGOS UTILIZADOS	ANO DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS UTILIZADOS	IDIOMA	% (PERCENTUAL)
BVS	Prematuridade and família	39	9	2003-2010	PT* IN*	14%
	Prematuridade	45	9	2009	PT	14%
	UTI neonatal and família	35	16	2005-2011	PT	25%
	UTI neonatal	24	5	2011	PT	8%
	Prematuridade	28	4	2005	PT	6%
	Enfermagem neonatal and família	55	12	2005-2010	PT IN	19%
Biblioteca Júlio Bordignon		4	4	2001-2008	PT	6%
Acervo Pessoal		4	4	2004-2011	PT	6%
TOTAL		230	63			100%

Fonte: Instrumento adaptado de GUEDES-SILVA, 2012. LEGENDA: Português (PT*); Inglês (IN*).

Quadro 1- Caracterização do detalhamento metodológico. Ariquemes, 2012

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 FISIOPATOLOGIA DO PREMATURO

O pré-termo ou prematuro é definido como a condição do recém-nascido (RN) antes do termo, nascido antes de completar 37 semanas de gestação, independentemente do peso ao nascimento. (RICCI, 2008).

O parto pré-termo pode ser classificado de duas formas: espontâneo, por consequência do trabalho de parto prematuro de causa idiopática, caracterizado por contrações uterinas que progridem, com ou sem ruptura das membranas amnióticas; ou quando a ruptura das membranas amnióticas antecede o trabalho de parto; e eletivo, quando ocorre por indicação médica, decorrentes de problemas maternos e/ou fetais. (SALGE et al., 2009).

A prematuridade ainda pode ser distribuída em três categorias: leve (entre 32 e 36 semanas de gestação), moderada (entre 28 e 31 semanas de gestação) e severa (abaixo de 28 semanas de gestação). (SILVA et al., 2009).

A idade gestacional e o peso de nascimento são considerados os principais fatores determinantes de complicações neonatais, e estão diretamente ligados à deficiência na evolução pós-natal, podendo ocorrer prejuízo em seu processo de desenvolvimento e crescimento. (ZOMIGNANI; ZANBELI; ANTONIO, 2009).

A alta taxa de morbidade e letalidade perinatal tem sido um desafio mundial de saúde pública, pois anualmente nascem 20 milhões de RN com baixo peso, sendo a maioria em países em desenvolvimento; um terço morre antes de completar 1 ano de idade. As principais causas de morte são o nascimento prematuro e o retardo do crescimento uterino (SILVA, Laura, SILVA Leila e CHRISTOFFEL, 2009).

“A mortalidade neonatal responde atualmente pela maioria dos óbitos infantis, Estima-se que quatro milhões de recém-nascidos falecem a cada ano, no mundo, até o 27º dia de vida”. (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

O RN prematuro apresenta um alto risco de adoecer e morrer em virtude do seu incompleto desenvolvimento fetal e utilização de procedimentos de alta complexidade e maior suscetibilidade às infecções devido à longa permanência em unidade neonatal. (SILVA; VIEIRA, 2008).

A assistência na fase perinatal é alvo de preocupação, pois estudos revelam a necessidade de melhoria da qualidade na assistência prestada, de maneira integral e humanizada, fatores nos quais contribuem na redução de morbimortalidade

materno-infantil. Sendo importante o planejamento reprodutivo, tanto hospitalar quanto ambulatorial. (TAVARES, 2006).

Conforme o Quadro 2, a etiologia do nascimento prematuro é multifatorial e estudos epidemiológicos têm evidenciado os inúmeros fatores de risco associados, podendo ser desde pré-natais, sociais, maternos e fetais.

MULTIFATORES DE RISCO DA PREMATURIDADE	<p>Afro-norte-americana (o dobro do risco); Extremos etários (maternos: menos de 16 anos e mais de 40 anos de idade); Baixo nível socioeconômico, Baixo grau de escolaridade; Etilismo ou uso de substâncias psicoativas, principalmente cocaína; Nutrição materna inadequada; Doença periodontal materna; Tabagismo ou exposição a tabagismo passivo; Histórico de parto pré-termo pregresso (triplica o risco); Anormalidades uterinas, como fibróides; Baixo peso na gravidez em relação à altura; Diabetes melito ou hipertensão preexistente; Gestação múltipla; Ruptura prematura das membranas amnióticas; Cuidados pré-natais tardios ou ausentes; Colo uterino curto; Doenças sexualmente transmissíveis; Corioamnionite (infecção do líquido amniótico); Poliídramnio (produção excessiva de líquido amniótico); Hipertensão gestacional; Incompetência istmocervical; Intervalo curto entre gestações: menos de 1 ano entre os partos; Problemas placentários, como placenta prévia; Deslocamento prematuro da placenta; Anemia materna, Infecção do trato urinário; Violência doméstica, estresse, agudo e crônico.</p>
---	---

Fonte: NEWTON; MOOS, 2004 adaptado por DIANA; GUEDES-SILVA, 2012.

Quadro 2- Caracterização dos fatores de risco associados à prematuridade

É importante ressaltar que grande parte dos RNs prematuros e de baixo peso provém de família composta por mães, sem cônjuge, que apresentam problemas sociais e de saúde, como: uso de drogas e álcool, desnutrição materna, violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis e carências aos cuidados de saúde. (SCOCHI et al., 2003).

Segundo Maia e Souza (2010), 9,7% dos nascidos vivos de baixo peso ao nascer são de mães solteiras, apresentando uma maior taxa de mortalidade infantil.

Esse resultado indica que a maioria das mães não tem um companheiro para compartilhar suas dificuldades e responsabilidades.

Esta realidade é evidenciada pelas mudanças estruturais que a família vem passando ao longo dos anos, motivada pelas condições sociais, econômicas e culturais, não apresentando na atualidade, em sua maioria, uma composição partenalista. (RAMOS; CUMAN, 2009).

Assim o RN prematuro e de baixo peso ao nascer está sob alto risco social e biológico, podendo ocorrer danos em seu processo de crescimento e desenvolvimento. (SIQUEIRA, 2008).

Todos estes fatores de riscos, isolados ou associados, podem ocasionar o parto prematuro, porém não podem ser descartados quando da avaliação de uma gestante na primeira consulta pré-natal, sendo importante para profilaxia da prematuridade. (PACHI, 2003).

Conforme Maia e Souza (2010), os RNs prematuros e/ou baixo peso ao nascer (BPN), apresentam vários problemas em consequência da imaturidade de seu organismo que não está apto a desempenhar as funções da vida extra-uterina; e suas repercussões, o caracterizam como um grande problema de saúde. Estudos demonstram alguns dos problemas associados ao BPN, podendo ser definido:

- Maior mortalidade infantil;
- Risco elevado de morrer prematuramente de doença cardiovascular, hipertensão e diabetes, na idade adulta;
- Maior morbidade como comprometimento na estatura e déficit nutricional.

A condição do baixo peso ao nascer é um dos principais fatores a determinar a probabilidade de sobreviver do RN. O baixo peso ao nascer é definido como peso inferior a (2.500g). Por ser considerado indicador geral do nível de saúde da população, pode estar altamente associado às condições socioeconômicas de um país. (UCHIMURA; PELISSARI; UCHIMURA, 2008).

É comum o RN prematuro e de baixo peso apresentarem algumas características físicas ao nascer (Quadro 3), justificado pela imaturidade do seu organismo.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DA PREMATURIDADE	Peso inferior a 2,5 Kg; Aspecto franzino; Cabeça desproporcionalmente maior que a circunferência do tórax; Hipotonia; Gordura subcutânea mínima; Testículos não-descidos; Lanugem (pêlos sedosos e macios) abundante, especialmente na face e nas costas; Orelha externa malformada, cartilagem flexível e macia; Pálpebras fundidas; Ossos cranianos moles e esponjosos, e principalmente ao longo das linhas de sutura; Cabelo escasso, com aspecto emaranhado; Ausência de pregas nas regiões palmares ou apenas algumas; Rugas escrotais mínimas nos fetos masculinos; Grandes lábios e clitóris proeminentes nas recém-nascidas; Pele transparente e delgada com veias visíveis; Mamas e mamilos mal delineados; Verniz caseoso abundante.
---	---

Fonte: ENGSTROM, 2004 *apud* RICCI, 2008, p.572 adaptado por DIANA; GUEDES-SILVA, 2012.

