

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E
DESENVOLVIMENTO**

**O AMBIENTE DE CUIDADO EM UTI NEONATAL: A PERCEPÇÃO
DOS PAIS E DA EQUIPE DE SAÚDE.**

Paula Michele Lohmann

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Périco

Coorientador: Prof. Dr. Atos Prinz
Falkenbach (*in memoriam*)

Lajeado, março de 2011.

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO
MESTRADO EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

**O AMBIENTE DE CUIDADO EM UTI NEONATAL: A PERCEPÇÃO
DOS PAIS E DA EQUIPE DE SAÚDE.**

Paula Michele Lohmann

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Desenvolvimento.

Orientador: Profº Drº Eduardo Périco

Co-orientador: Profº Drº Atos Falkenbach (*in memoriam*)

Lajeado, março de 2011

PAULA MICHELE LOHMANN

O AMBIENTE DE CUIDADO EM UTI NEONATAL: A PERCEPÇÃO DOS PAIS E DA
EQUIPE DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Desenvolvimento.

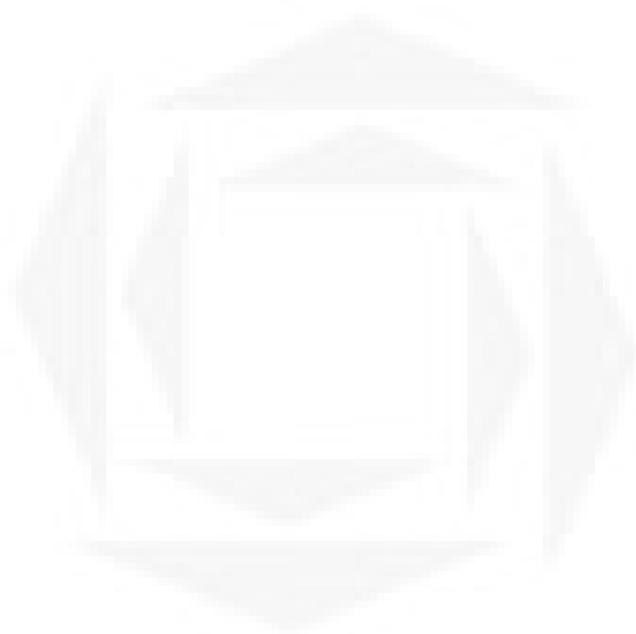
Prof. Dr. Eduardo Périco (Orientador)
Centro Universitário UNIVATES

Prof. Dr. Odorico Konrad
Centro Universitário UNIVATES

Prof^a Dra. Simone Morelo DalBosco
Centro Universitário UNIVATES

Prof^a Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Lajeado, março de 2011



Dedico este trabalho aos meus avós Vilma e Arnaldo, que me deram todo o amor possível e me proporcionaram o estudo.

UNIVATES

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me dado sabedoria suficiente para suportar os percalços do caminho e por ter me abençoado e iluminado para que eu escolhesse ser enfermeira.

À minha mãe e avó Vilma, um exemplo de mãe, esposa e amiga, esta me incentivou em todas as jornadas de minha vida desde os primeiros passos.

Ao pai e avô Arnaldo, em sua simplicidade sempre parceiro, curioso em saber por quais caminhos eu andava.

À minha irmã (tia) Carla, fonte de amor, carinho, dedicação e incentivo, sendo meu exemplo de todos os dias. Ao meu tio Adriano, sempre presente me incentivando e aconselhando com sabedoria.

À Gabi, minha querida mana, em sua inocência, minha companheira para os momentos difíceis e pela sua doçura na dedicação.

Aos queridos tios Marcos e Raquel, sempre presentes em minha vida, pelos filhos lindos que tiveram, Natália e Eduardo preenchendo nossa família de alegrias.

À minha mãe, obrigado pelo dom da vida e pelos irmãos lindos que me destes, sendo um deles meu afilhado Leo.

Aos meus queridos prematuros e suas famílias, a dor da perda, estes foram minha inspiração para a construção deste estudo.

Ao Professor Dr. Eduardo Périco, orientador e amigo, por me aceitar e junto comigo realizar este estudo mesmo não sendo da sua área, pela paciência e dedicação.

Uma distinção especial à professora e amiga, Ms. Ioná Carreno, pela colaboração, sugestões, correções e disponibilidade em me ajudar neste estudo, um exemplo para minha vida acadêmica.

À professora Ms. Arlete Eli Kunz da Costa, pelo incentivo, apoio e amizade.

Ao professor Ms. Luís César de Castro, dedicado e questionador, disponível sempre que preciso.

Aos demais colegas da Univates, em especial do curso de Enfermagem parceiros na formação, todos contribuíram e contribuem, no meu aprendizado.

Ao professor Dr. Atos Prinz Falkenbach (*in memoriam*), pela co-orientação inicial, pelas conversas que instruíram e contribuíram, onde estiver o meu muito obrigado!

Aos colegas do curso de Mestrado da Turma 4, pelas conversas e discussões acerca do tema Ambiente, em especial Ediane, Luana, Ivandro e Fernando.

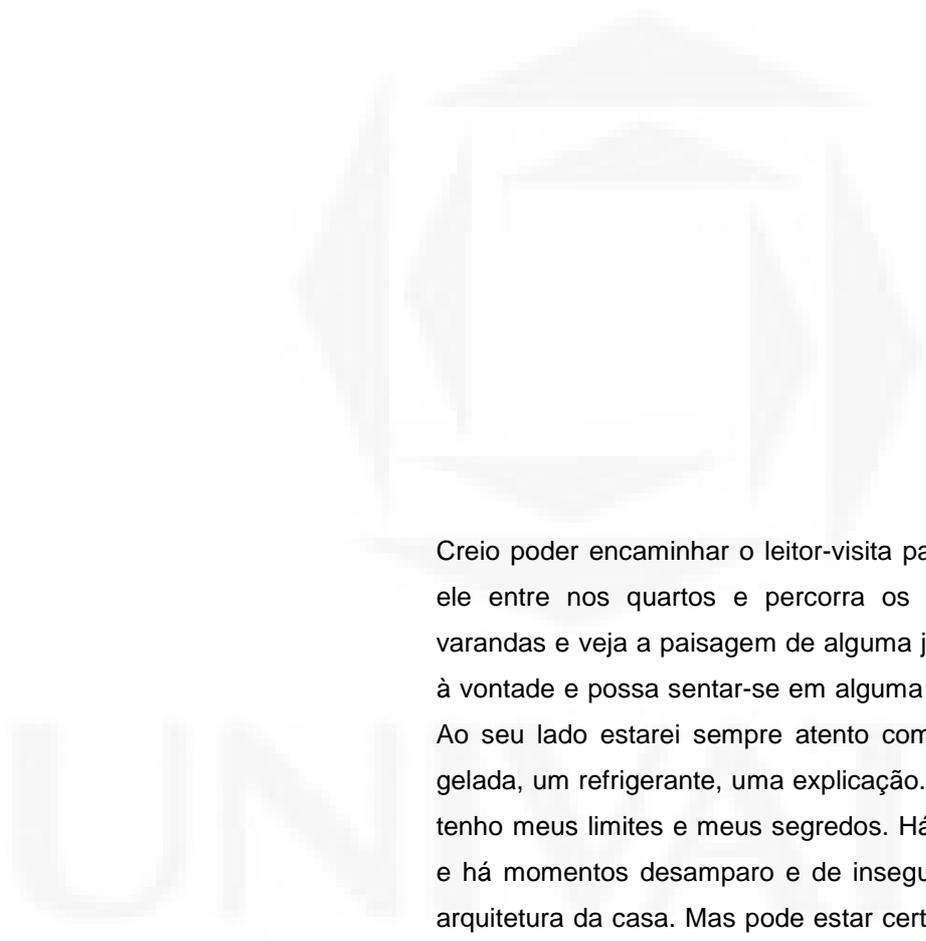
À amiga e irmã do coração Ediane, pela presença, pelo constante incentivo e principalmente por falar do amor de Deus.

A todos os professores do Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento, os quais souberam entender as minhas dificuldades, por vir de uma área distinta.

Aos professores Dr. Odorico Konrad, Dra. Simone Morelo Dalbosco e Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, por participarem da Banca Examinadora e contribuírem na minha formação.

Aos profissionais de saúde da instituição hospitalar que aceitaram participar da pesquisa e aos pais da mesma forma.

Aos meus familiares e amigos, obrigado pela compreensão, por terem entendido os meus momentos de ausência, de introspecção, de ansiedade como também a importância deste estudo.



Creio poder encaminhar o leitor-visita para dentro desta casa. Que ele entre nos quartos e percorra os corredores. Que visite as varandas e veja a paisagem de alguma janela. Que fique realmente à vontade e possa sentar-se em alguma boa e confortável poltrona. Ao seu lado estarei sempre atento com um cafezinho, uma água gelada, um refrigerante, uma explicação. Mas como a casa é minha tenho meus limites e meus segredos. Há coisas que não posso ver e há momentos desamparo e de insegurança criados pela própria arquitetura da casa. Mas pode estar certo o meu leitor-visita que fiz o que pude e tentei até mesmo lhe indicar o caminho do quintal e da cozinha (...) Fique à vontade...

Roberto DaMatta (1991)

RESUMO

O nascimento de uma criança é sempre um motivo para se alegrar, porém quando esta necessita de cuidados diferenciados, é motivo de preocupação para os pais. Este estudo objetivou conhecer a percepção de pais e equipe de saúde sobre o cuidado prestado à criança internada em uma Unidade de Terapia Neonatal de um hospital de médio porte localizado no interior do Rio Grande do Sul. A pesquisa foi descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Os informantes da pesquisa foram 9 pais de recém-nascidos internados em uma UTIN e 19 profissionais de saúde desta unidade, estes foram entrevistados e realizado análise de conteúdo temática segundo Bardin para a construção das temáticas. Em relação às percepções dos pais, os principais resultados surgidos foram sobre as orientações recebidas no momento da internação, estas referentes ao estado clínico da criança e cuidados gerais como a higiene, lavagem das mãos ao entrar na unidade, cuidados com o barulho, troca de fralda e cuidado com o coto umbilical, o prognóstico e os procedimentos, na sua maioria, orientados pelos médicos plantonistas e pela enfermagem. Estes consideram importantes as orientações, já que eles não tem conhecimento sobre o que esta acontecendo e ficam aflitos, para os pais o ambiente da UTIN, é percebido como um ambiente de rotinas, com os horários de visita e vários profissionais. Os principais dados obtidos com a equipe de saúde, primeiramente foi em relação à percepção sobre o ambiente, a maioria referiu este como sendo de alta complexidade, estressante, de apoio á família e tensa. Em relação á permanência dos pais na unidade, a maioria referiu que se sentem confortáveis e em alguns momentos desconfortáveis quando há algum procedimento, para a equipe de saúde os pais estão cientes quanto ao cuidado oferecido ao seu filho, estes referem conversar com os pais e orientá-los durante sua permanência na unidade, a freqüência das orientações como sendo todas às vezes que necessário, estas através do diálogo, escuta sensível e material educativo, como cartazes e folders. As facilidades encontradas ao orientar os pais, são a boa aceitação das orientações, a participação no cuidado, a presença na unidade e o vínculo com a equipe, e dificuldades a ansiedade, a falta de entendimento das explicações, super proteção dos pais, os horários restritos do profissional que não possibilita o encontro com os pais e a necessidade de um manual de rotinas para os mesmos. O ambiente de cuidado, desenvolvimento inicial da criança, a UTIN, deverá estar pautado no cuidado integral à ele e sua família, auxiliando na formação do vínculo entre eles.

PALAVRAS-CHAVE: Meio Ambiente, Cuidado do Lactente, Equipe de Enfermagem, Pais.

ABSTRACT

The birth of a child is always a reason to rejoice, but when it needs special care, is of concern to parents. This study investigated the perception of parents and health professionals on the care given to children hospitalized in a Neonatal Care Unit of a medium-sized hospital located in Rio Grande do Sul. The research was descriptive and exploratory, qualitative approach. The respondents of the survey were parents of nine newborns hospitalized in the NICU and 19 health professionals of this unit, they were interviewed and performed thematic content analysis according to Bardin for the construction of the themes. In relation to perceptions of parents, the main results were encountered on the guidance received at admission, those relating to the child's clinical condition and general care such as hygiene, washing hands when entering the unit, care of the noise, change of diaper and care for the umbilical stump, prognosis and procedures, mostly guided by the treating physician and the nurse. These guidelines consider important, since they have no knowledge about what is happening and grieves for the parents of the NICU environment, an environment is perceived as routine, with visiting hours and several professionals. The principal data obtained from the health team, was first on the perception about the environment, the majority reported this as being highly complex, stressful, family support and tense. In relation to parents' residence in the unit, the majority reported that they feel comfortable and uncomfortable at times when there is a procedure for the health team parents are aware about the care provided to their child, they refer to talk with parents and guide them during their stay in the unit, the frequency of the guidelines at all times as necessary, through such dialogue, sensitive listening and educational material such as posters and brochures. The facilities found to guide parents, are high acceptance of guidelines, participation in care, the presence in the unit and the bond with the team, and difficulties with anxiety, lack of understanding of the explanations, overprotective parents, the restricted times the professional who does not allow the meeting with the parents and the need for manual routines for them. The environment of early child development, NICU, should be founded on the holistic care of him and his family, helping in the formation of the bond between them.

KEYWORDS: Environment, Infant Care, Nursing Team, Parents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 – Imagem da primeira incubadora de Tarnier.....19
- FIGURA 2 – Descrição da renda familiar em salários mínimos dos pais.....42

UNIVATES

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização dos informantes da equipe de saúde na UTI Neonatal do hospital	43
TABELA 2 – Descrição dos temas e sub-temas dos pais e da equipe de saúde.....	44

UNIVATES

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Entrevista semi-estruturada para os pais.....	78
APÊNDICE 2 – Questionário semi-estruturado para a equipe	79
APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	82

UNIVATES

LISTA DE ABREVIATURAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIA – Unidade de Terapia Intensiva Adulto

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTI Ped/Neo – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal

RN – Recém Nascido

UNIVATES

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 História da Neonatologia.....	18
3.2 Ambiente da UTIN	23
3.3 O cuidado na UTIN	30
3.4 A equipe da UTIN	33
3.5.O cuidado de Enfermagem na UTIN.....	33
4 MATERIAL E MÉTODO	38
5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	42
5.1 Caracterização dos informantes da pesquisa	42
5.2 Análise de Conteúdo.....	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS.....	67

1 INTRODUÇÃO

Os grandes avanços tecnológicos vêm tornando o cuidado um grande desafio. As novas e mais modernas tecnologias nos atrelam a uma visão tecnicista.

Desde a graduação em enfermagem, tive o interesse em aprofundar meus conhecimentos sobre a neonatologia, unidades de terapia intensiva neonatal, cenário este que experimentei no primeiro ano de formada. Neste ambiente pude perceber a grande exigência de trabalho e conhecimento científico que requer nossa clientela, indivíduos tão pequenos, vulneráveis aos equipamentos e a vida extra-uterina. Ao mesmo tempo há uma família, pai, mãe, avós, na expectativa de uma criança que por algum motivo internou na UTI Neonatal.

O ambiente da UTIN ao mesmo tempo em que fornece tecnologias avançadas, pode causar impactos às necessidades físicas e psicológicas destes recém-nascidos, sua família e para equipe que exerce seu trabalho. Neste local notamos que os ruídos são contínuos pelos alarmes de monitores, bombas de infusão e pela necessidade de luz sempre acesa, ocasionando a indiferença entre dia e noite, proporcionando estafa para todos os envolvidos neste processo de cuidado (Cataldo & Maldonado, 1987).

A UTI Neonatal é o local destinado ao tratamento de bebês pré-termos que nascem com algum problema. Para alguns a prematuridade é uma das causas de internação de bebês que nascem em uma idade gestacional de 26 a 28 semanas, por exemplo, pesando de 750 a 1.000 gramas e que necessitam de um tempo de internação prolongado, para crescer e capacitar a sua respiração, tempo esperado para que possam ir para casa com os pais (MOREIRA, 2003).

Conforme Miranda *et. al.* (2003) o neonato em UTIN está vulnerável e depende do ambiente para que consiga manter uma organização fisiológica e de comportamento.

Diversos são os fatores que podem ser apontados como causa de internação em uma UTIN. O Ministério da Saúde (1999), refere como critérios de avaliação e indicação de encaminhamento à unidade, aqueles bebês que apresentam baixo peso ao nascer, com cerca de 1.500 a 2.000 g, prematuridade de 34 a 37 semanas de gestação mais 6 dias, anóxia moderada onde a criança apresenta desconforto respiratório, que exija utilização de oxigênio livre ou em incubadora, incompatibilidade sanguínea apresentando icterícia a ser tratada com fototerapia ou infecção neonatal.

Segundo Lamy (1995), para os pais a internação pode ter tanto o significado de vida e segurança pela oferta dos mais avançados recursos que mantém o seu filho vivo, como pode também evocar sentimentos negativos como o medo e o desespero por visualizarem o sofrimento do filho e estarem impotentes à esta situação.

A família tem sido comprovada como significativa para a melhora do paciente no ambiente hospitalar, em contrapartida, quem permanece à espera da alta ou mesmo da melhora na unidade passa pelo ócio e ansiedade desencadeado pelo próprio ambiente hospitalar. Devido à humanização do cuidado, as exigências legais do Estatuto da Criança e do Adolescente, proporcionam ao menor de idade, o direito de ser acompanhado pelos seus pais, durante sua hospitalização (LIVRO DA CRIANÇA, 2009).

Pensando em um cuidado humanizado, torna-se fundamental o papel exercido pelos profissionais de saúde. A internação do recém-nascido na UTIN compromete a formação do vínculo mãe-bebê, pela separação precoce entre ambos, necessitando a intervenção da equipe, no atendimento às necessidades emocionais, físicas e na facilitação do acesso à esta unidade tão amedrontadora.

Deste modo, percebe-se que o ambiente, além dos profissionais de saúde, tem papel importante neste contexto amplo de cuidado, o ambiente está diretamente ligado aos sujeitos envolvidos nesta interação, estes pais, bebês e equipe de saúde. Faz-se necessário resgatar o que Florence Nightingale, enfermeira precursora da enfermagem moderna, esta que contribui para o modelo biomédico e trabalhou na

Teoria Ambientalista, apesar de se dedicar mais precisamente ao ambiente físico do que ao social e psicológico, refere o ambiente como o principal condicionante e influenciador das questões externas que afetam a vida e o desenvolvimento, podendo contribuir para a doença e a morte como também, capazes de prevenir, suprimir ou contribuir para ambas (GEORGE, 2000).

Assim Florence destacou elementos do ambiente que afetam a saúde e o processo de cura de um sujeito, sendo estes a ventilação(provisão de ar fresco), iluminação(a necessidade de iluminação, não apenas a claridade mas a luz solar direta), calor(observar o paciente e prevenir que haja a perda de calor vital), limpeza (higiene do quarto/leito do paciente, remoção de matérias nocivas evitando infecções, o cuidado da enfermagem de lavar as mãos freqüentemente), ruídos (elemento ambiental, o silêncio é benéfico para o doente), odores (remover odores do corpo, ventilando o quarto evitar o ar proveniente de esgoto), alimentação (elemento fundamental para o processo de cura).

Segundo Florence (1969), quando estes elementos estão adequados, *“emprego apropriado de ar puro, luz, calor, limpeza, quietude e a adequada escolha e administração da dieta – tudo com o mínimo gasto da força vital do paciente”*, por ser providenciado um ambiente onde o individuo possa ser cuidado por si próprio ou pelos outros, parte-se para a atenção das necessidades emocionais do paciente. Esta autora enfatiza a necessidade de comunicação e atenção, desta forma proporcionando a coleta de dados sobre a doença, contribuindo para um processo de restauração em que a natureza possa agir sobre o paciente.

Pensando no desafio presente que é o cuidar na área da saúde, busco investigar a percepção dos pais e equipe de saúde sobre o cuidado ao bebês prematuros internados numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para que a proposta seja de acordo com as linhas de pesquisa do Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento, temos por base o ponto de vista de Florence Nightingale, enfermeira e precursora nos estudos sobre a relação do ambiente e indivíduos, como também as políticas de humanização, tornando possível conhecer o ambiente de cuidado prestado neste local e os sujeitos envolvidos neste processo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção de pais e equipe de saúde sobre o ambiente de cuidado prestado à criança internada em uma UTI Neonatal de um hospital de médio porte localizado no interior do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterização dos informantes da pesquisa, para os pais, idade, escolaridade e renda familiar, para equipe de saúde se tem especialização, o tempo de formação e o tempo de serviço na UTIN;
- Conhecer quais as orientações fornecidas aos pais pela equipe de saúde no momento da internação do RN na UTIN;
- Conhecer a percepção dos pais em relação as orientações recebidas pela equipe de saúde de UTIN em relação ao cuidado ao RN;
- Investigar a percepção dos pais e equipe de saúde sobre o ambiente da UTIN;
- Conhecer a percepção da equipe de saúde sobre o conhecimento dos pais em relação ao cuidado do RN na UTIN;
- Conhecer quais orientações fornecidas e a metodologia que a equipe de saúde utiliza para orientar os pais sobre o cuidado ao RN na UTI Neonatal;
- Identificar dificuldades e facilidades da equipe de saúde de UTI Neonatal nas orientações aos pais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História da Neonatologia

Segundo Schaffer (1997), o termo neonatologia foi definido como a ciência do tratamento e diagnóstico dos distúrbios do recém-nascido. O surgimento da Neonatologia como uma especialidade médica data do século XXI, o termo do grego, neo significando novo, nato: nascimento e logos: estudo (SOUZA, 2011).

A mesma autora comenta que o médico egípcio Ebers (1.500 a.C.) associado a prática nas crianças da Medicina, como também as amas de leite são comuns em imagens arqueológicas.

Na época, a taxa de mortalidade infantil era alta como também os neonatos eram ignorados pela sociedade. Essa taxa chegava a 85-95% para os RNPT. Desta forma esperava-se que os recém-nascidos pré-termo e os recém-nascidos que apresentavam malformações fossem a óbito, havendo assim uma “seleção natural” de sobrevivência (PEDRON, 2007).

No século XVII, com auxílio da microbiologia e da histologia, doenças com prevalência nas crianças são descritas, como exemplo temos a difteria, a rubéola, o sarampo, varicela e a varíola. Os cuidados com o recém-nascido e doenças associadas eram esporadicamente mencionados nos livros de Obstetrícia, sendo que o obstetra Pierre Budin (1846-1907) e Stéphane Tarnier (1828-1897), em Paris criaram o ambulatório de puericultura em anexo à maternidade do “Hospital La Charité”. Pierre Budin foi o primeiro a publicar sobre a prematuridade em 1888 e também divulgou o aleitamento artificial, já Tarnier foi responsável pela criação da primeira incubadora no ano de 1878 esta foi aperfeiçoada por Budin (SOUZA, 2011), como se pode visualizar na Figura 1:

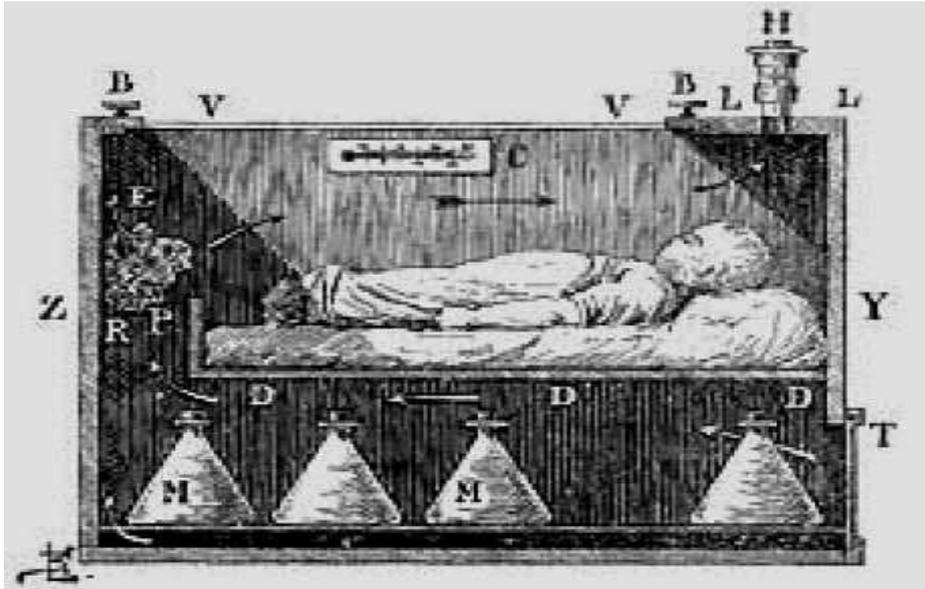


Figura 1 – Imagem da primeira incubadora de Tarnier

Fonte: Pediatrics (1979) apud Tragante (2010).

Segundo Avery (1984), Budin resolveu estudar e se preocupar com algo mais que a sala de parto, atentando para algumas necessidades como o controle da temperatura, o tempo de gestação este relacionado ao peso do bebê ao nascer, alimentação, a higiene e principalmente o fator de presença da mãe para a relação de sobrevivência dos bebês (crianças). Em 1900, na França, Budin publica seu livro chamado "*Le Nourrissons*" (A enfermaria), o que o torna reconhecido como um dos pais da Neonatologia (LISBOA, 1990). Este criou o primeiro ambulatório de Puericultura, em Paris, com seus estudos os avanços técnico-científicos iniciavam a redução das taxas de mortalidade e morbidade neonatal.

O termo Neonatologia foi introduzido na nomenclatura médica no ano de 1963, por Alexander Shaffer (SOUZA, 2011).

No ano de 1888, Karl Siegmend Crédé introduziu a utilização do nitrato de prata, utilizado até o momento atual. Para a prevenção da conjuntivite neonatal. Entre 1949 e 1959 foi identificada a doença da membrana hialina, esta causada pela imaturidade pulmonar pela falta de síntese do surfactante pulmonar.

E assim sucessivamente, iniciaram-se os descritos desta modalidade de cuidado, registrando a sobrevivência de recém-nascidos.

A disciplina de neonatologia é implantada em Chicago, USA, pelo pediatra Julius Hess, no ano de 1914 este criou o centro de recém-nascidos prematuros. Em 1916 havia uma disputa entre os obstetras e os pediatras, já que o recém-nascido não tinha um atendimento de uma especialidade específica (LUSSKY, 1999).

Como os estudos eram recentes, todo o cuidado destinado aos bebês era com intuito de promover um índice maior de sobrevivência neonatal e de natalidade, desta forma as pesquisas e atividades para o controle de infecção se intensificaram, e a primeira atitude foi a de diminuir o tempo dos pais junto ao seu filho como também a separação mãe-filho. Criaram-se normatizações para o controle de infecções e o RN passou a ser estudado pelos profissionais da área neonatal (AVERY, 1978).

Rodrigues e Oliveira (2004) comentam que no ano de 1938, o pediatra Julius Hess destacou a enfermagem neonatal pelo seu papel na redução dos índices de mortalidade. Destacando-se as especializações nesta área. Os mesmos autores descrevem que na África no ano de 1957, o primeiro recém-nascido foi mantido em ventilação mecânica por meio de traqueostomia, e sobreviveu por 10 dias. Sendo que nesta década haviam preocupações sobre os cuidados à criança prematura, surgindo procedimentos avançados, enfermagem, fisioterapia e nutrição como importante fonte de trabalho, tanto na assistência, suporte ventilatório e alimentação específica.

Avery (1978) destaca que em 1957, Virgínia Apgar cria uma estratégia de avaliação do RN nos primeiros cinco minutos de vida.

A Organização *Neonatology* (2004), descreve que na década de 50 tivemos diversas mudanças neste contexto da neonatologia, segundo esta, a história da neonatologia inicia com as parteiras francesas e obstetras, não com o pediatra. Na história encontramos feiras e exposições mundiais nos Estados Unidos, a existência de "Incubadora do bebê lateral-Shows" durante um período de 40 anos. Esta indica que o atendimento especializado de crianças foi introduzido nos Estados Unidos, e alguns dos profissionais mais influentes e os investigadores foram obstetras e anestesistas. Desta forma foi possível a prestação de cuidados intensivos para centenas de recém-nascidos prematuros que caso contrário teriam perecido.

A mesma comenta que na década de 60, os cuidados e estudos com o neonato tomaram rumo crescente, a época data da primeira unidade de cuidados intensivos cirúrgicos na Philadelphia, Estados Unidos. Em 1963 falece o filho do presidente dos Estados Unidos, com 34 semanas de gestação, pesando 2100g, por Síndrome de stress respiratório, fazendo com que o governo investisse no aprimoramento tecnológico. Dentre outros fatos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) diferencia a prematuridade de baixo peso. Na década de 80 são inseridos os exames radiológicos, a evolução de pesquisas acerca do tratamento com surfactante na Síndrome de Stress respiratório, a monitoração em recém-nascidos por oximetria de pulso, a reanimação em neonatos é lançada pela Academia Americana de Pediatria e no ano de 1983 as enfermeiras que vinham fazendo especialização na área recebem seus certificados de especialistas em neonatologia (ORGANIZAÇÃO NEONATOLOGY, 2004).

No Brasil, temos poucos escritos sobre a neonatologia, podemos comentar que no ano de 1908 foi implantada a primeira creche popular que contava com 21 leitos e duas incubadoras para crianças débeis e prematuras. Estes locais eram mantidos com intuito de minimizar a mortalidade infantil e neonatal (AVERY, 1978; LUSSKY, 1999). Salienda Avery (1999), que o esperado para as crianças nascidas malformadas ou prematuras, era de que fossem a óbito pois baseava-se na teoria da seleção natural nesta os RNs eram menos “adaptados” a sobrevivência.

No Rio Grande do Sul, na década de 60 já existem registros de enfermeiras e auxiliares no cuidado de recém-nascidos. As primeiras rotinas elaboradas datam de 1963-1964 e foram publicadas em 1967, no manual “Clínica Obstétrica: manual do Residente”. Porém não há registros de unidade específica para os RNs de risco, desta forma no ano de 1978 surgem as Unidades de Internação Neonatológica de cuidados intensivos no RS e também considerada dentre as primeiras do Brasil, e a partir desta data iniciava a luta pela redução do índice de mortalidade neonatal e materna (PEDRON, 2007).

No ano 2000, o Ministro da Saúde, José Serra, convocou profissionais da saúde para a elaboração de um projeto que promovesse a mudança no atendimento de saúde, já que haviam muitas queixas dos usuários sobre o atendimento hospitalar. O projeto originou o Programa Nacional de Humanização da Assistência

Hospitalar (PNHAH), iniciando o processo de mudanças no atendimento dos hospitais (BRASIL, 2001).

Neste mesmo ano foi criado pelo Ministério da Saúde, com vistas à humanização no intensivismo neonatal, a norma de Atenção Humanizada do Recém nascido de Baixo Peso- Método Canguru, esta assegura ao binômio mãe-filho a aproximação precoce, o estímulo do reflexo de sucção, o estímulo ao aleitamento materno e o acesso ao atendimento e cuidados especializados (BRASIL, 2002).

Em 2004, foi lançado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, este pacto teve o intuito de promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal através da participação de gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal, com objetivo de realizar a promoção e o monitoramento das ações realizadas pelo Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2004).

Neste sentido a Humanização como uma política, apresenta alguns princípios e modos nas relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Tais processos de relações devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, como também da produção de sujeitos. É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores, na produção da saúde, implicando assim, mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. A política sugere que se tome a saúde como algo de valor para que se tenha um padrão na atenção e na formação do vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde, e conquistar melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Humanização sugere a troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, a produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, levando-se em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Assim esta se torna uma estratégia de interferência no processo de produção de

saúde, onde então, se investe na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, *“trata-se, sobretudo, de destacar os aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de saúde”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Conforme Souza (2011):

O início do século XXI é marcado por uma assistência voltada à humanização, com estímulo à adoção do método canguru de contato pele a pele, manipulação mínima do bebê, estímulo para o parto vaginal e aleitamento materno. Novas perspectivas se abrem com a introdução da fototerapia...cateteres venosos...avanços em cirurgia pré-natal, etc. (p.26).