Quadro 3- Características físicas do recém-nascido prematuro

4.2 COMPLICAÇÕES DA PREMATURIDADE

Os RNs prematuros apesar de receberem uma assistência intensiva de qualidade no período neonatal, que garanta sua sobrevivência, podem apresentar condições clínicas instáveis e predisposição a sérios riscos de complicações ao longo do seu desenvolvimento, determinados pela imaturidade anátomo-fisiológica. Tendo maior propensão a patologias sistêmicas, as quais serão abordadas a seguir. (ARRUDA; MARCON, 2010).

4.2.1 Complicações Neurológicas

Como o RN prematuro não permaneceu tempo suficiente no útero, todos os sistemas orgânicos podem ser imaturos, aumentando o risco de adaptação à vida extra-uterina. A morbidade está diretamente ligada aos distúrbios respiratórios e às complicações neurológicas e infecciosas. (SALGE et al., 2009).

O BPN peso inferior a 2.500g tem maiores riscos de mortalidade durante o primeiro ano de vida, e os que sobrevivem têm maiores chances de desenvolver transtornos neurocognitivos. (BARROS et al., 2008).

Algumas patologias têm sido mais frequentemente apontadas para os desenvolvimentos neurológicos e cognitivos anormais. Entre elas estão: a

hemorragia intracraniana, anóxia, apneia ou doença da membrana hialina que necessita de ventilação; hiperbilirrubinemia e infecções. A prematuridade pode levar a alterações anatômicas do cérebro, devido à interrupção das etapas de desenvolvimento pré-natal, a qual prejudica a maturação deste órgão, podendo causar déficits funcionais, tornando-os sujeitos a problemas cognitivos e motores que persistem até a vida adulta. (ZOGMINANI; ZABELLI; ANTÔNIO, 2009).

Alguns fatores de riscos predisõem o recém-nascido prematuro a complicações neuromotoras:

- Os biológicos (quanto menor a idade gestacional e o peso ao nascer, maiores serão os riscos);
- Os ambientais (deficiências nas condições socioeconômicas e culturais, uso de drogas na gestação, baixa renda, pré-natal inadequado, gravidez na adolescência entre outros). (ARRUDA; MARCON, 2010).

Estudos têm constatado que o RN com nascimento prematuro pode apresentar, na infância ou adolescência, alterações cerebrais, como déficits relacionados ao quociente de inteligência; desenvolvimento psicomotor, aprendizado, linguagem, habilidades e coordenação viso-motora, memória, incapacidade para cálculos, função cognitiva global, planejamento, pensamento racional e associativo, atenção. (ZOGMINANI; ZABELLI; ANTONIO, 2009).

4.2.2 Complicação Visual e Auditiva

Além das complicações neuromotoras, podem apresentar problemas visuais decorrentes da retinopatia da prematuridade, déficit na acuidade auditiva, tendo risco de 6 a 12 vezes maior de apresentar perda auditiva que os neonatos a termo. (ARRUDA; MARCON, 2010).

A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma patologia vasoproliferativa retiniana de causa multifatorial, sendo os principais fatores de risco, a prematuridade e o baixo peso ao nascer. No Brasil, estima-se que por volta de 1.500 RN prematuros de muito baixo peso estejam em risco de desenvolver a ROP de forma severa e que possa ocorrer mais de 500 novos casos de cegueira pela ROP a cada ano. (FILHO et al., 2009).

Entre outros fatores de riscos para o surgimento da ROP, está a flutuação nos níveis de oxigênio nas primeiras semanas de vida, ventilação mecânica, ser pequeno para idade gestacional, presença de hemorragia intraventricular, transfusões sanguíneas, septicemia, infecções congênitas, persistência de canal arterial, boletim de apgar menor que 7 no 5º minuto. (TOMÉ et al., 2011).

O RN prematuro apresenta uma retina imatura, parcialmente avascular, sendo a sua vascularização condicionada pela hipóxia local. Com o aumento da pressão arterial de oxigênio, após o nascimento, ocasiona-se uma restrição do vaso da retina, que no prematuro, ainda não está completamente formado, levando a hipóxia da camada interna da retina, o que induz a síntese de proteína denominada fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF), sendo responsável pelo crescimento de novos vasos sanguíneos. (LORENA; BRITO, 2009).

A fisiopatologia da ROP esta relacionada ao fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF) e a fatores não regulados pelo oxigênio (fator de crescimento insulina (like-IGF1), que quando em níveis baixos, inibem a vascularização retiniana, e quando em excesso, estimulam a neovascularização da retina. (GRAZIANO; LEONE, 2005).

A prevenção da ROP se dá pelo controle dos níveis de oxigênio para o prematuro, medidas para profilaxia do parto prematuro e a indução pré-natal para maturidade do pulmão, através de corticoterapia. (FILHO et al., 2009).

A prematuridade é considerada também uma condição de risco para deficiência auditiva; alguns fatores de riscos podem estar associados, tais como: Baixo peso ao nascer, inferior a 1.500g; índices de apgar menores que 4 no 1º minuto e menores que 7 no 5º minuto; ventilação mecânica, período maior que cinco dias; permanência prolongada em incubadoras; uso de medicação ototóxica; hiperbilirrubinemia. (OLIVEIRA, 2005).

A perda substancial de visão ou audição acarreta à pessoa uma privação de sentidos, que podem causar dificuldades para alcançar as metas essenciais de sua vida. (ARÁOZ; COSTA, 2008).

A prevalência da deficiência auditiva, congênita ou adquirida, no período neonatal em RN de alto risco, tem sido descrita como sendo de 1 a 3 casos em 50 nascidos vivos. (OLIVEIRA, 2005).

4.2.3 Complicações Respiratórias

As alterações fisiológicas que ocorrem no sistema cardiocirculatório após o nascimento, fazem com que o prematuro seja precocemente exposto a fatores prejudiciais aos seus pulmões, estruturalmente imaturos, pois o ambiente extra-uterino desencadeia a respiração ativa, ou seja, a queda abrupta da resistência vascular pulmonar e o aumento da perfusão sanguínea para estes órgãos, além da exposição de concentrações de oxigênio, consideravelmente maiores em relação à vida intra-uterina. (FRIEDRICH; CORSO; JONES, 2005).

O RN prematuro carece de uma proteína denominada surfactante, essa carência dificulta a oxigenação, sendo necessária a dependência de ventilação mecânica. (MONTE et al., 2005).

Conforme Monte et al. (2005), a Displasia Broncopulmonar (DBP) é uma doença pulmonar crônica, acomete em geral recém-nascidos prematuros submetidos à oxigenoterapia e ventilação mecânica nos primeiros dias de vida. É umas das principais causas de doença respiratória crônica na infância, com altos índices de mortalidade. A prevalência da DBP é inversamente proporcional à idade gestacional de nascimento. As alterações funcionais dos pulmões podem ocorrer em graus variados e consistem em:

- Aumento da resistência das vias aéreas e limitação do fluxo aéreo, levando a hiper-responsabilidade brônquica;
- Aumento do trabalho respiratório;
- Diminuição da complacência pulmonar pela fibrose, hiperrinsuflação e atelectasias;
- Aumento do volume residual e diminuição da capacidade residual funcional.

Segundo Arruda e Marcon (2010), a Displasia Brocopulmonar (DBP) é uma das patologias que atinge mais os prematuros durante o tempo de internação. Esta doença é crônica e interfere diretamente no desenvolvimento e crescimento dessa criança.

Outra complicação respiratória frequente da prematuridade é a Síndrome da Angústia Respiratória (SAR) ou doença da membrana hialina, caracterizada por restrições ventilatórias em virtude da atelectasias alveolares, consequentes à deficiência de surfactante. (PACHI, 2003).

Ocorre principalmente em pulmões imaturos, a incidência da SAR é de 60% em RN nascidos antes de completar 28 semanas de gestação. A terapia se dá pela reposição de surfactante e oxigênio. (ROBBINS; COTRAN, 2006).

O RN prematuro é mais propenso a desenvolver Apneia da Prematuridade (AP), e os episódios aumentam com o decréscimo da idade gestacional. A apneia é definida como sendo uma pausa da respiração por 20 segundos ou mais, ou uma pausa inferior a 20 segundos, com sinais de bradicardia (diminuição da frequência cardíaca em 20%) e queda da saturação de oxigênio (menos que 85%, por mais de 5 segundos). Estima-se que 50% de RN prematuro, com peso inferior a 1.500g, internados em UTIN, desenvolverão apneia. (CAMARGO et al., 2009).

4.2.4 Complicações Cardiovasculares

O prematuro está sujeito a lesões cerebrais isquêmicas causadas por fluxo sanguíneo que, tanto pode ser diminuído como aumentado, decorrentes da asfixia neonatal. A lesão, mas frequente na prematuridade é a Hemorragia Periventricular, podendo evoluir para sangramento no sistema ventricular adjacente ou para substância branca periventricular. São mais frequentes em prematuro com idade gestacional inferior a 28 semanas. (SILVEIRA; PROACINOY, 2005; ARRUDA; MARCON, 2010).

O cérebro do RN prematuro possui uma zona de bordo vascular na matriz germinativa que é uma área muito vulnerável à lesão quando há queda de pressão de perfusão cerebral. (SILVEIRA; PROACINOY, 2005).

Outras complicações cardiovasculares incluem asfixia perinatal, anomalias congênitas associadas à manutenção fetal, persistência do canal arterial (PCA), comprometimento da regulação da pressão arterial, podendo provocar hemorragias intracranianas. (RICCI, 2008).

A PCA ocasiona um aumento do fluxo sanguíneo pulmonar e edema intersticiais podendo resultar numa estratégia ventilatória agressiva e prolongada, aumentando assim, o risco de aparecimento da DBP. (Monte et al., 2005).

As principais patologias hemorrágicas decorrentes da prematuridade, mais referidas na literatura, são a paralisia cerebral, convulsões e hidrocefalia. (ARRUDA; MARCON, 2010).

4.2.5 Complicações Metabólicas

Entre outras complicações que pode advir da prematuridade estão as complicações metabólicas, como hipoglicemia, hipocalcemia, incapacidade para manter a instabilidade térmica (hipertermia e hipotermia). (SILVA; VIEIRA, 2008).

É preciso atentar-se para manter o balanço hidroeletrólítico e ácido básico nos RN prematuro, pois podem apresentar, após o nascimento, hiperpotassemia não oligúrica nas primeiras 72 horas de vida, por inadequado funcionamento da bomba de sódio potássio celular. (SILVEIRA; PROACINOY, 2005).

4.2.6 Complicações Infeciosas

As infecções são complicações encontradas como sendo responsáveis por um índice elevado de mortalidade e morbidades neonatais. Os prematuros são especialmente vulneráveis a bactérias nocivas, pois seu sistema imunológico ainda não está maduro, sendo suscetíveis às infecções. (SILVA; VIEIRA, 2008).

Uma das infecções mais frequentes que acomete o RN prematuro é a Septicemia, uma infecção generalizada provocada por multifatores; apresenta tratamento difícil pela condição de fragilidade do RN. Esta infecção traz inúmeras sequelas neurológicas decorrente da encefalite, inflamação do cérebro pela própria infecção; e/ou dificuldades visuais por deslocamento da retina devido ao uso de oxigênio; e a surdez, que pode ser causada pelo tratamento constante de antibióticos, necessário para combater a infecção. (ARAÓS; COSTA, 2008).

A Enterocolite Necrosante (ECN) é uma patologia que ocorre em prematuros, sendo a incidência inversamente proporcional à idade gestacional. Na maioria dos RN prematuros os sintomas aparecem de 10 a 15 dias após o nascimento. Apresenta quadro clínico de isquemia intestinal, colonização de bactérias no intestino e instituição de alimentação artificial oral, as quais agravam a lesão da mucosa intestinal imatura. (ROBBINS; COTRAN, 2006).

Por não possuir todas as suas funções fisiológicas maduras como o RN a termo, o RN prematuro inspira muitos cuidados, podendo apresentar uma desordem fisiológica com grande facilidade. A partir disso, o RN internado em UTIN sofre com estímulos mecânicos de toda a aparelhagem e cuidados a que é submetido, acarretando assim, grande estresse. Em consequência disso, aumenta o consumo

calórico, tem um ganho de peso lento, maiores episódios de apneia, palidez, aumento da pressão arterial, vômitos, mais episódios de evacuações, tremores e diminuição do contato visual. Todos estes fatores aumentam o tempo de internação, os riscos de complicações e, obviamente, a chance de infecção. (FERREIRA; VIERA, 2003).

Diante disso, inúmeros autores citam a importância do profissional de enfermagem no cuidado e na aproximação dos pais com o RN durante a hospitalização; não só para amenização do estresse, mas para melhora das condições de saúde e desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros. (NEVES; ORLANDI; SEKINE, 2006).

4.3 OS SENTIMENTOS DOS PAIS DIANTE DO PREMATURO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Segundo Araújo e Rodrigues (2010), o nascimento de um RN prematuro é uma situação de crise para toda a família. Devido ao risco de morte é comum os pais desenvolverem uma série de sentimentos de culpa por se sentirem responsáveis pelo sofrimento, ansiedade, confusão e preocupação. Porém, a maioria das mães pode desencadear sentimento de medo, insegurança quanto à vida do RN e rejeição por aquele pequenino tão diferente do idealizado.

Após o nascimento, a assistência convencional preconiza a hospitalização desses recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que acabam por permanecerem em incubadoras por tempo prolongado, ficando separados de suas mães. Esta situação gera um menor apego e, pouca ou nenhuma relação de vínculo afetivo entre pais/RN. (VÉRAS; VEIRA; MORAIS, 2010).

O recém-nascido prematuro passa por diversos procedimentos dolorosos na UTIN, como aspiração, entubação, cateterismo, punção, dentre outros, que permeiam todo o tratamento durante a sua hospitalização. Nesse momento, os pais vivenciam um processo de dor e conflitos, pois durante toda a gravidez o imaginavam saudável. A chegada deste RN doente, com alguma deformidade, defeito congênito ou prematuro ocasiona a desfeita desse sonho. (OLIVEIRA et al., 2005).

Os pais acabam vivendo uma reação de luto pelo RN perfeito que não tiveram, e precisam de apoio para que possam aceitar a realidade de ter um RN prematuro. (PINHEIRO et al., 2008).

Normalmente, os pais imaginam o rosto, a cor dos olhos e a cor dos cabelos do RN, quando estas características físicas não respondem às expectativas dos pais, pode-se perceber o sentimento de decepção (MENDES; GALDEANO, 2006).

Diante da prematuridade, os pais vivem o pavor e sofrem com o risco de morte iminente, pois o veem como frágeis e pequenos e, ainda lamentam pelas sequelas que pode vir a apresentar. (MOREIRA et al., 2009).