No ambiente hospitalar, por vezes, o esclarecimento/informação não é algo compreensível, o atendimento é ofertado formalmente e impessoal, tecnicista de forma que não considera o contexto da família. Este fato vai de encontro ao preconizado pelo Ministério da Saúde (2002):

Os hospitais devem ser ambientes onde se recuperam e se lidam com os valores humanos, e que todos os participantes ativos na recuperação da saúde estão cientes de que tratam de e com seres humanos.

Na literatura encontramos a prática do atendimento neonatal de risco, os recursos disponíveis, a tecnologia desenvolvida e em desenvolvimento, o ambiente da unidade, como deve ser a estrutura física, entre outros. Todos estes avanços conferiram à este âmbito do cuidado a diminuição de taxas de mortalidade, ocasionaram a separação do recém-nascido de sua mãe/família nos primeiros minutos de vida, sendo importante entender e significar as dificuldades enfrentadas diariamente por parte dos familiares e equipe de profissionais (AVERY, 1984).

3.2 Ambiente da UTIN

O período neonatal é definido como o intervalo de tempo do nascimento até a criança atingir a idade de 27 dias, 23 horas e 59 minutos (RUGOLO, 2000). Neste período de vida extra uterina a criança que nasce prematura precisa se adaptar, nesta fase alguns RNs prematuros ou com alguma patologia precisam de atendimento em uma UTIN.

Desta forma o Ministério da Saúde (2002), padroniza/sugere através de alguns critérios de avaliação, os locais para encaminhamento do recém-nascido após a sala de parto. Para ser encaminhado á unidade de referência terciária, os critérios são peso inferior a 1.500g, anóxia grave, apgar menor que 3 no 5º minuto, necessidade de oxigênio por CPAP ou respirador, prematuros com menos de 34 semanas de vida, indicação de exsanguineo-transfusão, sepse grave, malformações que necessitem de cirurgia e necessidade de nutrição parenteral; para ser encaminhado á unidade de médio risco faz-se necessário um peso de 1.500 a 2.000g, idade gestacional de 34 a 38 semanas, desconforto respiratório que necessite de uso de oxigênio livre ou incubadora, incompatibilidade sanguínea que necessite apenas de fototerapia, infecção neonatal sem sepse, filho(a) de mãe diabética; para transferência ao Alojamento conjunto a criança deve apresentar Peso \geq 2.000g e boa sucção Apgar \geq 7 no 5º minuto, sem patologia aparente, uma freqüência respiratória entre 40 a 60 mrpm, freqüência cardíaca maior que 100 bpm e menor que 160 bpm.

O nascimento de uma criança tanto pelo parto natural ou cesáreo é considerado complexo, pois considera a saúde do RN podendo este ser de alto-risco, merecendo cuidado na Unidade Neonatal (MACHADO E MEDEIROS, 2001).

Segundo Costenaro (2001), o surgimento da UTIN é fator relevante e sofisticado, pois no momento em que o RN necessita de cuidados especiais passa a conviver 24 horas do dia em um ambiente iluminado artificialmente e hostil. Este local cria tensões e estresse pelas intensidades de emoções, pelas relações interpessoais, pela exposição ao risco de vida, pelas oscilações de sucesso e o fracasso, pela ordem imposta pela equipe, criando um ciclo vicioso entre sentimentos de insatisfação, insegurança e impotência perante as dificuldades.

Como já mencionado, este local mantém um nível de ruídos diários, luzes acesas, monitores e respiradores, vários procedimentos, ventilação mecânica, monitoração invasiva, sondas nasogástricas, vesicais, cateteres umbilicais, uma manipulação contínua da criança pelos fármacos prescritos, dieta e outros.

Este ambiente deve evitar ao máximo as complicações e o estresse desta criança e promover o elo entre pais e bebês (KENNER, 2001).

Humes (2001) descreve o ambiente da UTIN:

a sala vive em constante movimentação. A todo o momento, neonatologistas e internos fazem as rondas, registram anotações em seus prontuários acrescentando mais informações de uma criança doente. As enfermeiras altamente treinadas não saem do lado de seus pacientes – a condição de alguns recém-nascidos é extremamente crítica para que sejam deixados sozinhos por um só momento. Fisioterapeutas respiratórios vão de um bebê a outro ajustando a pressão do respirador, o fluxo do oxigênio e respondendo a alarmes (p.124)

Por outro lado, o ambiente de uma UTI Neonatal pode ser alegre e colorido, visando favorecer e promover não apenas a restauração da saúde, mas como também o desenvolvimento psicoemocional, sendo um ambiente terapêutico em que os trabalhadores conheçam as características e as necessidades da criança sadia e da crítica conseguindo assim minimizar o estresse emocional que representa esta unidade de cuidado. Assim apesar do ambiente ser de grande tensão, pode proporcionar á criança e á família condições para que supere esta experiência de internação, na qual a equipe multidisciplinar esteja voltada ao atendimento das necessidades da criança, família e equipe (CASTELLI, 1998).

Conforme Reichert *et al* (2007), para os pais uma o ambiente de uma UTI tradicional pode denotar esperança e medo, o primeiro por entender o local como um espaço preparado para atender o filho e garantir a sobrevivência, o segundo por saber dos riscos envolvidos no processo de internação em uma UTI e pela falta de preparação para esta separação.

Moreira (2003) descreve o discurso do neonatologista, José Dias Rego, acerca da assistência neste contexto de UTIN:

a primeira coisa a ser considerada na assistência aos pais de um recém-nascido prematuro ou malformado que se encontra em uma Unidade de Tratamento Intensivo é não tratar esse bebê como se fosse um robô, a mercê de conhecimentos técnicos. Não perder de vista a noção de que ele é um ser frágil por questões cronológicas, ponderais e anatômicas, que há pouco saiu do organismo de uma mulher e do contexto de uma família, ou seja, temos que considerar sua assistência do ponto de vista bio-psico-social. (Rego, 1986:167)

Considerando as afirmações anteriormente mencionadas, partimos para o ambiente de estudo, a rotina utilizada por várias unidades de terapia intensiva neonatal, do acesso livre dos pais, tornam a necessidade de haver uma determinação prévia da equipe multidisciplinar acerca dos cuidados e orientações á estes sujeitos. Neste ambiente de tecnologias avançadas é fundamental e de direito da criança a presença dos pais. Preconiza-se o livre acesso, visitas a qualquer hora, o número e o tempo das visitas e sua duração não devem ser controladas, os pais devem ser informados sobre a importância destas visitas, como parte terapêutica, porem deve ser observado a ocorrência de visita “patogênicas”, nesta o familiar não tem controle nem conhecimento sobre isto e é motivado por fenômenos emocionais intensos (BALDINI, 2010).

Baldini (2010), comenta que, “*a importância da interação família-criança observa-se desde os primeiros dias de vida*”, a autora refere que observa-se que naqueles bebês abaixo de 1.500 g, em que a mãe interage muito, através do toque, sorriso, olhar e vocalização, tem como resposta no filho: movimentos corporais e abertura dos olhos. Porém quando a permanência da criança na unidade é longa e esta não responde á estes estímulos, os pais experimentam sentimentos de perda de esperança e pensamentos de que o bebê não se recupere.

O livre acesso na unidade de terapia intensiva neonatal contribuirá para, manter o vínculo entre pais/recém-nascido através do contato físico, toque, desempenhando cuidado participativo minimizando angústias, tensões e apreensões. Portanto fazem-se necessárias orientações de forma realista e humanística acerca desta inserção ao ambiente condicionado ao internalizado (BALDINI, 2010).

Richmond & Waisman (1955), apud Baldini (2010), comentam que o envolvimento dos pais no cuidado é extremamente importante, facilitando a adaptação dos mesmos á situação como também:

Permite-lhes sentir que estão fazendo todo o possível pelo filho doente;
Os sentimentos de culpa são em parte aliviados pelo gasto de energia pessoal nos cuidados com a criança; Os pais sentem-se muito gratos por terem tido a oportunidade de despender o maior tempo possível com o filho;

É confortante para os pais terem a oportunidade de observar e participar, tanto quanto possível, das medidas dirigidas ao alívio da dor e do desconforto do filho.

Baldini (2010), comenta que a partir da década de 1960, surgiram as preocupações sobre as informações aos pais, alguns autores sugerem que no primeiro encontro da equipe com os pais, deve ser realizada uma apresentação, com as respectivas funções e nomes de cada membro da equipe, antes de iniciar as informações de saúde da criança deve-se ouvir o que os pais tem a dizer, fazendo com que eles percebam que as suas preocupações são consideradas. Estas informações devem ser claras e de uma linguagem simples, estas devem encorajá-los a fazer perguntas, mesmo que básicas, mas que revelem seus temores, a autora salienta que os profissionais devem dar informações sempre, assim diminuem a ansiedade destes pais, pois com esta se torna difícil de assimilar as informações dadas.

Nas primeiras horas de admissão na UTIN, os pais devem ser informados sobre as expectativas para os dias seqüentes, procedimentos que possam vir a ser realizadas, cirurgias, mudança no tratamento. Os membros da equipe devem manter um mesmo diálogo, usando os mesmos adjetivos para o estado da criança, para que os pais interpretem da mesma forma sempre.

A relação dos pais e equipe multiprofissional demonstra ser de suma importância para o cuidado à criança, os pais ao serem incluídos no tratamento, podem ser aliados da equipe. A Associação dos Cuidados da Saúde da Criança dos EUA, em 1987, determinou a implementação dos Cuidados Centrados na Família, Baldini (2010), cita alguns elementos de Shelton (1987) sobre os cuidados à família:

Reconhecer que a família é constante na vida da criança, enquanto os sistemas de saúde e a equipe são temporários; considerar os pais como parte da equipe, desde a internação até a alta; auxiliá-los a reassumir ou adaptar os papéis parentais após a fase crítica da doença; delimitar as funções e responsabilidades dos pais e dos profissionais durante a internação, oferecer oportunidades para que a participação destes seja gratificante.

Facilitar a colaboração pais/profissionais em todos os níveis de cuidados; - para a colaboração entre pais e profissionais/equipe ocorrer, é necessário que antes

os profissionais se tornem colaborativos uns com os outros, analisando os papéis de autoridade, de tomada de decisões, resolução de conflitos, pluralidade de pontos de vista, grau de estresse, satisfação com o seu trabalho e rodízio de equipe; realizar discussão com os profissionais/equipe, quanto ao papel da família no ambiente da UTIN.

Compartilhar informações completas e verdadeiras com os pais, acerca dos cuidados com a criança, de maneira apropriada e oferecendo apoio ao mesmo tempo; auxiliar os pais a conhecerem a hierarquia da equipe e da instituição, para que possam procurar as pessoas apropriadas para obter informações. Estas devem ser coerentes, dentre os diversos membros da equipe; manter discussões honestas sobre as condições da criança e seu prognóstico. oferecer oportunidades aos pais para falarem sobre suas preocupações, seus sentimentos, medos, conflitos emocionais e dúvidas;

Reconhecer que, quanto maior a ansiedade dos pais, eles tendem a procurar uma versão mais amena da situação, com diferentes membros da equipe; permitir um tempo adequado, isto é, dar as informações aos poucos, conforme o caso, respeitando a tolerância dos pais, oferecendo apoio quando tiverem de ser más notícias.

Reconhecer a força e a individualidade familiar, e respeitar os diferentes métodos de cada família para lidar com o estresse; reconhecer a variabilidade de respostas á doença crítica, como reações á crise, comportamento de procura de informações e reações de luto. As percepções parentais do ambiente de UTIN, do diagnóstico e da evolução da doença também podem influenciar; identificar fatores estressantes ao ambiente da UTI; fatores relacionados á gravidade da doença, incerteza quanto ao prognóstico, sentimentos de desesperança, alterações no papel parenteral criadas por falta de informações, perda de controle, separação imposta pela internação.

Respeitar valores culturais, religiosos e familiares, além das diferenças socioeconômicas. Avaliar os papéis parentais e relação com o filho, padrões de comunicação, percepção dos pais e compreensão da doença, sentimentos aflorados pela doença e principais necessidades dos pais.

Compreender e incorporar as necessidades de desenvolvimento e emocionais de lactentes, crianças e adolescentes, e suas famílias, realizar um cuidado holístico para com a criança em diferentes faixas etárias, no sistema familiar, suprimindo as necessidades fisiológicas, emocionais, sociais.

São considerações importantes: a natureza e gravidade da doença, o impacto do ambiente não familiar da UTI e de estímulos variados, o efeito dos ciclos de sono alterados e o estresse criado pela imposição de separação dos membros familiares.

Quando possível, fazer preparações antes da admissão na UTI; utilizar programas multidisciplinares para ir ao encontro às necessidades de desenvolvimento das crianças criticamente doentes. Explorar maneiras de aumentar a participação dos pais; adaptar a tecnologia e as rotinas para permitir maior oportunidade para atividades de desenvolvimento. Por exemplo, utilizar respiradores portáteis para crianças dependentes de respirador ou adaptar prolongamentos nos tubos de respirador e oxigênio para aumentar a mobilidade ou promover atividades grupais baseadas na faixa etária e no estágio de desenvolvimento.

Assegurar-se de que sistemas de saúde são flexíveis, acessíveis e responsivos às necessidades de cada família, explorar modelos alternativos que aumentem a continuidade dos cuidados e apoio à integralidade da família, evitar a fragmentação dos serviços quando múltiplos profissionais estão envolvidos.

Baldini (2010) sugere que seja desenvolvida uma filosofia que reflita as crenças da equipe quanto à importância de auxiliar os pais e envolvê-los nos cuidados com a criança. Esta deve ser partilhada por todos os membros da equipe, guiando o planejamento de cuidados com a criança internada em UTI, sendo, instituir horários de visitas flexíveis, que possam aumentar a possibilidade de os pais estarem com a criança o maior tempo possível, realizar avaliações das respostas e necessidades dos pais à admissão e durante a internação da criança na UTI, para planejar as estratégias de abordagem do caso, apoiar os pais na manutenção de seu papel parenteral, conforme a situação permita, e dentro da possibilidade dos mesmos, desenvolver estratégias de apoio aos pais e à criança internada, e encaminhar os casos de ansiedade excessiva para avaliação por profissionais pertinentes.

Segundo Lima *et. al.* (2004), com relação á humanização do cuidado em um UTIN exige-se uma interação entre os profissionais e destes com a família, como também a garantia de acesso ás tecnologias permitindo segurança do recém-nascido, o acolhimento ao bebê e sua família, proporcionando assim uma UTIN humanizada.

3.3 O cuidado na UTIN

Tendo em vista a preocupação pelo cuidar na UTIN, muitos estudos vem sendo realizados.

Costenaro (2001), afirma que o cuidado em UTIN, *“tem a finalidade de preservar a vida e a sua dignidade...entendo a terapêutica da enfermagem como fazer, refazer, construir e reconstruir o cuidado...”*.

Porto (1998), comenta a terapêutica como um tocar, manusear. Neste mesmo sentido, os procedimentos técnicos, a habilidade técnica é tratada como um ato de cognição apenas, e a terapêutica se traduz em sentimentos de cuidar, de atitude, respeito, afeto, estes sentimentos muito subjetivos.

Dentre os sentimentos apontados, como envolvidos no processo de internação na UTIN, temos o estresse, na definição de SELYE (1959) este sentimento é manifesto por uma síndrome de adaptação geral. Podemos perceber que diversos autores trazem a questão do estresse tanto para a criança, quanto para a família, pois ambos necessitam se adaptar em um novo ambiente onde a tecnologia avançada se faz presente.

Para Rossi (1992), o estresse pode ser tanto positivo como negativo, patológico ou normal, este atua na preparação da pessoa para um momento/situação de crise, é uma resposta de um estímulo externo, uma resposta fisiológica ou emocional ao estímulo, desencadeando ansiedade e tensão.