Conforme Gaiva e Scochi (2005), a UTIN é um ambiente estranho e assustador para os pais, além de que o RN real é diferente do imaginado e os sentimentos ocasionados pelos problemas do RN atuam como fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e RN. Neste sentido, o acolhimento aos pais, desempenha papel fundamental para que as experiências emocionais que venham a ocorrer nesse período sejam melhores aceitas e os sofrimentos dos pais sejam minimizados.

Para sentir empatia e desejo de cuidar, é preciso que o profissional de enfermagem compreenda a experiência de ter um RN internado em UTIN. Para os pais, o RN é objeto de sonhos e esperança e é esperado com muito carinho e amor. Assim, quando nasce com algum problema e necessita ser internado, os seus pais sofrem, podendo resultar em transtornos familiares. (CENTA et al., 2004).

Quanto a reação das mães, em especial, causa-lhe reação de choque, tanto pelo nascimento inesperado e, mais frequentemente, pelo aspecto frágil de um bebê diferente da imagem daquela que foi construída durante a gravidez. (SOUZA et al., 2009 p. 732).

Além disso, quando ocorre a separação entre mãe e o RN, o seu equilíbrio emocional é abalado, gerando sentimentos de revolta, angústia, tristeza, depressão, fracasso e de incapacidade para cuidá-lo. A mãe pode até mesmo apresentar dificuldade em acreditar que ele é real. Esses sentimentos vão comprometer a aproximação, fragilizando a relação de apego. (FERREIRA; VIERA 2003).

Segundo Mendes e Galdeano (2006), alguns fatores de risco, para o vínculo entre mãe/RN é identificado com maior frequência por enfermeiras em sua prática clínica, destacando-se:

- A falta de preparo emocional para lidar com o prematuro (78,8%);

- Ansiedade (75,8%);
- Eventos estressores associados ao novo RN (63,7%);
- Incapacidade dos pais de satisfazer as necessidades do RN (36,4%);
- Decepção quanto às características do RN (12,1%).

Todos os sentimentos referidos anteriormente vão se tornando menos árduos a partir do momento que a família vai interagindo com a equipe de enfermagem e começa a fazer planos para o futuro do RN. Esses fatores de risco devem ser identificados para o planejamento de ações efetivas, para o fortalecimento deste vínculo. (COSTA et al., 2009).

A UTIN é um ambiente tecnológico onde os avanços e a intervenção profissional, nos mais elevados graus de complexidade, se voltam principalmente para a recuperação do prematuro. Frequentemente, o foco principal de atenção, que deveria ser o RN e sua família com todas as suas potencialidades, é desviado para a maquinaria ao seu redor e sua condição ou doença. (SILVA Laura; SILVA Leila; CHRISTOFFEL, 2009).

A internação do RN desestrutura toda a família, principalmente quando é transferido para a UTIN. Nessa nova etapa, os pais deixam seus afazeres domésticos, alteram sua rotina profissional e adiam seus planos e compromissos para ficarem ao lado de seu RN. (MOLINA et al., 2009).

A hospitalização do RN na UTIN exige, da mulher, o afastamento do convívio familiar e a submissão de uma rotina hospitalar estressante com a constatação diária de procedimentos dolorosos e invasivos, desencadeando sentimento de incerteza quanto à sobrevivência do RN. (SOUZA et al., 2009).

A longa permanência de hospitalização, as rotinas impostas pela instituição hospitalar e as condições clínicas da mãe e do próprio RN prematuro é outro aspecto que compromete a formação de laços afetivos entre pais/RN. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006).

Nesse momento traumático, faz-se necessário o apoio da equipe de enfermagem aos pais, principalmente à mãe, no reconhecimento real da situação do RN prematuro, como um ser que necessita dela para seu desenvolvimento. (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

A formação do vínculo afetivo e o contato precoce trazem inúmeros benefícios, tanto para o RN quanto para a mãe, pois facilita a amamentação, estimula a produção de leite materno, fortalecem sentimentos de amor e carinho; o

RN fica, mas calmo, melhora a qualidade do desenvolvimento, permitindo-lhe um controle térmico adequado, favorece-lhe a apropriada estimulação sensorial, diminui os riscos de infecção hospitalar, bem como seu estresse e dor. Todos esses aspectos propiciam um melhor relacionamento da família com a equipe de enfermagem. (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Durante a internação em UTIN a enfermagem tem que ter competência para avaliar a intensidade do problema que os familiares enfrentam neste processo e, como esse problema interfere no cotidiano deles, para poder planejar e programar ações eficientes e resolutivas, a fim de que esse ambiente torne-se mais harmônico e saudável possível. (CENTA et al., 2004).

4.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO MEDIADOR JUNTO À FAMÍLIA DIANTE DO PREMATURO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Com o decorrer dos anos, os avanços tecnológicos obtidos, melhoraram a assistência ao recém-nascido de risco, em especial o prematuro. Como resultado desta inovação, mais recém-nascidos de baixo peso e prematuros estão sobrevivendo. Esses recém-nascidos sofrem, tanto pelos procedimentos dolorosos que são submetidos em UTIN, como pela separação de suas mães. (COSTA; PADILHA, 2011).

No entanto, a sobrevivência não significa necessariamente qualidade de vida para esses pequenos pacientes, pois muitos que sobrevivem apresentam sequelas. Assim, a crescente implementação de estratégias tecnológicas e a atualização de recursos profissionais para uma atenção mais humanizada, vem contribuindo para a promoção do crescimento e desenvolvimento adequados desses prematuros. (SIQUEIRA, 2008).

Vivenciar a maternidade, tendo seu RN em UTIN, é um momento difícil para essa mãe e família; e traz sentimentos de insegurança e expectativas que precisam ser compartilhados com outras pessoas ou profissional. Desta maneira, a equipe de enfermagem que tem contato direto com a família, deve encontrar estratégias capazes de ajudar a vivenciar o momento presente, superar as dificuldades e dar suporte, possibilitando uma atenção adequada durante a hospitalização e, contribuindo nos cuidados ao RN até sua alta. (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

É preciso reconhecer as reações da família frente à prematuridade e estar atento a todas as suas necessidades. Essa atenção facilitará a compreensão e o relacionamento entre a equipe, RN e família. (PEREIRA; CARDOSO, 2005).

Na enfermagem neonatológica, é necessário que o enfermeiro envolva as interações profissional/recém-nascido, profissional/família e profissional/RN e família; podendo ser facilitadores na interação da família com o RN, possibilitando o vínculo afetivo e o desenvolvimento de seu novo papel. (PINHEIRO et al., 2008).

A equipe de enfermagem nas unidades intensivas neonatais deve facilitar as oportunidades de contato precoce entre pais e RNs prematuros, visando estabelecer vínculos afetivos e melhoria à condição de vida do prematuro. (SCOCHI et al., 2003).

Segundo Ferreira e Viera (2003), a principal fonte de ligação é o laço afetivo entre pais e RN. Esta relação de apego, o influenciará por toda a sua vida. Nos casos onde esta interação é interrompida, devido às complicações de saúde do RN, a troca de idéias, o apoio e o conforto emocional, devem ser favorecidos, a fim de ajudar os pais vincularem-se ao RN.

A assistência de enfermagem realizada com amor, calor e proteção, são primordiais para recuperação do RN, bem como o contato, ajudam a aliviar o estresse e promove o apego. Os enfermeiros desempenham papel indispensável para implementar essa prática, uma vez que estes profissionais devem envolver a família para esse olhar do cuidar. (OLIVEIRA et al., 2009).

Dessa forma, é essencial promover um ambiente acolhedor e receptivo, para diminuir ao máximo a separação e fortalecer os laços afetivos. Sabe-se que a manutenção da relação mãe-RN tem sido considerada fundamental, pois a sua presença proporciona segurança, equilíbrio emocional e recuperação durante o período de internação. Entretanto, a receptividade e a comunicação entre profissionais, demasiadas vezes, não acontecem de forma esperada, e o emocional da mãe nem sempre é considerado. (OLIVEIRA et al., 2005).