Neste ambiente de alta tecnologia, o procedimento técnico faz-se presente e atrelado a continua execução de tarefas, Costenaro (2001), comenta que este *“se caracteriza pelo fazer, pela execução de uma tarefa. Ele se refere á execução de*

técnicas apropriadas para a prevenção e controle das infecções hospitalares, prevenindo infecções...especificamente do RN...”

Estes procedimentos fazem parte de uma rotina da unidade e de serviços prestados em UTIN, como exemplos, Costenaro (2001) cita: *“higiene corporal, higiene oral, troca de fraldas, punção venosa, sondagens, verificação de sinais vitais...”*. Estes cuidados com o prematuro podem gerar aflição aos profissionais pensando que provocam dor á criança e não o benefício na sua execução.

Conforme Gaiva (2005), na unidade de terapia intensiva neonatal, se segue um ritual desde a entrada até a execução do cuidado, tais como lavagem das mãos e colocar o avental, para as mães estas rotinas são cobradas, ela deve além de permanecer com o seu filho, fazer a ordenha, trocar fraldas, atender ás necessidades do seu filho, a equipe por vezes não a visualiza uma parceria, segundo a autora, isto ainda está sendo construído.

Kenner (2001) afirma que estas mães ao executarem o cuidado na unidade e ao participarem do processo de tomada de decisão, estarão ainda mais seguras para o cuidado da criança em sua residência, para tal é importante que a equipe da unidade forneça e adéqüe as rotinas da instituição e da unidade para que os pais sejam participativos e parceiros no cuidado e tomada de decisão.

Os pais na unidade e no cuidado do prematuro, possuem papel importante, essencial, como também precisam cumprir as rotinas da unidade, por se tratar de um ambiente de cuidados intensivos, tratando de pacientes imunodeprimidos e com fluxo intenso de pessoas (familiares e profissionais), exige uma atenção ao controle de infecções (HENCKEMAIER, 1999).

Por este motivo um dos cuidados e orientações fornecidas aos pais e familiares, como também exigido dos profissionais, é a lavagem das mãos, esta com o objetivo de remover os microorganismos a um nível tão inferior que não possa causar infecção, sendo um procedimento essencial que deve ser realizado antes e após o contato com o paciente (BOYLE, 2001).

Gaiva (2005) fala que o cuidado prestado ao RN e a participação da família neste contexto, é recente, pois segundo algumas pesquisas que foram realizadas mostram que existe uma ambivalência na relação equipe x família, pois a participação da mãe no cuidado ao mesmo tempo que importante, essencial, em

algumas circunstâncias é percebido como algo que lhes atrapalha na execução das tarefas da unidade.

Por estes fatores pode-se perceber que este ambiente pode ser estressante para os pacientes, família e equipe. Os ruídos, a manipulação excessiva, diversos procedimentos, modificações fisiológicas e patológicas da criança como exemplo alterações na oxigenação, frequência respiratória, e para equipe de saúde, a fadiga pela rotina de trabalho e o desgaste em função de tratar de pacientes graves. Os profissionais desta unidade muitas vezes buscam superar os desafios e procuram um atendimento no qual se reconheça a criança como sujeito e seja visto de uma forma holística (TRAGANTE *et al.*, 2010). A mesma autora comenta que:

A ampliação da visão da assistência ao recém-nascido além das necessidades básicas direciona toda a equipe multidisciplinar a oferecer ao mesmo um atendimento personalizado e humanizado, com qualidade de vida e integração social, com participação ativa dos pais durante todo o período da internação, caracterizando-se em uma unidade com excelência de qualidade (TRAGANTE *et al.*, 2010).

No momento da internação a mãe deve ser orientada, é importante que a equipe de saúde da UTIN promova um ambiente receptivo e acolhedor, para fortalecer os laços afetivos, proporcionando a manutenção do vínculo mãe-filho, sendo que a presença da mesma proporciona segurança, equilíbrio emocional e recuperação do deus bebê, durante o período de internação (OLIVEIRA, *et al.*, 2005).

Segundo Pedroso e Bousso (2004), existe uma necessidade de envolver a família no cuidado, para que possam cuidar da criança após a alta. O profissional de saúde deve reconhecer que é preciso incluir a família no cuidado que desenvolve, pois só assim estará humanizando a assistência.

Conforme Tamez e Silva (2006), é de suma importância a participação dos pais nos cuidados com o filho durante a sua hospitalização, pois assim se estabelece e fortalece o vínculo entre eles e contribui para os cuidados após a alta hospitalar, executados pelos próprios pais em domicílio.

3.4 A equipe da UTIN

Partimos então para a equipe multidisciplinar, como um grupo atenta aos cuidados específicos para cada paciente, o envolvimento desta equipe com os pais estimulará o desenvolvimento da criança em um novo ambiente e contexto social. As pessoas intimamente relacionando-se com estes seres humanos são responsáveis pelas primeiras fontes de estímulos, sejam eles sensoriais, cognitivos ou motores, portanto o trabalho da equipe está relacionado á inserção dos pais na atenção ao cuidado do recém-nascido.

Fortes (1998) relata que: *"O respeito à pessoa humana é um dos valores básicos da sociedade moderna, fundamentando-se no princípio de que cada pessoa deve ser vista como um fim em si mesma e não somente como um meio, princípio freqüentemente infringido..."*.

O trabalho da equipe de saúde dentro da UTIN pode fornecer suporte á mãe e á criança, para que estes possam se adaptar em um novo ambiente, a unidade neonatal. A criança experimenta a vida extra-uterina e a mãe o desfecho de um nascimento do seu filho prematuro ou até mesmo patológico. As primeiras doze horas em que a equipe atende esta criança, são carregadas de procedimentos e intervenções para manter a vida da criança prematura, muitos destes procedimentos de alta complexidade, sendo também realizados curativos, punções venosas, entubação, aspiração oro-traqueal entre outros (COSTENARO, 2001).

Desta forma faz-se necessário uma equipe de profissionais e recursos altamente sofisticados, mas, além disto, um ambiente confortável. BEAL (1996) comenta que os neonatos têm atingido um terço ou mais dos pacientes pediátricos hospitalizados em nosso país estes, nas ultimas duas décadas.

3.5.O cuidado de Enfermagem na UTIN

As primeiras teorias de enfermagem datam na década de 60, nesta iniciaram-se as discussões acerca dos fatos relacionados á assistência base para a construção da ciência da enfermagem (HORTA, 1979).

Ao analisar o histórico da atenção á saúde da criança, verifica-se que nos primórdios como ainda haviam poucos médicos e eram comuns doenças e

epidemias (varíola, sarampo, caxumba, varicela, influenza, difteria, febre amarela, cólera, coqueluche, disenteria, TBC, desnutrição e lesões traumáticas), o atendimento médico e os recursos estavam centrados na área urbana e na maioria das vezes prestado às famílias com posses, deste modo na área rural tratava-se as doenças com o auxílio de curandeiros e os partos realizados pelas parteiras (LINO; SILVA, 2001).

Com o acontecimento da Revolução Industrial no século XIX, a negligência ao atendimento, as doenças infantis, a pobreza, foram difundidos. O final deste século é conhecido como a época negra da pediatria. As UTI's aparecem por uma necessidade de atendimento á estas crianças, iniciando pela preocupação de Florence Nightingale neste mesmo século durante a guerra da Criméia. Assim como Florence o médico Abraham Jacobi (1830-1919) é conhecido como o 'pai da pediatria' devido as suas contribuições para a área (LINO; SILVA, 2001).

A assistência de enfermagem tem como objetivo, em sua essência, assistir o ser humano em sua totalidade observando-se a relação mente e corpo, desta forma, pode-se perceber que cada indivíduo é singular e tem necessidades e valores próprios (CAMARGO, 2003).

Vislumbro a assistência de enfermagem pela ótica da compreensão como possibilidade do agir profissional. Compreensão essa que não tem apenas o significado de entender, notar ou explicar as necessidades fisiológicas emergentes da patologia e do tratamento da cliente, mas que nos permite, enquanto profissionais da saúde que somos estar como o outro como pessoa em sua totalidade, e não apenas com a sua doença e/ou tratamento. Privilegiando o outro sim, como pessoa, cidadã e objeto de nosso cuidado, enquanto enfermeiras, sem nos determos somente no problema físico que, de imediato, o aflige, ou seja, valorizando o exercício da empatia e da cidadania como forma de convivência e assistência diária ao outro (Camargo, 2003)

Florence Nightingale, em sua Teoria Ambientalista, afirma que os Enfermeiros devem ser capazes de ir ao encontro das necessidades holísticas do ser humano na doença e na saúde. Outras teóricas afirmam que é uma representação visual para pensar na interação entre ser humano e enfermeiro; e é constituído de sistemas de cuidado de saúde, parte de um enfoque integral da pessoa (LEOPARDI, 1999).

Jean Watson acredita que o foco principal em enfermagem está nos fatores de cuidado que se deriva de uma perspectiva humanista, combinada com uma base de conhecimentos científicos (GEORGE, 1993).

O enfermeiro executa todas as funções técnicas, administrativas e gerenciais (cuidados de enfermagem, procedimentos, supervisiona algumas atividades, realiza exame físico a beira do leito). Contudo Bork (2005), enfatiza que ao mesmo tempo em que o enfermeiro necessita de informações sobre seus pacientes, ele é o profissional chave para documentar informações sobre a assistência prestada. Desta forma, o tempo destinado para as atividades indiretas de assistência deve ser equilibrado pelo profissional e pela instituição, para que a assistência direta aos pacientes não seja prejudicada nem, conseqüentemente, a segurança do paciente comprometida.

Uma das atribuições do enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal consiste na execução do processo de enfermagem sendo ele o método de identificação dos problemas, soluções este processo é a estrutura para a prática da enfermagem. É o enfermeiro quem desenvolve o relacionamento terapêutico, com a família, identifica as metas e necessidades e planeja o cuidado. É este profissional que informa sobre os serviços disponíveis, o tratamento, cuidados dispensados e estimular a família a tomar parte no cuidado, também coordena o serviço de enfermagem e o trabalho da equipe multidisciplinar. Dentre todas estas atividades é o enfermeiro que presta assistência á criança e envolve a família neste processo de cuidado (NISHIDE, CINTRA, NUNES, 2003).

Com base no conjunto de informações descritas acima, podemos observar a complexidade existente nas características dos seres humanos. Desta forma veremos que a natureza de forma cíclica integrante e influenciadora destas, ao homem fornecerá e/ou produzirá uma forma de viver, que será representado pelo sujeito atingido. Relacionando o modelo de Horta (1979), referencial utilizado para muitos estudos da enfermagem, é dividido em três classes as necessidades humanas sendo elas: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais do indivíduo. Seguindo o pensamento destes autores podemos concluir que o indivíduo está constantemente interagindo com o meio de inserção, seja este adulto ou criança. Para Leopardi (1999), também estudiosa do campo da enfermagem baseada na teoria do alcance dos objetivos de Imogene King relata sobre o papel dos enfermeiros versus a interação com o meio.

Enfermeiros são seres humanos como outros seres humanos ambos são sistemas abertos que também interagem com o meio ambiente. Estes são chamados sistemas pessoais e contém categorias tais como percepção, self, imagem corporal. Quando dois ou mais indivíduos, em díades, tríades ou grupos interagem, formam os sistemas interpessoais. O sistema interpessoal compõe-se de papel, interação humana, comunicação. O meio ambiente é o sistema social, no qual os indivíduos se organizam através de formas culturais, legais e institucionais, em relações que incorporam organização, poder, autoridade, status, tomada de decisão. (Leopardi, 1999, p. 91)

Neste ambiente hospitalar, os enfermeiros têm freqüentes oportunidades de facilitar e manifestar o respeito pelos direitos dos pacientes. Ao liderarem uma equipe de trabalho, tais estes técnicos de enfermagem, ou seja, assumindo a liderança da assistência prestada ao paciente, os enfermeiros são a fonte principal de contato pessoal, contínuo com os pacientes e familiares, não obstante seu envolvimento com a tecnologia e com a burocracia hospitalar. Serão eles os responsáveis pela implementação do cuidado a cada paciente, individualmente, o que lhes confere oportunidade de orientá-lo e de prestar-lhe informações completas, precisas e verdadeiras sobre os procedimentos que os integrantes da equipe de enfermagem, entre outros profissionais da saúde, desempenharão com ele e/ou para ele (TREVIZAN, 2002).

Morin (2001, p.61) fala que, *"só existe objeto em relação a um sujeito (que observa, isola, define, pensa) e só há sujeito em relação a um meio objetivo (que lhe permite reconhecer-se, definir-se, pensar-se, etc., mas também existir)"*.

Waldow (2001, p.43) afirma que,

o cuidado humano, referido como uma atitude ética é entendido como uma forma de viver em que seres humanos tentariam harmonizar seus desejos de bem-estar próprio em relação a seus próprios atos em função do bem-estar dos outros...

E desta forma o cuidado sempre esteve presente nas ações humanas, com ênfase por momentos na cura da doença, a mesma autora refere que:

[cuidar] é um ato consciente de amor, ajuda; é educar para a liberdade, auxiliar nas horas em que o sujeito necessita para voltar a caminhar sozinho, é respeitado pela individualidade como ser único e ser do mundo, que tem uma história e que faz a sua história colocando os seus sentimentos, sua arte a serviço de quem dele necessita (Waldow, 2001, p.102).

Atualmente ainda percebe-se que na enfermagem predomina o atendimento centrado em tarefas a serem cumpridas que se sobrepõe à perspectiva de identificar e a atender as necessidades do bebê e de sua família (LOUREIRO *et al*, 2009).

4 MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa é de campo, do tipo exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa preocupa-se com as questões particulares, com as ciências sociais, captando e não quantificando, valores e crenças buscando assim a compreensão dos fatos em estudo (MARTINS, 1989).

A pesquisa de campo é utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (LAKATOS, 1991).

A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de médio porte do interior do estado do Rio Grande do Sul. A instituição hospitalar conta com 108 leitos no total, sub-divididos em unidades de serviços de clínica médica, psiquiátrica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica, unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica, unidade de terapia intensiva adulto, centro cirúrgico e pronto socorro. Conta com os serviços de diagnósticos e tratamento, tomografia computadorizada, ecografia, hemodiálise, quimioterapia e radiologia, serviço de oncologia e ambulatório oncológico.

Este hospital caracteriza-se por ser uma instituição filantrópica, de caráter privado. Entende-se como um hospital filantrópico, toda a instituição particular que pertence a uma entidade não lucrativa reconhecida como utilidade pública, federal, estadual ou municipal, com certificado de fins filantrópicos. Tendo o dever de atender os clientes em regime de internação que buscarem o seu serviço, sem distinção de nacionalidade, raça, opinião política ou outra qualquer condição (MOZACHI, 2007).

O mesmo classifica-se como médio porte pois conforme o autor mencionado, um hospital está classificado de acordo com seu número de leitos, assim, médio porte é aquele que possui de 51 a 150 leitos. Pode ser classificado como geral, sendo destinado a prestar assistência nas quatro especialidades médicas básicas - clinica-médica, clinica- cirúrgica, clinica gineco-obstétrica e clinica pediátrica.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, objeto de estudo, conta com sete leitos, sendo dois leitos para internação pediátrica e cinco leitos para internação neonatal. A área física da UTI Ped/Neo juntamente com a UTIA é de 584,62 metros quadrados.

A UTI Ped/Neo foi inaugurada em 2004 e desde esta data atende crianças de diversas localidades via central reguladora de leitos do Estado.

A coleta de dados ocorreu com dois grupos, um integrado por pais de RN internados na UTIN, sendo o critério de inclusão deste grupo, pais com idade superior a 18 anos, com recém-nascidos prematuros que estivessem internados na UTI Neonatal no período de no mínimo um mês; e o segundo grupo integrado pela equipe de saúde que trabalha na UTIN, sendo médico, fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo e técnico de enfermagem, estes deveriam ter um tempo mínimo de seis meses de trabalho na UTIN da instituição hospitalar em estudo. A coleta de dados ocorreu no período de outubro e novembro de 2010.

Desta forma, foram entrevistados individualmente 9 pais e 19 membros da equipe de saúde da UTIN, escolhidos de forma aleatória, alcançando a saturação de dados em ambos os grupos como critério para encerramento da coleta de dados.

Para as entrevistas, foram construídos dois instrumentos de coleta de dados, um para os pais (Apêndice 1) e outro para a equipe de saúde (Apêndice 2). Os dois questionários tiveram questões fechadas para caracterização dos informantes da pesquisa e questões norteadoras, aplicado pela própria pesquisadora.

Para a coleta de dados dos pais, as entrevistas foram agendadas previamente com eles. Primeiramente, foi feito um contato para convite e explicação sobre a pesquisa, após o aceite dos pais, foi combinado dia e hora para a realização da entrevista. Foi respeitado o direito de escolherem o horário compatível que não atrapalhasse a rotina de visita ao seu filho. No momento da entrevista, primeiro foi

apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após assinado em duas vias por cada participante da pesquisa (Apêndice 3).

As entrevistas com os pais ocorreram em sala reservada na instituição hospitalar, preservando a conversa com os entrevistados e mantendo o caráter confidencial e a privacidade. Esta foi gravada e transcrita posteriormente pela pesquisadora. A sala foi designada pela instituição para a realização da pesquisa.

Para a coleta de dados com a equipe de saúde, foi entregue o instrumento de pesquisa correspondente, sendo que eles puderam levar consigo para casa ou preenchê-lo no local de trabalho observando que não comprometa a sua rotina de trabalho. A pesquisadora se propôs a estar presente na unidade, 2 vezes por semana para entregar e receber o questionário da equipe. Sendo que este contato com a equipe foi agendado previamente.

Para a coleta de dados, a pesquisadora esteve presente nos diversos turnos da unidade (manhã, tarde, noite A e noite B), tendo como média 5 vezes por semana a presença da pesquisadora.

O início da coleta de dados da pesquisa foi após autorização da instituição hospitalar e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNIVATES, conforme protocolo 123/10.

A análise dos dados para caracterização dos informantes da pesquisa foi por meio da análise descritiva por frequência. As questões norteadoras foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo temática de Bardin (2007), produzindo temas. A autora define esta técnica de análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A mesma considera três etapas de análise: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo a inferência e a interpretação.

A pré-análise é chamada por Bardin (2007) de leitura flutuante, faz parte da leitura do material e organização do mesmo, podendo adquirir as impressões obtidas, trechos significativos e categorias.

A *exploração do material* foi realizada através da leitura exaustiva e transformação de núcleos de compreensão, Bardin (2007) “esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas...”

A partir disto dispõe o material em temas e sub-temas surgidos a partir dos objetivos do estudo. Segundo Bardin (2007), “a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero...”.

A autora refere que este é um processo de estruturar, primeiramente isolando os elementos, para posteriormente organizá-los de acordo com as mensagens encontradas, formando um conjunto de temáticas que fornecem a base para a análise.

Para viabilizar a pesquisa, foram respeitados os preceitos contidos na Resolução Ministerial 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Os entrevistados foram informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa. O eventual risco que os participantes estiveram sujeitos foi o constrangimento, o desconforto e o tempo de participar da entrevista.

O material da coleta de dados será armazenado pela pesquisadora por 5 anos, em local seguro, e após este período será destruído. Os dados serão divulgados em defesa pública para obtenção do título de mestre da pesquisadora e por meio de eventos e periódicos científicos da área da saúde.

Cabe ressaltar que, para fins de anonimato, os informantes da pesquisa foram identificados da seguinte forma, para os pais foi utilizada a letra P como se tratando de pais e número conforme ordem da entrevista com os mesmos, portanto de 1 a 5. Para a equipe de saúde, a letra E como se tratando de equipe de saúde e número conforme a ordem da entrevista, portanto de 1 a 19.

5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

O presente capítulo destina-se a apresentação dos dados obtidos das entrevistas realizadas com os pais e com a equipe de saúde da UTIN de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul.

Primeiramente, será apresentada a caracterização dos informantes da pesquisa e posteriormente serão apresentados os temas surgidos das entrevistas conforme Análise de Conteúdo de Bardin.

5.1 Caracterização dos informantes da pesquisa

No que se refere às entrevistas com os pais, obteve-se 9 informantes, destes 4 eram o casal e 1 apenas a mãe. Com relação á idade, 5 pais tem idade entre 18 a 24 anos e 4 pais com idade entre 25 a 35 anos, para escolaridade tivemos 1 dos informantes que referiram ter ensino médio completo, 4 informantes com ensino fundamental completo e 4 informantes com superior completo. Para caracterização da renda familiar dividimos em salários mínimos (FIGURA 2).

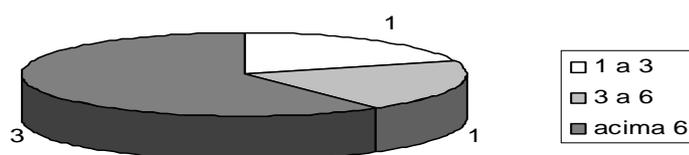


Figura 2: Descrição da renda familiar em salários mínimos dos pais.

FONTE: Pesquisa 2010.

Para a renda familiar, foi referido por 1 informante que a renda familiar está entre 1 a 3 salários mínimos, 1 informante referiu que a renda familiar é de 3 a 6 salários mínimos e 3 dos informantes referiram que a renda é acima de 6 salários mínimos.

Para caracterização dos informantes da equipe de saúde, podemos visualizar na Tabela 1.

TABELA 1 - Caracterização dos informantes da equipe de saúde na UTI Neonatal do hospital.

Profissional	N°	Especialização		Tempo Formação (anos)			Tempo de Serviço na UTI (anos)			
		N	Sim	Não	0-5	5-10	10-	0-1	1-3	3-
AS	1	1			1					1
F	3	1	2	3			2	1		
N	2	2		1	1				1	1
P	1	1		1			1			
M	3	3		1	2		2			1
E	3	3			2	1				3
TE	6	1	5		3	3			1	5

FONTE: Pesquisa 2010.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, obteve-se 19 informantes, profissionais de saúde, que aceitaram participar da pesquisa, destas 3 foram enfermeiras, 6 técnicas de enfermagem, que pertencem ao quadro de funcionários da instituição dos turnos de trabalho, manhã, tarde, noite A e B. No que se refere ao serviço social o hospital conta com uma assistente social sendo que esta participou da pesquisa. Na nutrição o hospital conta com uma nutricionista que faz a parte de produção e uma nutricionista que faz a parte clínica, ambas responderam ao questionário. Na fisioterapia o hospital conta com um serviço terceirizado, as fisioterapeutas prestam serviços às unidades de internação, as mesmas participaram da pesquisa, porém, não fazem parte do quadro de funcionários da instituição e não participam de reuniões setoriais.

No serviço de psicologia conta com duas psicólogas, sendo que uma delas participou da pesquisa.

No que se refere á equipe médica, 3 profissionais aceitaram participar da pesquisa, estas trabalham em regime de plantões e pertencem ao quadro de funcionários da instituição.

Com relação á formação profissional, 12 das participantes referem ter especialização, ao tempo de formação 9 referem ter mais de 5 anos, 6 referem ter um tempo menor de 5 anos de formação e 4 destas um tempo de formação maior de 10 anos.

Quanto ao tempo de serviço na UTIN, 5 dos informantes têm até um ano de serviço na unidade, 3 informantes têm de 1 a 3 anos e 11 dos informantes têm um tempo de serviço na UTIN maior de 3 anos.

5.2 Análise de Conteúdo

Neste sub-capítulo serão apresentados os temas e sub-temas emergidos das entrevistas com os pais e equipe de saúde, conforme a Tabela 2:

TABELA 2 – Descrição dos temas e sub-temas dos pais e da equipe de saúde.

TEMA	SUB- TEMA
AMBIENTE DE UTINEONATAL	- Percepção dos pais sobre o ambiente da UTIN - Percepção da equipe de saúde sobre o ambiente da UTIN.
AMBIENTE DE CUIDADO	- Orientações recebidas pelos pais no momento da internação. - Percepção dos profissionais sobre o conhecimento dos pais quanto ao cuidado com o seu filho. - Orientações dadas aos pais pela equipe de saúde e metodologia de orientação. - Facilidades e dificuldades encontradas ao orientar os pais na UTIN.
AMBIENTE RELACIONAL	- Relação dos pais com a equipe de saúde.

Fonte: Pesquisa 2010.

1º TEMA: AMBIENTE FÍSICO DE UTIN.

1º Sub-tema: **Percepção dos pais sobre o ambiente da UTIN.**

Neste sub-tema, descreve-se a percepção dos pais em relação ao ambiente de UTIN, a maioria, refere-se ao ambiente como marcado pelas rotinas da unidade, os horários de visita, os profissionais, porém nenhum deles mencionou os sentimentos que geram a internação, como os medos, incertezas, seguem as falas:

... no horário de visitas é liberado o pai e a mãe, só não pode quando tem procedimento, outras pessoas o horário é as 15 às 15:30 quem informou foi a doutora, as enfermeiras ajudaram, lavar as mãos na entrada e saída, deixar o telefone desligado, se tocar não atender.”(P2)

Bem no início quando eu cheguei aqui a primeira vez foi a médica que me atendeu, qualquer coisa as enfermeiras o que tu pergunta se elas não respondem elas pedem pra médica responsável, qualquer coisa que tu pergunta para a enfermeira, á como é que ta o neném como é que ela ta indo é com o médico elas não dão...sei que é a médica mas quem é técnico e enfermeiro assim não sei só no crachá...”(P5)

O ambiente da UTIN oferece cuidados de alta complexidade e garantia de sobrevivência às crianças, apesar de sua importância ser relevante e difundida, este ambiente é temeroso, repleto de muitos ruídos, luzes em constante mudança, assim como a temperatura. Assim o envolvimento da equipe na assistência a esta família, ao binômio mãe-filho, como ao trinômio pai-mãe-filho facilita a interação entre os profissionais que por ali passam e executam suas tarefas diárias, visto que este envolvimento facilita a recuperação do RN pelo envolvimento dos pais dentro do processo de hospitalização (MOREIRA, 2001).

Este ambiente deve evitar ao máximo as complicações e o estresse desta criança e promover o elo entre pais e bebês (KENNER, 2001).

A relação dos pais e equipe multiprofissional demonstra ser de suma importância para o cuidado à criança, ao serem incluídos no tratamento, podem ser aliados da equipe. A Associação dos Cuidados da Saúde da Criança dos EUA, em 1987, determinou a implementação dos Cuidados Centrados na Família, Baldini (2010), cita elementos de Shelton (1987), como: reconhecer que a família é

constante na vida da criança, enquanto os sistemas de saúde e a equipe são temporários; considerar os pais como parte da equipe, desde a internação até a alta; auxiliá-los a reassumir ou adaptar os papéis parentais após a fase crítica da doença; delimitar as funções e responsabilidades dos pais e dos profissionais durante a internação. Oferecer oportunidades para que a participação seja gratificante; evitar demonstrar “eficiências” da enfermagem que possam causar diminuição na autoestima dos pais; estimular atividades que estejam ao alcance deles, como confortar a criança, oferecer atividades de diversão e participação nos cuidados diários de higiene, alimentação; as enfermeiras e os outros membros da equipe devem estar cientes do envolvimento profissional de curta duração com a criança, e do impacto de suas intervenções no funcionamento familiar futuro.

O ambiente da UTIN é percebido de forma muito subjetiva, para Scochi *et al* (2003), “*o choque pela hospitalização de um bebê prematuro pode ser compreendido quando observamos os pais serem confrontados com um ambiente estressante e confuso...*”, no mesmo sentido Lamy *et al* (1997), refere que, “*em alguns casos, mesmo identificando o ambiente como assustador, os pais viam a internação como algo positivo para a saúde de seu filho*”.

Em sua primeira visita na unidade, os pais deparam-se com as tecnologias envolvidas no cuidado do seu filho, nestas com freqüência visualizam a criança em uma incubadora, com infusão venosa, sondas, respiradores e incubadoras, neste momento a equipe pode fornecer apoio a fim de que estes compreendam não somente as rotinas, como também o motivo da utilização de todos estes aparelhos para o cuidado (REICHERT, 2007).

A aparência física da criança é um dos determinantes de estresse para os pais, além disto o prognóstico e o tratamento, proporcionando as incertezas em relação á saúde do seu bebê (BUARQUE, *et.al.*, 2006).

Moreno e Jorge (2005), afirmam que “os sentimentos e emoções de mães no mundo da UTIN revestem-se de mudanças de comportamento e hábitos, frustrações, nervosismo, medo, culpa, pena, perplexidade, tristeza, solidão, impotência, incerteza, estresse entre outros”.

Santos *et al* (2005), afirma que a enfermagem interligada a família, é capaz de ajudá-los a compreender e a enfrentar a dificuldade deste momento, fornecendo um cuidado integral e minimizando o estresse destes pais.

2º Sub- tema: **Percepção da equipe de saúde sobre o ambiente da UTIN.**

Os informantes referiram que o ambiente da UTI Neo é um ambiente de cuidado de alta complexidade, estressante, de apoio á família e uma unidade tensa. Em relação á permanência dos pais no local, referem que sentem-se confortáveis sendo que um informante referiu sentir-se desconfortável nos momentos em que são realizados determinados procedimentos no RN que possam ser dolorosos, conforme as falas abaixo:

Uma unidade tensa, na visão dos pais que reporta muito medo. (E1)

Desconfortável quando é realizado um procedimento que fosse doloroso para o paciente. (E17)

Mais ou menos, sei que a presença dos pais é muito importante para a criança, porém, em alguns casos, eles atrapalham um pouco, pois acham que alguns cuidados (HGT, punções venosas...) “judiam” a criança e são desnecessários. (E12)

Como cita Dazzi (2001), o ambiente da UTIN, é um local onde são internados bebês com a termo idade gestacional ≥ 37 semanas, com alguma intercorrência ao nascerem e os prematuros com uma idade gestacional $<$ que 37 semanas, eles precisam de cuidados 24 por dia.

Além do fator ansiedade, está a relação do cansaço pelo alto grau de exigência do saber técnico e carga de trabalho neste local, as questões de vida e morte iminentes, como também as questões éticas (REICHERT, 2007).

Desta maneira o ambiente é marcado por fortes emoções, envolvendo desde a família até os profissionais de saúde que prestam atendimento no local, sendo que cada um irá apresentar graus de vulnerabilidade diferentes, necessidades particulares e específicas (ROLIM, 2006).

2º TEMA: AMBIENTE DE CUIDADO.

1ª Sub-tema: **Orientações recebidas pelos pais no momento da internação.**

Os pais informam que no momento da internação do seu filho na UTIN, foram comunicados sobre o estado clínico da criança e os cuidados gerais que os pais devem ter no ambiente, como a lavagem das mãos ao entrar na unidade, cuidados com o barulho, conforme falas baixo:

...falou que tava tudo bem que tinha um problema no pulmão, um problema respiratório, no mais tava tudo tranqüilo, um pouco de infecção só não sei se era infecção hospitalar no mais tava tudo tranqüilo. (P2)

A doutora falou o que aconteceu no primeiro momento e as condições físicas dele. (P3)

Baldini (2010), comenta que a partir da década de 1960, surgiram as preocupações sobre as informações aos pais, alguns autores sugerem que no primeiro encontro da equipe com os pais, deve ser realizada uma apresentação, com as respectivas funções e nomes de cada membro da equipe, antes de iniciar as informações de saúde da criança deve-se ouvir o que os pais têm a dizer, fazendo com que eles percebam que as SUS preocupações são consideradas. Estas informações devem ser claras e de uma linguagem simples, estas devem encorajá-los a fazer perguntas, mesmo que básicas, mas que revelem seus temores, a autora salienta que os profissionais devem dar informações sempre, assim diminuem a ansiedade destes pais, pois com esta se torna difícil de assimilar as informações dadas.

Segundo Lamy *et al* (1997):

Os pais percebem a internação como algo assustador. Essa forma de ver está relacionada ao ambiente da UTI. Os pais, fragilizados, no momento que saem do seu universo, ficam, portanto, à mercê das normas e condutas

que passam a dirigir os seus passos neste lugar desconhecido, assustador e inóspito que é para eles a UTI-Neonatal.