É necessário o estabelecimento de formas de comunicação e interação com os familiares dos RNs internados em UTIN, permitindo a participação dos pais na assistência, orientando e incentivando-os ao contato pele a pele com o RN. (CONZ; MERIGLI; JESUS, 2009).

Além de manter comunicação com os familiares, é de suma importância estar atento à comunicação verbal e não-verbal emitida pelo RN e pelos próprios

profissionais durante o desenvolvimento do cuidado. O RN recebe influência do meio ambiente, como gestos, sons e movimentos, sendo estímulos fundamentais para prover seu bom desempenho afetivo, cognitivo, psicológico e social. (ROLIM; CARDOSO, 2006).

Conforme mostra a Figura 1, a comunicação permanente e a conservação das relações interpessoais é um componente-chave dos profissionais de enfermagem para garantir apoio à família e torná-la parceira nos cuidados dispensados ao recém-nascido. Para estabelecer a comunicação, é necessário que o profissional de enfermagem tenha motivação, queira promover vínculo afetivo entre pais e RN. (PINHEIRO et al., 2008).

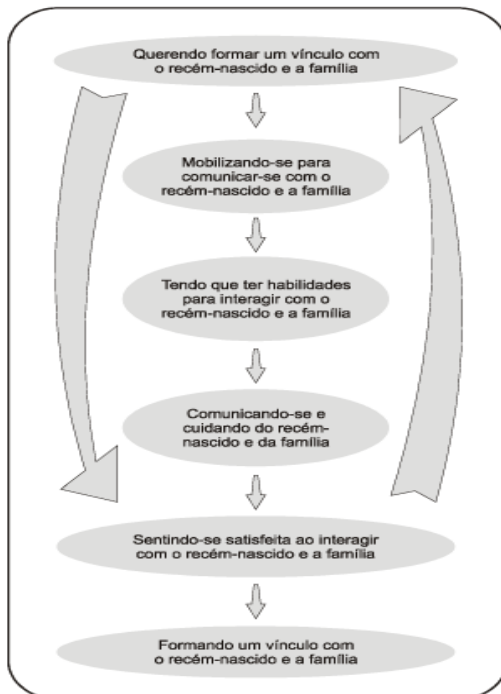


Figura 1: Modelo teórico: Sendo mediada pela força da motivação

Fonte: PINHEIRO et al, 2008

O apoio profissional, por meio de conversas, transmite aos pais, sentimentos de tranquilidade pela segurança e palavras de apoio que são oferecidas. O diálogo, parte do processo de comunicação, é fundamental nas relações de enfermagem-mãe – RN, exercendo influência direta no cuidado. (FRAGA et al., 2009).

Ao receber a família na UTIN é essencial proporcionar condições mínimas de conforto, tentando responder às preocupações dos pais, oferecendo explicações simples sobre o estado de saúde, tratamento e equipamentos usados no RN, procurando dar ênfase ao recém-nascido em vez do equipamento ou doença. (GAIVA; SCOCHI, 2005).

É importante também atuar no foco da integralidade, compreendendo que os pais do prematuro possuem necessidades que vai além dos limites biológicos, sociais e psicológicos, ganhando contornos espirituais e sentimentais; pois o apego religioso passa a ser o suporte para a aceitação desse momento. (VÉRAS; VIEIRA; MORAIS, 2010).

O cuidado ao RN em UTIN é atividade de responsabilidade do enfermeiro, mas no cotidiano do trabalho, este profissional apresenta-se distante do contato direto ao RN e sua família e centra-se nas atividades gerenciais. Outros fatores que interferem no cuidado direto com a família e RN é o inadequado número de funcionários/recém-nascidos, deficiência de materiais, a sobrecarga de trabalho administrativo, a presença de estímulo sonoro na unidade, a dificuldade de trabalho em equipe e a falta de cursos para aperfeiçoar o cuidado. (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011).

Muitas vezes, a escassez de funcionários e a grande demanda de pacientes, fazem com que os profissionais de enfermagem se distanciem da família, resolvendo apenas as questões imediatas. A equipe de saúde, sempre tão preocupada em atender às necessidades intensivas do RN, não percebe a mãe, como sua principal aliada neste cuidado. Interagir com a família de forma prestativa é uma estratégia positiva e o enfermeiro pode utilizá-la no planejamento de suas ações. (COSTA; SANTOS; BOAS, 2007).

Considerando que os pais são os principais aliados no cuidado do RN prematuro, é necessário que a enfermagem siga algumas condutas específicas. São elas:

- No primeiro contato com a família é importante que o profissional apresente-se falando seu nome e função exercida, com tal atitude transmitirá segurança e simpatia e também os deixará à vontade para quaisquer dúvidas que tenham em relação à saúde de seu RN;
- É necessário que haja informações entre profissionais e pacientes no tocante às regras e rotinas hospitalares, o direito de visitas, os tipos de aparelhos e para que servem e, principalmente, a importância da presença dos pais, pois nesse momento estão muito ansiosos, e a falta de informação, pode prejudicar na interação, não só com o RN, mas também com a equipe de enfermagem;

- Favorecer um ambiente acolhedor para que os pais possam adaptar-se à realidade, deixando-os mais à vontade para interagir com seu RN, sempre que possível; reduzindo o excesso de luz e som da unidade, além de propiciar-lhes conforto e privacidade, oferecendo-lhes uma cadeira para sentarem-se junto ao seu filho e, evitar restrições à sua entrada e permanência na unidade;
- Incentivá-los ao cuidado, tais como alimentação, higiene, verificação de temperatura, troca de fralda, pesagem, colo, toque, método “canguru” e outros;
- Ser paciente, compreensivo, ouvir suas queixas e sugestões, transmitir-lhes segurança e confiança, sendo fundamental para que se estabeleça a relação entre pais e demais membros da equipe de saúde; e também são formas de garantir a comunicação, evitando a limitação pela qual costumam passar quando tem o RN internado em uma unidade neonatal. (BRASIL, 2002 p.105).

Autores afirmam que dentro da UTIN deve haver um vínculo maior da equipe de enfermagem com os pais e com o recém-nascido, pois o contato físico e o calor humano são muito importantes para seu desenvolvimento. (KAMADA; ROCHA, 2006).

Não se pode direcionar o conhecimento apenas ao funcionamento dos equipamentos, pois o conhecimento mais amplo está em ações que possibilitem um convívio cada vez mais humano, promovendo o trabalho em equipe, com habilidade, dedicação profissional e competência técnica. (ROLIM; CARDOSO, 2006).

Muitas tentativas de interação entre mãe/RN podem ser incentivadas constantemente pela equipe, como comportamentos que chamem a atenção do RN; entre eles, chamá-lo, vocalizar, propor brincadeiras, sorrir, acariciá-lo, mostrar-lhe objetos e posicionar o rosto diante do seu rosto. (OLIVEIRA et al., 2009).

Uma das estratégias que visa à formação de vínculo afetivo materno é o incentivo a manutenção da lactação. O leite materno é considerado o alimento mais adequado aos recém-nascidos, sejam eles de termo ou prematuro. No caso de mães, cujos RNs não podem ser amamentados, orienta-se a retirada do leite através da ordenha. O procedimento da ordenha à mama está indicado em múltiplas situações, quando o RN é prematuro, doente ou impossibilitado de mamar. (AZEVEDO; MENDES, 2008).

Quando o RN é prematuro é visível o grau de imaturidade do reflexo de sucção, tem dificuldade de abocanhar o mamilo, não tem força para extrair o leite, não tem coordenação motora. Diante disso, os pais desconhecem essa imaturidade e esta situação pode interferir na relação de apego. (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Devida à imaturidade, a prática do aleitamento materno torna-se menos frequente que em RN a termo. Essas limitações não são obstáculos definitivos, já que o incentivo deve começar por parte dos profissionais, através de orientações sobre os benefícios do aleitamento e a necessidade de estímulo para que se concretize. A amamentação envolve interação, vínculo afetivo, reduz os casos de infecção, interfere na alimentação, no estado fisiológico e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional. (DEMARI et al., 2011).