Gaiva (2005), no mesmo sentido, afirma que no momento da internação a equipe de saúde tem papel essencial, os profissionais tem o papel de minimizar os medos e ansiedades dos pais, desta forma o profissional que recebe o familiar deve proporcionar conforto, tentar responder às preocupações, explicar o estado de saúde, tratamento e equipamentos usados no bebê, deve-se dar ênfase à criança ao invés dos equipamentos ou doença. À medida que os pais vêm à unidade para outras visitas as informações podem ser complementadas.

Reichert (2007), comenta que antes que ocorra a primeira visita dos pais a enfermagem deve prepará-los para tanto, quanto ao aspecto da criança, os equipamentos envolvidos no cuidado do prematuro e as informações com relação às rotinas da unidade.

Na unidade de terapia intensiva neonatal, como atuam diversos profissionais, cada um assume as tarefas de acordo com sua categoria, porém o médico é responsável pelos pacientes, todo o diagnóstico é por ele solicitado, é ele que prescreve o tratamento a ser realizado pelos demais trabalhadores, desta forma ele acaba controlando o processo de trabalho da UTIN (GAIVA, 2004).

A participação dos pais no cuidado ao RN faz-se necessário, como a inclusão da família, emerge a necessidade de criar-se algumas rotinas para o funcionamento da unidade, algumas destas são orientadas na internação, como a lavagem das mãos.

...informações da higiene, de entrar e lavar as mãos, informações básicas assim não fazer barulho aqui dentro, de não atender o celular, foi a médica.
(P5)

Os pais na unidade e no cuidado do prematuro, possui papel importante, essencial, como também precisam cumprir as rotinas da unidade, por se tratar de um ambiente de cuidados intensivos, tratando de pacientes imunodeprimidos e com fluxo intenso de pessoas (familiares) e profissionais, exige uma atenção ao controle de infecções (HENCKEMAIER, 1999).

Por este motivo um dos cuidados e orientações fornecidas aos pais e familiares, como também exigido dos profissionais, é a lavagem das mãos, esta com o objetivo de remover os microorganismos a um nível tão inferior que não possa causar infecção, sendo um procedimento essencial que deve ser realizado antes e após o contato com o paciente (BOYLE, 2001).

É importante orientá-los sobre o ambiente físico da unidade, as rotinas e os cuidados neste local, tais como, diminuir ruídos, a quantidade de luz. Estima-se que o som da incubadora (motor) é de 55-60 decibéis, um nível que para adultos é considerado como confortável, se a criança além de incubadora estiver utilizando, por exemplo, um equipamento respiratório como CPAP, haverá ainda mais ruídos para esta, o que incomodam o bebê e visualizamos através dos valores fisiológicos alterados. Para estes pequenos, um “tempo de silêncio” e a regulação das luzes da unidade, ajudam o bebê a organizar seus padrões de sono e colabora nas alterações hormonais e de temperatura (MOREIRA, 2003).

2º Sub-Tema: **Percepção dos profissionais sobre o conhecimento dos pais quanto ao cuidado com o seu filho.**

No sub-tema percepção dos profissionais sobre o conhecimento dos pais quanto ao cuidado com o seu filho, a maioria dos informantes refere que percebe os pais cientes quanto ao cuidado oferecido ao seu filho pela equipe, sendo isto possível através do diálogo com os pais, pelos questionamentos e pela participação ativa dos mesmos, conforme falas abaixo:

Pois na conversa com os mesmos é possível perceber que eles estão cientes do quadro de saúde do bebê, visto que a equipe orienta e esclarece suas dúvidas e anseios diariamente. (E6)

Na hora da visita, eles nos questionam muitas vezes, sobre várias coisas, quando estão ganhado de peso, quantas vezes ganham dieta etc. (E14)

Pois a grande maioria participa ativamente do processo de tratamento. (E1)

As informações específicas do paciente são dadas pelo médico, muitas vezes usam termos técnicos a compreensão se torna limitada. Quanto às rotinas da unidade e cuidado de enfermagem se percebe que há mais facilidade. (E11)

Segundo Lima *et al* (2004), com relação á humanização do cuidado em um UTIN exige-se uma interação entre os profissionais e destes com a família, como também a garantia de acesso às tecnologias permitindo segurança do recém-nascido, o acolhimento ao bebê e sua família, proporcionando assim uma UTIN humanizada.

Em relação a freqüência das orientações aos pais, os profissionais referem orientar todas as vezes, alguns referiram que não estão desenvolvendo tal atividade sendo esta realizada pela assistente social, outro informante refere não ter contato com os pais, conforme segue:

No momento esta atividade esta ligada a Assistência social. (E7)

Acredito que seja em média uma orientação em função da pouca carga horária. (E1)

Não tenho contato com os pais. (E5)

Oriento nos horários de conversa com os pais e quando necessário durante a permanência no hospital. (E9)

Tragante *et al* (2010), afirma que:

A ampliação da visão da assistência ao recém-nascido além das necessidades básicas direciona toda a equipe multidisciplinar a oferecer ao mesmo um atendimento personalizado e humanizado, com qualidade de vida e integração social, com participação ativa dos pais durante todo o período da internação, caracterizando-se em uma unidade com excelência de qualidade.

A relação dos pais com a equipe de saúde demonstra ser de suma importância para o cuidado à criança, ao serem incluídos no tratamento, podem ser aliados da equipe (BALDINI, 2010). No mesmo sentido, Teixeira (2005), afirma *“quando um campo de confiança se constitui entre os sujeitos, já podemos nos mostrar para o outro com todos os traços de singularidade que marcam nosso corpo e nossa alma, sem medo de sermos rotulados como loucos fracos ou perdedores”*.

3º Sub-Tema: **Orientações fornecidas aos pais pela equipe de saúde e metodologia de orientação.**

Nesta sub-categoria a maioria dos informantes refere que a metodologia utilizada para orientar os pais é o diálogo, escuta sensível e material educativo, como cartazes e folders, seguem respostas:

Escuta sensível, orientações sociais, encaminhamento para a rede de apoio. (E1)

Alguns avisos estão dispostos na forma de cartazes na entrada da UTIN e outras orientações são dadas pela equipe de forma verbal. No quarto oferecido para as puérperas há um mural de avisos. Tenho conhecimento que um folder de orientações está sendo elaborado. (E6)

Conversando de forma informal, material educativo (audiovisual/escrito), demonstrações práticas exemplo: ordenha do leite materno, lavagem das mãos, uso de luvas, máscara se necessita (pois existem pais com infecções virais/cutâneas necessitando deste suporte. (E11)

Para compreender a essência do cuidado humanizado, Reichert (2007), afirma que a *“escuta sensível é tão importante quanto o procedimento técnico, uma vez que nem sempre os conhecimentos técnicos funcionam tão bem diante das situações de estresse...”*

Segundo Pedroso e Bousso (2004), existe uma necessidade de envolver a família no cuidado, para que possam cuidar da criança após a alta. O profissional de

saúde deve reconhecer que é preciso incluir a família no cuidado que desenvolve, pois só assim estará humanizando a assistência.

No momento da internação a mãe deve ser orientada, é importante que a equipe de saúde da UTIN promova um ambiente receptivo e acolhedor, para fortalecer os laços afetivos, proporcionando a manutenção do vínculo mãe-filho, sendo que a presença da mesma proporciona segurança, equilíbrio emocional e recuperação do deus bebê, durante o período de internação (OLIVEIRA, *et al*, 2005).

Sobre as orientações fornecidas aos pais pela equipe de saúde, a maioria dos informantes referiu que são sobre rotinas da unidade, tais como cuidados de higiene, lavagem de mãos, dieta, aleitamento materno, diagnóstico e prognóstico, importância do toque, conforme segue:

Orientação quanto às rotinas da UTIN, cuidados de higiene (lavagem das mãos), horários de conversa de pais com médico plantonista, evolução clínica do paciente (piora ou melhora) prognóstico do paciente. (E9)

Lavagem das mãos, cuidados com higiene do RN (banho, coto umbilical), controle de sinais vitais (significado dos sinais e suas variações), uso medicação e nutrição. (E10)

Conforme Gaiva (2005), na unidade de terapia intensiva neonatal, se segue um ritual desde a entrada até a execução do cuidado, tais como lavagem das mãos e colocar o avental, para as mães estas rotinas são cobradas, ela deve além de permanecer com o seu filho, fazer a ordenha, trocar fraldas, atender às necessidades do seu filho.

Por este motivo um dos cuidados e orientações fornecidas aos pais e familiares, como também exigido dos profissionais, é a lavagem das mãos, esta com o objetivo de remover os microorganismos a um nível tão inferior que não possa causar infecção, sendo um procedimento essencial que deve ser realizado antes e após o contato com o paciente (BOYLE, 2001).

A importância do toque, massagem terapêuticas que passam evitar cólicas abdominais, massagem relaxante, a troca de fraldas/higienização “cuidado” quando efetuar banho, orientações sobre teste pezinho/vacinas,

armazenamento do LM quanto validade no refrigerador/freezer, orientações com coto umbilical/pele. (E11)

O contato dos pais com o bebê, a formação do vínculo e manutenção do mesmo é fundamental durante a internação na UTIN, facilitando o despertar do cuidado com o RN nos pais e conseqüentemente auxiliando no processo de recuperação dele, sendo que futuramente este contato íntimo exerce efeitos no desenvolvimento da criança (LOUREIRO, *et al*, 2009).

Lavar as mãos ao entrar e sair da unidade, os pais podem “tocar” na criança, independente do seu estado, para fortalecimento do vínculo. (E12)

Lavagem das mãos antes e após a entrada, horários para visita, campanha de entrada, identificar-se ao entrar, material de higiene, retirada dos pais para procedimentos, uso do celular dentro da unidade, esgotamento das mamas, leite materno, contato físico com o RN com uso de luvas, informações sobre o quadro apenas pelo médico, alojamento das mães, suporte e ajuda para qualquer dificuldade. (E13)

Sempre que entrarem na UTI lavar bem as mãos, que podem tocar em seus filhos isso é muito importante para o RN. (E14)

Passa orientações aos pais, quando eles podem tocar, dar carinho sempre, lavar as mãos antes e depois de entrar na UTI. (E17)

Lavagem das mãos antes e após tocar o RN, o toque para que haja interação e troca de carinho. (E18)

Estes procedimentos fazem parte da rotina dos serviços prestados em UTIN, como exemplos, Costenaro (2001), cita: *“higiene corporal, higiene oral, troca de fraldas, punção venosa, sondagens, verificação de sinais vitais...”*.

Segundo as autoras:

Verifica-se a necessidade de transformações nesse processo de trabalho, com vistas a ampliar o objeto de ação por meio da inserção da família como sujeito e objeto do trabalho, rumo à construção de um novo modelo assistencial que visa à humanização da assistência ao prematuro e sua família (GAÍVA; SCOCHI, 2004, p. 476).

Esta atenção às rotinas deve ser seguida por todos, porém a humanização do atendimento deve ser pautado em um cuidado singular, conforme afirma Reichert (2007):

o cuidado com a manipulação, postura, som, luz, estresse e dor, á luz do conhecimento das capacidades do recém-nascido, não pode deixar de ser considerados pela equipe. Esta atitude em muito enriquecerá a equipe de saúde, em especial a enfermagem, uma vez que novos alicerces serão construídos, com mudanças de paradigmas para uma nova prática (REICHERT, 2007).

Reichert (2007) salienta que a comunicação neste ambiente é importante para o relacionamento entre família e profissionais, estes últimos devem demonstrar sensibilidade á comunicação verbal e a não-verbal, utilizar uma linguagem de fácil entendimento, como também saber o que falar, mas em um primeiro momento ouvir atentamente. Neste sentido colocar as rotinas a serem seguidas pelos pais e familiares é importante para a unidade, porem este momento de informações deve ser aproveitado para intensificar o envolvimento entre os profissionais e os pais da criança, este sim é o momento de informar-lhes sobre o filho, não apenas com relação á clínica, mas principalmente demonstrar-lhes interesse pela presença deles na unidade e pelos cuidados que serão realizados em seus filhos (REICHERT, 2007).

4º Sub-Tema: **Facilidades e dificuldades encontradas ao orientar os pais na UTIN:**

Os informantes referiram como algumas facilidades encontradas ao orientar os pais, a boa aceitação das orientações, a participação no cuidado, a presença na unidade e o vínculo com a equipe. Conforme segue:

Mostram interesse em participar e conhecer o processo, a permanência de um responsável durante a internação, a infra-estrutura, equipe multiprofissional. (E1)

Na maioria das vezes estão dispostos a receber orientações e segui-las. (E6)

Bom nível de entendimento dos pais, equipe de enfermagem bem preparada. (E10)

Vínculo, conhecer os pais, grau de instrução, longo tempo de permanência permite afinidade melhorando sua compreensão. (E11)

Aceitação dos mesmos quanto as rotinas da unidade fácil acesso para esclarecimentos quando necessário. (E13)

Em relação às dificuldades nas orientações aos pais, os informantes citaram a ansiedade pelo momento de vida que eles estão passando, o entendimento e assimilação das explicações fornecidas, a super proteção, os horários de trabalho do profissional e o horário em que os pais estão presentes na unidade e a necessidade de um manual de rotinas para os pais. Conforme segue:

Ansiedade dos pais com relação á doença e internação, pais que permanecem na UTI... (E10)

Dificuldades de alguns pais no entendimento das explicações (evolução do paciente e estado geral). (E9)

Super proteção dos pais em relação ao atendimento fisioterápico (alguns criam algumas resistências). (E2)

Nem sempre encontro os pais no meu turno de trabalho para orientá-los, baixa escolaridade, dificuldade de assimilação das orientações, falta de um local específico e adequado para fornecer orientações, equipe

multidisciplinar que dê “as mesmas” orientações, todos com a mesma linguagem. (E6)

Necessitamos de orientações por escrito sobre as rotinas da UTIPED/NEO para ser dado aos pais no momento da internação para que sejam mais facilmente cumpridas. (E8)

Gaiva (2005), cita que o cuidado prestado ao RN e a participação da família neste contexto, é recente, algumas pesquisas que foram realizadas mostram que existe uma ambivalência na relação equipe x família, pois a participação da mãe no cuidado ao mesmo tempo que importante, essencial, em algumas circunstâncias é percebido como algo que lhes atrapalha na execução das tarefas da unidade. Ainda salienta que o baixo nível socioeconômico pode dificultar, tanto o entendimento quanto a ida ao hospital em relação ao transporte, quando surgem tais dificuldades eles devem ser encaminhados ao serviço social, para que eles contem com uma rede de apoio e possam estar junto ao seu filho.

O Ministério da Saúde (2001) indica que a equipe de saúde é capaz e deve estimular a entrada dos pais e o encontro com seu filho, e respeitar a individualidade de cada um e forma de reagir frente ao filho doente, os pais tem a necessidade de sentir-se apoiados para aproximarem-se do seu filho e estarem preparados para tal.

Reichert (2007) afirma que, os sentimentos vivenciados pelos pais, envolvidos no processo de internação de seu filho na UTIN, gera conflitos e ansiedade, sendo uma dificuldade para o entendimento, assim a equipe deve considerar estes fatos e humanizar ainda mais a assistência. A capacidade dos profissionais entenderem estas necessidades singulares é importante para a rotina da unidade, essa observação dos comportamentos matriciais, diminuem também o estresse da criança e contribuem para o conforto e segurança da mesma. Este humanizar na UTIN é individual e denota a prática de trabalho de cada profissional.

Como afirma Dittz (2006), “...parece-me fundamental indicar a realização da educação permanente voltada para os profissionais responsáveis pela assistência ao recém-nascido e sua família, no sentido de contribuir na formação e na capacitação desses profissionais... em uma lógica ampliada.” Esta autora refere que dentro de algumas estratégias, a sensibilização dos profissionais de saúde que

trabalham na UTIN para participar das atividades realizadas com mulheres-mães, estas atividades para ela são uma possibilidade de os profissionais de saúde interagirem e conhecerem as necessidades reais (DITZ, 2006).

Com relação á humanização do atendimento prestado, esta não pode estar desvinculada à abordagem cultural destes pais, esta cultura influencia no que eles acreditam, na forma em que vivem e a significação de suas experiências de vida, portanto o profissional deve estar atento nestas questões podendo compreender os sujeitos e as dimensões subjetivas e objetivas envolvidas no processo de cuidar (MULLER, *et al*, 2007).

3º TEMA: AMBIENTE RELACIONAL

Sub-Tema: Relação dos pais com a equipe de saúde.

Nesta categoria a maioria dos informantes referiu que as orientações recebidas foram dos profissionais médicos plantonistas e equipe de enfermagem. Estas informações, na sua maioria, foram sobre o quadro geral dos seus filhos, prognóstico e procedimentos, conforme os discursos abaixo:

Bem no inicio ela citou o estado dele que tipo assim na quinta-feira chegaram a tirar o O2 dele e tinham colocado na terça na quinta tiraram pra ver se ele ia conseguir respirar sozinho e não conseguiu, voltaram a colocar e foi sábado que ela falou pra nós que na segunda-feira iam tentar tira de novo, então a médica acaba passando as informações, o quadro de saúde dele, na parte da manhã pelas 11 horas e á tarde tinha uma outra médica, que passava o quadro dele, sempre o médico, a gente até assim tentou pedir para as enfermeiras, que a doutora não estava, mas elas se negaram e elas falaram que não podiam, até a gente não sabia disso também, mas o pessoal sempre ta em cima. (P2)

Recebemos informações do neném, tipo hoje ele ta com sonda não ta recebendo nada de alimento, recebemos uma previsão.”(P5)

Moreira (2003), afirma que ao visitarem o seu filho, é importante que os pais identifiquem quem está cuidando da criança no plantão, assim eles se sentirão a

vontade para perguntarem sobre os cuidados com a criança, mesmo assim, algumas informações só poderão ser fornecidas pelo médico ou pela enfermeira. O médico é o profissional que irá esclarecer dúvidas, e orientá-los sobre o estado de saúde da criança, possíveis causas da doença e o prognóstico. A autora afirma que a equipe de saúde deve ser um elo entre mãe e filho, revelando o estado de saúde da criança e sobre o ambiente de cuidados intensivos, a presença dos profissionais deve além de informações proporcionar, suporte emocional.

Pra mim elas (equipe de enfermagem) nunca falaram nada porque eu nunca perguntei, com a médica eu já falei... (P4)

Enfermeiras orientam sobre lavar as mãos. (P5)

“... não sei entre o pessoal que ta trabalhando ali qual é a profissão de cada um, também não sei se são todos enfermeiros ou se tem auxiliares ali isso eu não sei, a questão do celular, de lavar as mãos, de usar o interfone, do leite...”(P2)

No processo de trabalho na unidade de terapia intensiva neonatal, é frequente que médicos e profissionais de enfermagem não conseguem se comunicar adequadamente, o médico como determina o diagnóstico e o tratamento, por vezes altera condutas e não comunica os demais, neste caso caracteriza-se a hegemonia médica, neste modelo de atendimento a integração dos diferentes profissionais não é possível e a ascendência e autonomia do médico anula o trabalho de uma equipe multiprofissional. Como exemplo, na enfermagem grande parte do trabalho, é desempenhado sob supervisão e a pedido do médico (GAIVA, 2004).

Observa-se que a inclusão da mulher-mãe no cuidado do recém-nascido internado na UTIN é dificultada pelo processo de trabalho da equipe de saúde, muitas vezes determinado por um fazer sobrecarregado, estressante e rotineiro. Esse fazer, orientado pelo modelo biomédico e curativo, dificulta o reconhecimento, pelos profissionais de saúde, da mulher-mãe como uma parceira no processo de cuidado (DITZ,2006).

Como afirma Leopardi (1999):

Na medida em que cada profissional executa parte das ações assistenciais, pode se estabelecer uma possibilidade de trabalho com autonomia relativa, uma vez que o modo como cada profissional organiza e controla o seu próprio trabalho ou de sua equipe não depende do diagnóstico médico.

Para Gates e Wright (1994), *“os pais necessitarão de assistência para familiarizarem-se com seus neonatos e com a Unidade de Tratamento Intensivo.”*

Oliveira (2005) comenta que a equipe de saúde da UTIN deve promover para a unidade um ambiente receptivo e acolhedor, fortalecendo os laços afetivos, proporcionando a segurança e recuperação do bebê.

No mesmo sentido Costa *et al* (2009), afirma que o diálogo entre o profissional e a puérpera minimiza a ansiedade, no momento em que são esclarecidas as dúvidas o profissional desenvolve a educação em saúde e promove qualidade de vida à estes que precisam de apoio no serviço.

Em relação às informações recebidas durante a internação, a maioria dos informantes refere ser importante estas informações/orientações que recebem durante a internação do seu filho, também comentaram que na maioria das vezes quem os orientou foi a médica plantonista e referiram que a equipe de enfermagem não pode orientar, conforme vimos na fala seguinte:

Eu acho que é bom elas cuidam bem dele..eu acho que ele ta sendo bem cuidado, elas (equipe de enfermagem) não tem ordem pra dar mais informação no caso só a médica, que nem tem uma médica de manhã uma de tarde e uma de noite e dão informação, elas perguntam se ele mamou bem... (P1)

Muitas vezes fica aflito, mas no primeiro dia a gente tava assim, no segundo também e depois já começamos a ficar mais calmos o pessoal chega tenta acalmar toda a equipe, e tu vê que o pessoal é competente, o pessoal sabe o que faz, muito bom, não tem o que contestar, nada contra. (P2)

Não sem dúvida é importante porque não temos conhecimento nenhum nunca aconteceu, nosso primeiro filho então acho importante sim. (P3)

É bastante importante é uma atenção extra todo cuidado é pouco é um prematuro. (P5)

A internação da criança na UTIN remete vários sentimentos aos pais e familiares, neste sentido Costenaro e Martins (1998), afirmam que:

considerando o desejo das mães em quererem cuidar de seus filhos, não devemos nos esquecer que os pais devem ser considerados como membros da equipe de cuidado e não como meros visitantes e estorvos; não devemos permitir que a tecnologia que envolve uma UTI prive as mães de ter condições e o direito de cuidarem de seus filhos.

Mittag e Wall (2004) comentam da importância de os pais se sentirem acolhidos na UTIN, e que fique bem esclarecido da necessidade destes no cuidado desta criança e que não atrapalham para tal. Os pais sentem-se agradecidos pelas orientações e por poderem participar do cuidado ao seu filho, mesmo quando graves e intubados, isto estimula os profissionais de saúde a prestar uma assistência contando com a participação dos pais, as autoras referem que o reconhecimento dos pais é gratificante.

Lamy *et al* (1997) afirmam que:

para se chegar a uma assistência mais voltada para a humanização, o caminho passa necessariamente pelo entendimento de como os pais percebem a internação de seus filhos. Para isso, é fundamental que, ao estabelecer uma relação com os pais, o profissional de saúde não esteja seguro de tudo o que será necessário informar e esclarecer, mas deixe um espaço para perguntar e ouvir.

Gaiva (2004), fala sobre os papéis dos profissionais na UTIN e sobre a hegemonia médica, comenta sobre a dificuldade de integração entre as diferentes profissões que transitam neste ambiente de cuidados complexos, sendo que o local propicia a ascendência e autonomia do médico anulando o trabalho de uma equipe multiprofissional.

Neste local é importante que a equipe de saúde acompanhe os pais, principalmente no momento da internação, pois no primeiro contato com o bebê surgem dúvidas e questionamentos de o porquê isto está acontecendo com o bebê. Para minimizar os sentimentos envolvidos, ansiedade, medos, é papel da equipe demonstrar-se disponível para conversar e ouvir as dúvidas e preocupações da família (LIMA; ROCHA; LIMA, 2004).

Santos *et al* (2005), referem que os profissionais devem compreender o apego, através da linguagem do apego, este compreender faz parte de uma visão holística do cuidar, incentivando e estimulando conseqüentemente fortalecendo os laços afetivos desta família.

Na UTIN, deve existir uma interação entre a equipe de saúde (profissionais) e destes com os pais, proporcionando um atendimento e uma unidade humanizada (LIMA *et al*,2004).

Estes profissionais da equipe de saúde devem preparar-se para receber os pais, orientá-los e compreender as reações oriundas da situação por eles vivenciada, ao acolher e orientar devem fornecer o estado de saúde do bebê, o tratamento, prognóstico e colocar-se á disposição para esclarecer dúvidas, orientar sobre as rotinas da unidade, como horário de visitas, aleitamento materno, lavagem das mãos antes e após sair da unidade. A equipe de saúde deve incentivar o toque leve e carinhoso, fortalecendo o vínculo (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

O cuidado ao bebê além de oferecido pelos profissionais da unidade deve ser compartilhado com os pais, o envolvimento entre a equipe de saúde humaniza e facilita uma visão holística neste cuidado contando com a participação dos diferentes sujeitos, pais, recém-nascidos e profissionais. Com a definição dos autores, torna-se evidente que todos os profissionais devem interagir com os pais e informar-lhes sobre o que está acontecendo com a criança, não sendo uma competência específica de um dos profissionais de saúde (BASSANI; LIMA; FLEITER, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu conhecer a percepção de pais e equipe de saúde sobre o ambiente de cuidado ao recém-nascido internado numa unidade de terapia intensiva neonatal. Nesse percurso, vivi momentos inquietantes, invadida por dúvidas e temores na medida em que explorava o material que havia adquirido com a pesquisa e enquanto avaliava os significados de cada depoimento.

Os informantes da pesquisa foram pais de recém-nascidos internados na unidade, como também a equipe de saúde da mesma. Os pais apresentavam uma idade variando de 18 a 35 anos, com relação à escolaridade, na sua maioria com ensino médio completo e superior completo e com uma renda familiar oscilando de um a seis salários mínimos.

Os profissionais de saúde que participaram deste estudo foram, assistente social, fisioterapeuta, médico, técnico de enfermagem, enfermeiro, nutricionista e psicólogo. Dos profissionais da instituição tivemos 19 informantes, a maioria tem curso de especialização, tempo de formação entre cinco e dez anos e tempo de serviço na UTIN maior de 3 anos.

A partir da análise das questões norteadoras surgiram 2 temas e sete subtemas.

Em relação às percepções dos pais, os principais resultados surgidos foram sobre as orientações recebidas no momento da internação, e estas referente ao estado clínico da criança e cuidados gerais como a higiene, lavagem das mãos ao entrar na unidade, cuidados com o barulho, troca de fralda e cuidado com o coto umbilical, o prognóstico e os procedimentos. O profissional que os orientou, na sua maioria, foram os médicos plantonistas e da enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A participação dos pais no cuidado faz-se necessário, como a inclusão da família, emerge a necessidade de criar-se algumas rotinas para o funcionamento da unidade, algumas destas orientadas na internação, porém como essencial nesta unidade é o acolhimento dos pais que internam seus bebês neste local.

Sobre a percepção dos pais em relação às orientações fornecidas pela equipe de saúde sobre o cuidado com o seu filho, estes referiram que são importantes, já que eles não têm conhecimento sobre o que esta acontecendo e ficam aflitos. Também, comentaram que na maioria das vezes, quem os orientou foi o profissional médico, salientaram que a equipe de enfermagem não pode orientar sobre o estado de saúde da criança sendo esta realizada somente pelo médico.

Para estes pais o ambiente da UTIN, é percebido como um ambiente de rotinas, com os horários de visita e vários profissionais, porém nenhum deles comentou sobre os sentimentos envolvidos no momento da internação do seu filho, sobre o medo da perda desta criança ou sobre o ambiente confuso e complexo da UTIN.

Os principais dados obtidos com a equipe de saúde, primeiramente foi em relação à percepção sobre o ambiente, a maioria referiu este como sendo de alta complexidade, estressante, de apoio à família e tensa. Em relação à permanência dos pais na unidade, a maioria referiu que se sentem confortáveis e em alguns momentos desconfortáveis quando há algum procedimento, por exemplo.

A percepção do conhecimento dos pais quanto ao cuidado com a criança, para a equipe de saúde os pais estão cientes quanto ao cuidado oferecido ao seu filho. Em relação à interação entre pais e equipe de saúde, os profissionais referem conversar com os pais e orientá-los durante sua permanência na unidade, a frequência das orientações como sendo todas às vezes que necessário alguns referiram que não estão desenvolvendo tal atividade e que no momento é realizada pela assistente social, outros referiram não ter contato com os pais.

Quanto a metodologia de orientação, a equipe de saúde referiu como sendo através do diálogo, escuta sensível e material educativo, como cartazes e folders. Tais orientações são sobre rotinas da unidade, diagnóstico e prognóstico. Foi referido por eles que as facilidades encontradas ao orientar os pais, são a boa

aceitação das orientações, a participação no cuidado, a presença na unidade e o vínculo com a equipe.

Em relação às dificuldades relatadas pela equipe de saúde nas orientações aos pais, a equipe citou a ansiedade, a falta de entendimento das explicações relacionado ao grau de escolaridade, super proteção dos pais, os horários restritos do profissional que não possibilita o encontro com os pais e a necessidade de um manual de rotinas para os pais.

Estes achados foram os subsídios para que se alcançasse a finalização deste estudo e ao encerrá-lo, aflora em mim o sentimento de que não conclui o assunto e ainda tenho muito que descobrir.

Percebi que existe uma fragilidade explícita nos sujeitos envolvidos no cuidado à criança. Para os pais um ambiente que gera muitos anseios e a decepção de não poder levar seu bebê consigo e a espera que ele adquira padrões fisiológicos suficientes para que tenha alta e vá para casa, do outro lado um ambiente no qual a equipe de trabalhadores de saúde apresenta suas singularidades e limites e por fim um recém-nascido envolto neste âmbito de necessidades, um ser amado e cuidado.

A inclusão da família é preconizada, neste ambiente de intensivismo, percebe-se uma necessidade para a recuperação da criança. Quanto mais participativos e conscientes, os pais, melhor o andamento da unidade, o cumprimento das rotinas e a prestação dos cuidados ao prematuro. Que eles saibam o que é uma UTIN, como é o ambiente físico da unidade, o porque das rotinas e os cuidados que lhes foram solicitados, tais como, diminuir ruídos, o não uso do telefone celular dentro da UTIN, os aparelhos envolvidos no tratamento do seu filho, como incubadora, respirador etc.

Percebe-se que a inclusão dos pais no cuidado do recém-nascido internado na UTIN é tido como uma das dificuldades para a equipe de saúde, pelo modelo de atendimento, pela hegemonia médica, por considerarem o ambiente estressante, isto pode dificultar o reconhecimento pela equipe de saúde, dos pais como parceiros no processo de cuidado.

Deste modo penso que é de extrema importância que sejam realizadas pesquisas neste contexto, para um maior aprofundamento sobre o tema, para que possamos auxiliar tanto as equipes de saúde quanto as famílias que têm seu recém-

nascido em uma UTIN, como também melhorar o atendimento destas crianças, que é influenciado pela interação dos pais com a equipe.

Neste sentido, percebo que a educação permanente em saúde, contribuirá na formação e na capacitação para o assistir desta família e do prematuro internado e submetido a tantas intervenções durante seu atendimento.

Como contribuição, sugiro que na formação técnica, na graduação e na pós-graduação, devem ser iniciadas tais discussões, para que formados estes profissionais se mobilizem em busca de um cuidado cada vez mais pautado na humanização. Ainda, através de cursos de atualização profissional poderemos melhorar o cuidado.

Pensando em um cuidado humanizado, este estudo tornou evidente o papel exercido pelos profissionais de saúde, no processo de internação do recém-nascido na UTIN, além disto, o quanto o ambiente está diretamente influenciando estes sujeitos, como Florence Nightingale já o mencionava como condicionante e influenciador.

O que é referido por Florence remete aos achados neste estudo, um dos ambientes de desenvolvimento iniciais da criança. A unidade de terapia intensiva neonatal, através de um cuidado integral poderá facilitar a sua recuperação, como também promover o vínculo entre o recém-nascido e sua família e posteriormente a sua inserção na sociedade.