Outras táticas facilitadoras de entrosamento mãe/RN é a liberdade para ir e vir no ambiente da UTIN, que diz respeito à satisfação dos pais frente à flexibilidade dos horários, terem a possibilidade de ficar junto do RN em tempo integral. Estes são princípios que facilitam o apego, pois ambos expressam sentimentos de acolhimento, sensações de inclusão, segurança e confiança no cotidiano assistencial. (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

De acordo com Pedron (2007), para maior satisfação, tanto do profissional enfermeiro como da família, é preciso elencar alguns pontos a serem considerados para o melhor atendimento no processo de hospitalização em UTIN:

- A interação do RN com sua família para promover laços afetivos;
- A prática de mãe canguru, que é muito citada nas literaturas que enfatizam a importância do contato direto entre pais/RN;
- A disponibilidade de recursos tecnológicos associados ao cuidado qualificado, dando ênfase aos aspectos emocionais, culturais e fisiológicos;
- Assistência aos pais provida pela equipe multiprofissional;
- Controle ambiental quanto à luminosidade e ruídos;
- Aprimoramento de prática em relação ao RN e sua família;
- Promoção do apego e interação com o RN e sua mãe e promoção de práticas que reduzam o nível de estresse e de dor.

É importante ressaltar que o cuidado não deve se restringir ao momento de hospitalização ou ao preparo da alta, mas sim ampliar este cuidado para o extra-hospitalar. A preparação dos pais/família é de vital importância no desenvolvimento do RN, pois as informações e orientações oferecidas, em relação ao cuidado, transmitem segurança e adaptação da família ao RN. (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Algumas UTINs têm buscado atender às necessidades emocionais dos pais de prematuros na valorização do processo de cuidar, adotando uma assistência neonatal de qualidade, onde o cuidado não deve estar apenas no RN prematuro, mas também centrado na família. Trabalhar nesse novo enfoque não é fácil, visto que, implica a necessidade de saber lidar repentinamente com emoções fortes. (SOUZA et al., 2009).

A presença dos pais em UTIN é vista muitas vezes como um problema, ou seja, é uma pessoa a mais para dedicar atenção, é necessário tempo para orientá-los e compreender seus sentimentos. Esta situação pode ser entendida como resistência em relação à presença da família. A equipe precisa adaptar-se a esta nova situação, pois a presença dos pais, por outro lado, é considerada positiva e é garantida por lei, mas esta ainda não é uma realidade na maioria das instituições, principalmente nas UTIs, onde muitos profissionais desconhecem ou desrespeitam este direito. (COSTA; PADILHA, 2011).

“A introdução da família no contexto da UTIN é assegurada desde a década de 90, garantidas no artigo 12 do Estatuto da criança e do adolescente (ECA) pela Lei nº 8069, apoiadas pelo Ministério da Saúde”. (MOLINA et al., 2009).

Para enfrentar a resistência em relação à presença da família, o profissional enfermeiro deve procurar conhecê-las, compreender as reações e sentimentos, hábitos, costumes e valores, pois as famílias agem e reagem influenciadas pela herança cultural. Neste processo é necessária a comunicação e, a partir dela, é determinada a tomada de decisões, da postura e atitudes relacionadas ao cuidado integral ofertado. (CENTA et al., 2004).

A presença dos pais não devem ser somente permitidas ou liberadas, mas deve ser valorizada pela equipe, como importante para a continuidade da vida do RN após a alta. Aproveitando esta oportunidade para sensibilizar os pais sobre sua importância para seu RN, deve-se ainda estimular o cuidado, a fim de que os pais desenvolvam, possivelmente, sentimentos de segurança e confiança para cuidar deste ser tão pequeno. (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

Para promover a assistência de qualidade em UTIN é importante o conhecimento e responsabilidade, competência, integração de informações, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades para propiciar uma condição de homeostasia, tanto no atendimento biológico como no psicológico. É essencial o conhecimento técnico - científico para prestar um cuidado adequado, buscar uma relação harmônica entre o RN e a família para que juntos possam estimular e serem estimulados na busca do bem-estar. (ROLIM; CARDOSO, 2006).

A permanência dos pais de forma integral nas instituições hospitalares, sua participação no cuidado e a interação entre o recém-nascido, pais e profissionais têm desencadeado novas formas de assistência ao RN hospitalizado. Sendo assim, tornar-se indispensável o olhar direto na família como objeto facilitador do cuidado e importante para recuperação do RN, essas são atitudes que devem ser tomadas por profissionais atuantes dessa área. (MOLINA et al., 2007).

A presença da família na UTIN promove e mantém a inter-relação com o RN, ameniza os efeitos decorrentes da separação, facilita na assistência integral ao RN, melhora sua adaptação ao hospital, facilita a aceitação ao tratamento, promove positiva resposta terapêutica, diminui os fatores estressantes dos procedimentos e da hospitalização., Ademais, a liberação da permanência dos pais é uma estratégia que proporciona a redução do estresse emocional, tanto do RN, como da família, e contribui para reduzir o tempo de internação. (MOLINA et al., 2009).

A preparação para prestar uma assistência mais humanizada torna-se peça fundamental no atendimento a esses pais para o alcance de objetivos comuns, os quais são: a recuperação do RN, a aproximação de formação de vínculo e a confiança no profissional (CONZ; MERIGLI; JESUS, 2009).

O objetivo de reconhecer os pais como sujeitos e participantes do cuidado, no entanto, ainda encontra obstáculos relacionados à condição estrutural e à compreensão dos profissionais que atuam na área. (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

A participação da família no serviço hospitalar propicia oportunidades para educação em saúde e informação das mães, dos pais e família, sobre o cuidado do RN especial; fato que possibilita um aumento da autoestima da mãe, pois sente-se mais confiante em relação ao cuidado de seu filho, favorece os laços afetivos e incentiva o aleitamento materno. Estas modalidades de assistência oportunizam o aprendizado formativo da equipe multiprofissional. (NEVES et al., 2006).

O enfermeiro, que atua em UTIN, tem a necessidade de aprofundamento do conhecimento específico para lidar em unidade de terapia intensiva. É necessário capacitação na interação com os pais, bem como conhecer a família como um todo, pois o cuidado com o RN prematuro envolve a família, principalmente a mãe, como objeto do cuidado. (KAMADA; ROCHA, 2006).

É fundamental o reconhecimento da importância da educação continuada no contexto da UTIN, como forma de repensar conceitos, valores e práticas voltadas à atenção ao RN e sua família. (COSTA; MONTICELLI, 2006).

Lidar com as contradições existentes entre a supervalorização da máquina, da doença e a experiência humana, é um grande desafio a ser enfrentado hoje pelos profissionais que atuam em UTIN. Para oferecer um cuidado eficaz e compatível com as necessidades do RN e da família, é indispensável que às características e particularidades tenham sensibilidade e empatia, sintam-se capazes e motivados para a realização de um trabalho difícil no cotidiano da prática. (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

A necessidade de superar esses obstáculos tem direcionado para a valorização da inclusão dos pais na assistência e, para um cuidado que, além de abranger a cura do corpo biológico, compreenda também os aspectos psicossociais e a qualidade de vida do RN. (DUARTE; SENA; TAVARES, 2010).

Contudo, para que se tenha uma assistência de enfermagem de qualidade, é necessário que sejam contados como aliados no contexto da UTIN, a mãe e a família, para desenvolver ligação afetiva e interação dos pais com o RN. Garantir um espaço de escuta para esta família, buscando reduzir o impacto da internação. (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

Portanto, a atuação da equipe de enfermagem é de extrema importância, por meio do cuidado humanizado, atento e acolhedor, esclarecendo aos pais as possíveis dúvidas e dificuldades encontradas; promovendo educação no decorrer da vivência dos pais em UTIN, visando o estabelecimento do vínculo afetivo que será imprescindível para toda a vida familiar. (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Além do profissional enfermeiro como mediador, outros profissionais, como psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais e outros ramos científicos, cujos profissionais também acompanham diretamente o RN e família, fazem parte deste cuidado, pois tais preocupações não podem ficar no plano individual, mas devem

assumir uma dimensão interdisciplinar, visando a um planejamento que atenda às questões relacionadas à família e RN. (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisiopatologia da prematuridade é decorrente de múltiplos fatores de riscos, desde pré-natais, sociais, maternos e fetais. Estes fatores de riscos podem ocasionar o parto prematuro, podendo ocorrer danos no processo de crescimento e desenvolvimento do RN. Esse RN, devido a sua imaturidade, pode apresentar sequelas advindas da prematuridade, incluindo as complicações neurológicas, auditivas e visuais, respiratórias, cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.

O sofrimento vivido no período de internação abrange os pertinentes riscos e possui um significado importante para os pais. O enfrentamento desta etapa gera sentimento de culpa, ansiedade e medo da perda dada à visão de fragilidade do RN, insegurança em relação à sua sobrevivência e eventos estressores pela rotina hospitalar.

A partir destas constatações, observa-se que os profissionais de saúde atuantes em UTIN, precisam agir com sensibilidades, terem disponibilidade para escutar e possibilitar o diálogo com a família de prematuros e, principalmente, com as mães.

O enfermeiro assume papel fundamental na aproximação entre pais e bebê prematuro, visando proporcionar a formação de vínculo afetivo. Este elo é primordial, tanto para a recuperação hospitalar, como para a adequação progressiva da mãe à realidade do nascimento e hospitalização de RN prematuro.

Neste contexto, observa-se a necessidade de uma nova abordagem no atendimento neonatal, no qual deverão ser contemplados, não apenas os aspectos das necessidades fisiológicas do prematuro, mas especialmente aqueles ligados na interação da equipe de saúde, família e RN, como importante elemento, na construção da assistência nas UTINs.

REFERÊNCIAS

ARÁOZ, Susana Maria Mana de; COSTA, Maria da Piedade Resende da. Aspectos biopsicossociais na surdocegueira. **Revista bras. educ. espec**, Marília, v. 14, n. 1, p. 21-34 jan- Abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141365382008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2012.

ARAÚJO, Barbara Bertolossi Marta de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. **Esc. Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14 n. 2 p. 284-292, abr-jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/10.pdf>>. Acesso em: 27 de mar. 2012.

ARAÚJO, Barbosa Bertolossi Marta de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará; RODRIGUES, Elisa da Conceição. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise Freireana. **Revista Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 180-186, abr-jun. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a07.pdf>>. Acesso em: 20 de abr. 2012.

ARRUDA, Débora Cristina; MARCON, Sonia Silva. Experiência da família ao conviver com seqüelas decorrentes da prematuridade do filho. **Revista bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 595-602 Jul-Ag, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000400015&lng=en&nrm=iso>. acesso on 26 mar. 2012.

AZEVEDO, Melissa de; MENDES, Eliana Norma Wagner. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. **Revista Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 1, p. 68-75. Mar. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/5282/3002>>. Acesso em : 26 de mar. 2012.

BARROS, Fernando C. et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 390-398, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200800150004&lng=en&nrm=iso>. acesso em 14 de abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: caderno do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

CARMARGO, Vania Carla et al. Desenvolvimento de uma tecnologia para a detecção e interrupção do episódio da apnéia da prematuridade. **Texto contexto de**

Enferm, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 449-457, jun-set. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a07v18n3.pdf>>. Acesso em 13 abr. 2012.

CENTA, Maria de Lourdes; MOREIRA, Elaine Cristhine; PINTO, Magda Nanuck de Godoy Holffling Ribas. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 444-451, jul- Set. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072004000300015&lng=en&nrm=iso>. acesso em 27 mar. 2012.

CONZ, Claudete Aparecida; MERIGLI, Miriam Aparecida Barbosa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. Promoção de Vínculo Afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. **Revista Esc Enfermagem USP**, São Paulo, v.43 n. 4 p. 849-855, 2009. Disponível em <<http://WWW.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a16v43n4.pdf>>. Acesso em 27 de mar. 2012.

COSTA, Suely Alves Fonseca; SANTOS, Maria José de Almeida; BOAS, Allison Scholler de Castro Villas. Compreendendo a Vivencia da Família com a Internação do Filho Recém-nascido Prematuro na UTI Neonatal. **Revista Nursing**, 2007; v.10 n.115: p. 560-564, Mai.2007.

COSTA, Roberta; MONTICELLI, Marisa. O método mãe-canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. **Revista bras. Enferm**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 578- 582, jul./ago, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de abr. 2012.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. **Revista Enferm**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 231-235, abr-jun. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a10.pdf>>. Acesso em: 27 de mar. 2012.

COSTA, Suely Alves Fonseca et al . A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-749, out-dez. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de mar. 2012.

DEMARI, Letícia et al. Estratégias para promoção do aleitamento Materno em recém-nascidos pré-termo: Estudo bibliográfico. **Pediatria São Paulo**, v. 33, n. 2, p. 89-96, 2011. Disponível em: <<http://www.pediatrinsaopaulo.usp.br/index.php?p=browse&id=133>>. Acesso em: 29 de mar. 2012

DUARTE, Elysângela Dittz; SENA, Roseni Rosângela de; TAVARES, Tatiana Silva. Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática. **Revista Eletr. Enf**, v. 12, n. 3, p. 539-546, 2010. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a18.htm>>. Acesso em: 27 de mar. 2012.

FERREIRA, Loide; VIERA, Cláudia Silveira. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 25 n1 p.41-50, jan-jun.2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em 27 de mar. 2012.

FILHO, João Borges Fortes et al . Ser pequeno para a idade gestacional é um fator de risco para a retinopatia da prematuridade? Estudo com 345 pré-termos de muito baixo peso. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 85, n. 1, p. 48-54, Fev. 2009 . Disponível em: . <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572009000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de mar. 2012.

FRAGA, Tarciany F. et al. Percepção das mães sobre o processo comunicacional na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Eletr. Enf.**, [Internet], v. 11, n. 3, p. 612-9. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a19.htm>>. Acesso em: 07 de mar. 2012.

FRIEDRICH, Luciana; CORSO, Andrea L.; JONES Marcus H. Prognóstico pulmonar em prematuros. **Jornal de Pediatria. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 1, p. 79-88, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a10.pdf>>. Acesso em : 31 de mar. 2012.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Grancida Silvan. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58 n.4 p. 444-448, jul-ago. 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a12v58n4.pdf> >. Acesso em: 27 de mar. 2012.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-556. Mai./jun. 2004.

GRAZIANO, Rosa Maria; LEONE, Cléa Rodrigues. Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. **Jornal de Pediatria. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 1, p. 95-100, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a12.pdf>>. Acesso em: 31 de mar. 2012.

GUEDES-SILVA, Damiana. **Levantamento das plantas medicinais utilizadas na Pastoral da Saúde no município de Ji-Paraná/RO**. 2011. Dissertação (Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada) – instituto de Genética e Toxicologia Aplicada Porto Alegre, Universidade Luterana do Brasil.

GUIMARÃES, Gisele Perin ; MONTICELLI, Marisa. 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**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p.

626-635, Out-Dez, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a06v16n4.pdf>>. Acesso em : 07 de abr. 2012.

KAMADA, Ivone; ROCHA, Semíramis Melani Melo. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Revista esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 404-411. Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de mar. 2012.