REFERÊNCIAS

AVERY, Gordon. Perspectivas em neonatologia. **Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1978. 1035 p.

AVERY, GB. **Neonatologia, fisiologia e tratamento do recém-nascido**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1984.

AVERY, GB. **Neonatologia, fisiologia e tratamento do recém-nascido**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2007.

BALDINI, SM. **Humanização em UTI pediátrica e neonatal: estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe/Sonia Maria Baldini, Vera Lúcia Jornada Krebs**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

BEAL, Judy A. 1996. Neonatal nurse practitioners: identity as advanced practice nurses. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing – JOGNN**, v.25, n.5, p. 401-406, jun.

BESSANI, L.S.; LIMA, F.A.; FLEITER, M. **Humanizando o atendimento ao prematuro em uti neonatal**.

BORK, Anna Margherita Toldi; MINATEL, Vanda de Fátima (Org). **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BOYLE, C; HENLY, S; LARSON, E. Understanding adherence to hand hygiene recommendation: The theory of planned behavior. **American Journal of Infection Control**. v. 29, n.6, p. 352-60, 2001.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 10 de nov. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru – manual técnico**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: Documentobase para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Imprensa Oficial, 2000. 16 p.

_____. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Imprensa Oficial, 2001. 60 p.

BUARQUE, V. et al. The influence of support groups on the family of risk newborns and neonatal unit workers. **Jornal de Pediatria**. v. 84, n.4, p.295-301, 2006.

CAMARGO, Tereza Caldas; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Atenção à Mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, set.-out. 2003.

CASTELLI, Moira; Lacerda, Denise Pourrat Dal-Ge; Carvalho, Maria Helena Ribeiro de. **Enfermagem no Centro de terapia intensiva pediátrica**. São Paulo: Roca, 1998.

CATALDO, M.; MALDONADO, A. J. Psychological effects of paediatric intensive care on staff, patient & family. In: ROGERS, M. C. (Ed.) **Textbook of Paediatric Intensive Care. Vol. 2**. Maryland, USA: Williams & Wilkins, 1987, pp. 1461-1481.

COSTA, D.G.; CHAGAS, G.M.S.; SOUZA, N.R. Educação em saúde para mães em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Ciência Et Praxis*. v.2, n.3, 2009.

COSTENARO, R.G.S. Ambiente Terapeutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI Neonatal. Florianópolis: Centro Universitário Franciscano, 2001.

COSTENARO RGS; MARTINS DA. Qualidade de vida do recém-nascido internado em U.T.I.: as relações mãe-filho. *Cogitare Enferm* 1998; 3(2): 56-9.

DAZZI AMR, SANTOS DSC. Humanização na UTIs neonatais: atitudes que salvam vidas. Online [Internet] Out 2008.

DESLANDES, Suelly Ferreira; GOMES, Romeu. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – notas teóricas**. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO – MARTÍNEZ, Francisco. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

DITZ, ES. A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2006.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L; MACHADO, W.C.A. **Tratado prático de enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

FORTES PAC. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos.** São Paulo (SP): EPU; 1998.

GAÍVA, M.A. M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI Neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 22, n. 3, p. 469-76, 2004.

GAÍVA, MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, 2005 jul-ago; 58(4): 444-8.

GAÍVA, MMA; SCOCHI CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto- SP, 2004, maio- junho; 12(3):469-76.

GATES, MR; WRIGHT, EG. Considerações de enfermagem em emergências neonatais. In: Donn SM, Faix RG. **Emergências neonatais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p. 74-87.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GEORGE, J.B. e colaboradores. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. 4ª edição. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

HENCKEMAIER, L. **O cuidado transcultural às famílias no hospital: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para sua prática**. Florianópolis: UFSC, 1999, 115p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HUMES, E. **Bastidores da UTI Neonatal**. Reader's Digest Seleções. Rio de Janeiro, Abril, 2001.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2ª Ed. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores: 2001.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

LAMY, Z.C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva**. 1995. 200f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 1995. 200p.

LAMY ZCP, GOMES R, CARVALHO M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**. 1997, 73(5):293-297.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.



LIMA, H.F.; LIMA, M.I.; ROCHA, L.S. **Experiências de pais no cuidar de RN na UTI Neonatal**: passando o meu amor, a minha força e a minha energia, ele se recupera mais rápido. 2004. Monografia – Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, 2001. out.; 41 (4): 25-29

LISBOA, A.M.J. et al. **Assistência ao Recém-Nascido: Normas e Rotinas**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 1999.

LIVRO DA CRIANÇA: Manual de protocolos clínicos na hospitalização. – São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

LOUREIRO, LL. et al. **Reações dos pais diante da hospitalização de um recém-nascido em UTI Neonatal**. LINS – SP, 2009.

LUSSKY RC. A century of neonatal medicine: technological advances and changing social values have led to stunning gains in newborn medicine. Minnesota Medical Association. 1999. Disponível em: www.mnmed.org/publications/MnMed_1999. Acesso em 10 dez.2010.

MACHADO, C.M.D.; MEDEIROS, H.F. Reflexões sobre a assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo em unidades neonatais. In COSTENARO, R.G.S (org.) **Cuidando em enfermagem: Pesquisas e reflexões**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

MARTINS, J. **A pesquisa qualitativa em Psicologia**. São Paulo: Educ, 1989.

Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 3432-12 de agosto de 1998. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/portaria.htm>, Ministério da Saúde, 2004. Acesso em 10 dez. 2010.

MIRANDA, Luci Pfeiffer; RESEGUE, Rosa; FIGUEIRAS, Amira Consuelo de Melo. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, v.79, 2003.

MITTAG, B.F.; WALL, M.L. **Pais com filhos internados na UTI Neonatal- sentimentos e percepções**. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.6, n.2, p.134-145, maio/ago.2004

MÜLLER, CP, ARAÚJO VE, BONILHA ALL. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2007; 9(3): 858-65

MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. RJ: Ed. Fiocruz, 2003.

MOREIRA, M.E.A. **Estressores em mães de recém-nascidos de alto risco: sistematização de assistência de enfermagem.** [Mestrado]. João Pessoa (PB): Programa de Pós- Graduação em Enfermagem/UFPB; 2001.



MORENO, RLR; JORGE, MSB. Sentimentos e moções da mãe acompanhante no mundo da UTI: descrição fenomenológica de mudanças existenciais. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro. V.13.p.175-180.2005

MORIN, Edgar. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 3 ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

MOZACHI, N. **O Hospital**: manual do ambiente hospitalar. 8. ed. Curitiba: Os autores, 2007.

NEONATOLOGY. Neonatology. Disponível em:
<http://www.neonatology.org/index.html>, 2004. Acesso em 12/11/2009.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: what is and what is not**. New York: Dover publications, 1969.

NISHIDE, V.M; CINTRA, E. A; NUNES, WM. **Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. EPU, 2ed. São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, I. **Vivenciado com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante**. 1998. 162 f. Tese (Doutorado em enfermagem) – escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

OLIVEIRA, BRG; COLLET, N; VIEIRA, CS. A humanização na assistência a saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. 2006 Mar-Abr.

OLIVEIRA, MMC; *et al.* Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém nascido internado em uma unidade neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.39, n.4, p. 430-436, 2005.

PEDRON, CD; BONILHA, ALL. **Unidade neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implantação e práticas de atendimento** [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

PEDROSO, G.E.R; BOUSSO, R.S. **O significado de cuidar da família na UTI neonatal**:: crenças da equipe de enfermagem. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, 2004. Disponível em:
<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1637/1066> Acesso em 12 dez. 2009.

PORTO, Fernando. 1998. Refletindo sobre a qualidade do cuidado neonatal. In: **ENCONTRO DE ENFERMAGEM NEONATOLÓGICA**, 2, São Paulo – SP, 8 a 10 set.

REGO, J.D. **Assistência aos pais de recém-nascidos prematuros, doentes e malformados**. São Paulo: Nestlé – Serviço de Informação Científica, 1991. s.1 (Temas de Pediatria, 48).

REICHERT, A.P.S; LINS, R.N.P; COLLET, N. **Humanização do cuidado da UTI Neonatal.** Revista Eletrônica de Enfermagem – Universidade Federal da Paraíba,



2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>. Acesso em 14 dez.2010.

RESOLUÇÃO Conselho Federal Assistente Social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/legislacao.php-assist.social>. Acesso em: 24 nov. 2010.

RESOLUÇÃO Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/codigo_etica/. Acesso em: 24 nov. 2010.

RESOLUÇÃO Conselho Federal de Nutrição. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/conteudo.aspx?IDMenu=35>. Acesso em: 24 nov. 2010.

RESOLUÇÃO Conselho Federal de Medicina. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122. Acesso em: 24 nov. 2010.

RESOLUÇÃO Conselho de Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcoren.gov.br/web/coren_legisla_E.php. Acesso em: 24 nov. 2010.

RESOLUÇÃO COFEN- 240/2000. Disponível em: <http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4280>>. Acesso em: 24 nov. 2010.

RESOLUÇÃO Conselho Federal de Fisioterapia. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=506&psecao=5. Acesso em: 24 nov. 2010.

RODRIGUES, RG; OLIVEIRA, ICS. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Rev Eletr Enferm.** 2004; 6: 286-91.

ROLIM KMC, CARDOSO MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino- Americana Enferm.** 2006; 14 (1): 85-92.

ROSSI, A.M. Especial Stress. **Rev. Saúde**, 10(2): 44-63, 1992.

RUGOLO, LM. **Sepse Neonatal- Manual de neonatologia**. Revinter, 2000; 221-6.

SANTOS, M.C.L. et al. **Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro**. Revista Enfermagem UFPE On Line, Recife, 2005.

Disponível em:

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/viewFile/68/42>

Acesso em 20 nov. 2010.

SCHAFFER AJ, AVERY ME. **Diseases of the newborn**. Philadelphia: Saunders; 1977.

SCHAFFER, R. The early experience assumption. Past, present and future. **International Journal of Behavioral Development**, Thousand Oaks, CA, v.24, n.1, p. 5-14, 2000.

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. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p.539-543, jul-ago. 2003.

SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. 245f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C.G.S.; BRUNHEROTTI, M.R.; FONSECA, L.M.M.; NOGUEIRA, F.S.; VASCONCELOS, M.G.L.; LEITE, A. M. Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva destas mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 727-735, set./out. 2004.

SELYE, Hans. 1959. **Stress**: a tensão da vida. São Paulo: IBRASA.

SILVA, M.J.P; TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI Neonatal**: assistência ao recém nascido de alto risco. Terceira edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, Aspásia Basile Gesteira. **Enfermagem Neonatal cuidado integral ao recém-nascido**/Aspásia Basile Gesteira Souza, organizadora. – São Paulo: Martinari, 2011.

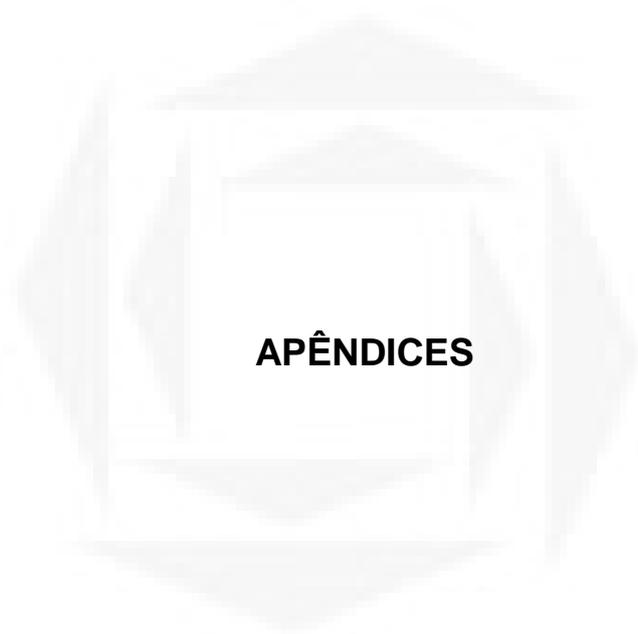
TAMEZ, Raquel N., SILVA, Maria J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal, Assistência ao Recém Nascido de Alto Risco**. 3. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TEIXEIRA, RR. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005; 10 (3): 585-597

TRAGANTE, CR; CECCON, ME; FALCÃO MC. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. **Pediatria** (São Paulo), 2010; 32(2): 121-30

TREVIZAN, Maria Auxiliadora *et al.* . Ethical aspects concerning nurses' managerial activity. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**., Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, 2002.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.



APÊNDICES

UNIVATES

APÊNDICE 1

Entrevista semi-estruturada com os pais:

Identificação dos indivíduos:

Pai : () Mãe: ()

Idade:.....Escol

aridade:.....

Renda Familiar:.....

- 1) Quando seu filho internou na UTIN, quais orientações você recebeu?
- 2) Diariamente, a equipe de saúde da UTIN fornece informações ou auxiliam você no cuidado e no cotidiano da unidade? Quais?
- 3) Como você percebe as orientações sobre o cuidado com o seu filho?
- 4) Qual o profissional que orientou (informação) você sobre o cuidado com o RN e o ambiente da UTIN ?

UNIVATES

() Conversa com orientações durante a sua permanência no local.

() Cumprimenta quando eles chegam.

() Pouca interação, pouco tempo.

Outro.....
.....
.....
.....

4. Você se sente confortável no ambiente durante a permanência dos pais?

() Sinto-me confortável.

() Desconfortável.

() Impossível trabalhar sob observação dos pais.

Outro.....
.....
.....

5. Quantas vezes você faz uma orientação aos pais?

() Oriento todas as vezes que interagimos.

() Oriento poucas vezes.

() Não tenho oportunidade de orientar.

Outro.....
.....
.....
.....

6. Quais os métodos utilizados pela equipe para orientação dos pais no momento da internação na UTIN?

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

7. Quais as orientações que você fornece aos pais em relação ao cuidado com o RN?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Na sua opinião quais as facilidades e dificuldades você encontra nas orientações aos pais:

.....
.....
.....
.....
.....

APÊNDICE 3

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO
EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, aceito pelo presente termo participar da pesquisa **MÉTODOS INTERVENCIONISTAS PARA INSERÇÃO DOS PAIS NO AMBIENTE DE UTI NEONATAL: UMA VISÃO DA EQUIPE E DOS PAIS**, desenvolvida por Paula Michele Lohmann, mestranda em Ambiente e Desenvolvimento no Centro Universitário UNIVATES, de Lajeado, que é orientada neste trabalho pelo Prof. Dr. Eduardo Périco.

Declaro que fui informado de que o presente trabalho tem como objetivo conhecer o ambiente de unidade de terapia intensiva neonatal relacionado aos aspectos de preparo de pais e equipe de saúde em relação ao cuidado ao recém-nascido prematuro.

Para execução deste estudo foram observados os preceitos éticos contidos na Resolução 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Pelo presente termo, fico ciente:

1. A coleta de informações será feita através de entrevista semi-estruturada, com os pais, realizada pelo pesquisador, que será gravada na sua íntegra;
2. Para equipe de saúde será entregue um questionário para ser preenchido;
3. Que posso solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa antes e durante a sua realização;
4. Que posso abandonar a pesquisa antes ou durante o seu curso sem quaisquer prejuízos para mim;
5. Que será garantido o sigilo absoluto quanto á origem dos dados, quanto da divulgação dos dados e que as informações serão utilizadas apenas para fins científicos;

6. Que a entrevista pode apresentar algum desconforto por parte do entrevistado á medida que eventuais perguntas apresentem dificuldade para resposta;
7. Que a participação na pesquisa não implica em nenhum risco físico nem despesa financeira de qualquer ordem.
8. Que ao aparecimento de qualquer dúvida, a pesquisadora estará disponível pelo telefone (51) 98080172 e e-mail paula_micheline@ibest.com.br

Nestes termos, este termo será expedido em duas vias, sendo uma via da pesquisadora e outra do entrevistado.

_____, _____ de _____ de _____.

Pesquisador

Entrevistado

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES, na data de _____ / _____ / _____