LORENA, Silvia Helena Tavares; BRITO, José Martins Siqueira. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. **Arq. Bras. Oftalmol**, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 360-364, mar-Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427492009000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de mar. 2012.

MAIA, Raquel da Rocha Paiva; SOUZA, José Maria Pacheco de. Fatores Associados ao Baixo peso ao nascer em Município do norte do Brasil. **Revista Bras. Cresc. e Desenv. Hum**, São Paulo; v. 20, n.3, p. 735-744, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010412822010000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 de mar. 2012.

MENDES, Ana Paula Diniz; GALDEANO Luzia Elaine. Percepção dos Enfermeiros quanto aos Fatores de Risco para Vínculo mãe-bebê Prejudicado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá; v. 5, n. 3, p. 367-371, 2006. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5037/3259>>. Acesso em: 29 de mar de 2012.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dez. 2008.

MITCHELL, Richard N. et al. Robbins e Cotran- **Fundamentos de Patologia: Bases Patológicas da Doença**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto et al. Presença da família nas unidades de terapia intensiva Pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Esc Anna Nery Revista Enferm**, v. 11, n. 3, p. 437-444, set, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a07.pdf>>. Acesso em : 27 de mar. 2012.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto et al. Presença da Família nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal: Visão da Equipe Multidisciplinar. **Esc Anna Nery Revista Enferm**, v. 43, n. 3, p. 630-638, set, 2009. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a19v43n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a19v43n3.pdf)>. Acesso em: 27 de mar. 2012.

MONTANHOLI, Liciane Langona; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. A atuação da enfermeira na UTI neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Revista Latino- Am. Enfermagem**, v. 19, n. 8, mar-abr 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_11.pdf>. Acesso em: 29 de mar. 2012.

MONTE, Luciana F. Velloso et al. Displasia broncopulmonar. **Jornal de Pediatria (Rio J)**, Porto Alegre, v. 81, n. 2, p. 99-100, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n2/v81n02a04.pdf>>. Acesso em: 31 de mar. 2012.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira et al. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim.. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 475-483, jul.-set.2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a08.pdf>>. Acesso em: 27 de mar. 2012.

NEVES, Fabrícia Adriana Mazzo et al . Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 349-353, jul- Set, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002006000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de abr. 2012.

NEVES, Priscila Nicoletti; RAVELLI, Ana Paula Xavier; LEMOS, Juliana Regina Dias. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Revista Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) , v.31, n.1, p.48-54, marc. 2010. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/manualcanguru.pdf>>. Acesso em 07 de abr. 2012.

OLIVEIRA, Elizabeth Siqueira de. **Triagem auditiva em recém-nascidos prematuros no Município de Itapetininga, São Paulo**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde31102006221659/publico/ElizabethOliveira.pdf>>. Acesso em : 13 de abr. 2012.

OLIVEIRA, Márcia Maria Coelho et al. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. **Revista Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 430-436, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/08.pdf>>. Acesso em: 27 de mar. 2012.

OLIVEIRA, Márcia Maria Coelho et al. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 44-52, jul-set. 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a_05v10n3.pdf>. Acesso em: 20 de abr. 2012.

PACHI, Paulo Roberto. **O Pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento**. São Paulo. 1ª ed. Roca, 2003.

PEDRON, Cecília Drebes. **Unidade neonatal do hospital de clínicas de Porto Alegre: Implantação e práticas de atendimento**. 2007. 200f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11965/000620112.pdf>>. Acesso em: 13 de abr. 2012.

PEREIRA, Sylvia M. P.; CARDOSO, Maria H. C. de A.. A metodologia utilizada em estudos que envolvem ecos da prematuridade na história da família. **Revista bras. crescimento desenvolv. Hum**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 74-83 dez, 2005. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822005000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 de abr. 2012.

PINHEIRO, Eliana Moreira et al. The meaning of interaction between nursing professionals and newborns/families in a hospital setting. **Revista Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, Nov-Dez 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de abr. de 2012.

RAMOS, Helena Ângela de Camargo ; CUMAN Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa Documental. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>>. Acesso em : 27 de mar. 2012.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2008.

ROLIM, Karla Maria Carneiro; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 85-96, jan-fev. 2006 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de mar. 2012.

SALGE, Ana karina Marques; VIEIRA, Aline Vaz da Costa et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [Internet], v.11 n.3 p.642-6. 2009. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>>. Acesso em: 26 de mar. 2012.

SCOCHI, Carmen Grancida Silvan. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de ribeirão preto. **Revista Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11 n.4 p. 539-543 julho-

agosto. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a18.pdf>>. Acesso em: 26 de mar. 2012.

SILVA, Laura Johanson da; SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. Tecnologia e Humanização na Unidade de Terapia Neonatal: Reflexões no Contexto do Processo Saúde-Doença. **Revista Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43 n.3 p.684-689, set. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a26v43n3.pdf> >. Acesso em 27 de mar. 2012.

SILVA, Luísa Aguiar da; SILVA, Raquel Gomes Aguiar da et al. Fatores de Riscos Associados ao Parto Pré-termo em Hospital de Referência de Santa Catarina. **Revista da associação Médica de Rio Grande do Sul(ASMRIGS)**, Porto Alegre, v.53 n.4 p. 354-360, Out Dez. 2009. Disponível em <http://www.amrigs.com.br/revista/53-04/08-445_fatores_de_risco.pdf>. Acesso em 26 de mar. 2012.

SILVA, Natália D. ; VIEIRA, Maria Rita R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arq Ciênc Saúde**, v. 15, n. 3, p. 110-106, jul-set, 2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaud.e.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN273.pdf>. Acesso em : 26 de mar. 2012.

SILVEIRA, Rita C.; PROCIANOY, Renato S. Lesões isquêmicas cerebrais no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 1, p. 23-32, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a04.pdf>>. Acesso em: 31 de mar. 2012.

SIQUEIRA, Marly Beserra de Castro. “**Sentidos Atribuídos aos Cuidados Domiciliares pelas Mães de Recém-Nascidos Egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**”. 2008. 200f. Dissertação (Mestrado em Modalidade Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP, Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1758>>. Acesso em : 27 de mar. 2012.

SIQUEIRA, Marly Beserra de Castro; DIAS, Marcos Augusto Bastos. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20 n.1 p. 27-36, mar. 2011. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a04.pdf>>. Acesso em 4 de out. de 2011.

SOUZA, Nilba Lima de et al . Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 729-733 set -out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000500013&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 27 de mar. 2012.

TAVARES, Aurileidi de Souza; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessi. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade Neonatal: perspectivas da equipe de saúde. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n. 2, p.193-203, maio-ago, 2006. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/5075/3294>>. Acesso em : 27 de mar. 2012.

TOMÉ, Virgínia Amélia Vaz et al . Estudo da retinopatia da prematuridade em um hospital universitário. **Arq. Bras. Oftalmol**, São Paulo, v. 74, n. 4, p. 279-282, jul-Ag. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427492011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de mar. 2012.

TRONCHIN, Daiy Maria Rizatto; TSUNECHIRO, Maria Alice. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 93-101, jan-fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a13.pdf>>. Acesso em : 12 de abr. 2012.

UCHIMURA, Taqueco Teruya; PELISSARI, Daniele Maria; UCHIMURA, Nelson Shozo. Baixo peso ao nascer e fatores associados. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) v. 29, n. 1, p. 33-38 2008. Disponível em <<http://s eer.ufrgs.br/revistaGaúchadeEnfermagem/article/view/5261>>. Acesso em 29 de mar. 2012.

VÉRAS, Renata Meira; VIEIRA, Juna Maria Fernandes; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicol. Estud**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, abr-Jun, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de abr. 2012.

ZOMIGNANI, Andrea Peterson; ZAMBELLI, Helder José L.; ANTONIO, Maria Ângela R. G. M.. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Rev. paul. Pediatr**, São Paulo, v. 27, n. 2, Jun, p. 198-203 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de mar. 2012.