

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

ANA CRISTINA SOUZA BARBOSA

**O DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UTI
NEONATAL: CONTRIBUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NESTE
PROCESSO.**

MOSSORÓ
2014

ANA CRISTINA SOUZA BARBOSA

**O DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UTI
NEONATAL: CONTRIBUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NESTE
PROCESSO.**

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Amélia Resende Leite

MOSSORÓ

2014

ANA CRISTINA SOUZA BARBOSA

**O DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UTI
NEONATAL: CONTRIBUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NESTE
PROCESSO.**

Monografia apresentada pela aluna Ana Cristina Souza Barbosa do curso de Enfermagem tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores: Joseline Pereira de Lima, Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)

ORIENTADORA

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)

MEMBRO

Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)

MEMBRO

Dedico primeiramente a Deus porque sem ele não chegaria a lugar nenhum, depois a mãe, que me incentivou no primeiro momento da minha vida acadêmica, te amo Maria do Socorro.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a **DEUS** primeiramente por minha vida e pela vitória alcançada, apesar de ser pouco estressante, em fim ele mostrou que não foi uma tarefa fácil mais também não impossível de concretiza-la.

A pessoa mais especial do mundo minha **MÃE** que sempre me deu força para continuar com suas poucas palavras, porém positivas, quando estava cansada e oprimida, também ao meu esposo Anderson Moura pela pouca paciência, minha família colocando bons senti-vos e também meus amados sobrinhos e irmãos e aos sogros José Wanderley e Maria das Graças estando juntos a minha caminhada. A todos que participaram direta e indiretamente com essa vitória.

As participantes da pesquisa Enfermeiras da UTI neonatal do Hospital da Mulher Parteira Maria Corrêia que estão de parabéns pelo bom desenvolvimento dos meus eternos RNPT amados de tia, que são exemplos de que Deus existem quando pensamos que não vão conseguir sobressair mas o grande pai nos surpreende.

A orientadora prof. Esp. Amélia Rezende Leite por ser compreensiva e pela atenção e carinho, Amelinha te adoro loira linda, jamais vou esquecer-me um obrigadaooooo!!!!.

A prof. Esp. Joseline Pereira Lima e prof. Esp. Patrícia Helena da Cruz Martins que aceitaram participar da minha banca examinadora, compartilhando com suas largas experiências e sabedorias para enriquecê-lo este trabalho, para duas desejo toda felicidade do mundo e imenso obrigado.

Aos funcionários da FACENE principalmente da bibliotecária Vanessa Camillo que nos ajuda com amor no que faz jamais poderei pagar tudo que fizeste por mim OBRIGADÃO!!!!.

As minhas AMIGONAS, Joyce, Keliha, Janice, Witson apesar de mim chamar a vida toda acadêmica de Escrava Isaura, Maria Lima, principalmente porque nunca conheci uma pessoa de coração tão puro, quero deseja a toda turma um grande infinito SUCESSO!!!!.

O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende com a vida e com os humildes.

Cora Coralina

RESUMO

Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país. Assim, entende-se que o recém-nascido prematuro ou pré-termo (RNPT) é todo aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação. Desta forma, a enfermagem desenvolve papel importante com a sua assistência para o desenvolvimento do RNPT, já que este possui características fisiológicas prematuras que necessitam de cuidados específicos fundamentais para completar o seu desenvolvimento. O Objetivo geral desta pesquisa foi verificar a contribuição da assistência de enfermagem para o desenvolvimento do recém-nascido prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e os objetivos específicos caracterizar a situação social e profissional dos entrevistados, avaliar a assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido prematuro na UTI neonatal e identificar os fatores que interferem na assistência de enfermagem prestada no desenvolvimento do recém-nascido prematuro. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, onde os sujeitos participantes são os enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) em Mossoró-RN. Utilizamos um roteiro de entrevista estruturada, realizada após aprovação do CEP/FACENE, de acordo com a resolução 466/12 e do COFEN. Os dados foram expressos em frequências simples e porcentagem, analisados pelo programa Excel 2007 em gráficos e tabelas. Constatou-se que todos os enfermeiros entrevistados são do sexo feminino, com idade entre 27 e 34 anos, todas com especialização, sendo 2 na área de neonatologia. Apresentaram no máximo 13 anos de formação em enfermagem, trabalham a maioria como plantonistas no regime de 24 horas e a renda variou entre 3 e 5 salários mínimos. O tempo de experiência na área de UTI neonatal apresentou o mínimo de 8 meses e máximo de 8 anos. Verificamos que a assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido prematuro na UTI neonatal contempla a realização de medidas de controle de temperatura, exame físico detalhado, cuidados de higiene e sinais vitais, controle da dor, realiza pesagem diária do RNPT, avaliam o estado nutricional e cuidados com a pele do RNPT. Monitoram a presença de sons ou ruídos e luminosidade no interior da UTIN, respeitam o sono do RNPT no período de internação na UTIN, Insere os pais na participação dos cuidados e interação com o RNPT e Realiza cuidados relacionados a prevenção de infecção hospitalar. Diante dos resultados obtidos, conclui-se que a assistência de enfermagem contribui para o desenvolvimento dos RNPT e, é de extrema necessidade que outros estudos sejam realizados no mesmo sentido, a fim de aprimorarmos a área da neonatologia, em particular, ao universo da prematuridade, uma vez que ainda é caracterizado por uma escassez de estudos na área.

Palavras-chave: Prematuridade. Cuidados de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Currently, neonatal mortality accounts for almost 70% of deaths in the first year of life and proper care of the newborn has been one of the challenges to reduce infant mortality in our country. Thus, it is understood that the premature newborn or preterm (PN) is everyone who is born less than 37 weeks gestation. Thus, the nursing develops important role with its assistance to the development of preterm infants, since this has premature physiological characteristics that require fundamental specific care to complete its development. The general objective of this research was to determine the contribution of nursing care for the development of premature newborns in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and specific objectives characterize the social and professional status of respondents evaluate the nursing care provided premature newborns in the NICU and to identify the factors that interfere with nursing care provided in the development of premature newborns. This is a quantitative, descriptive and exploratory research, where participants are subject nurses working in a neonatal intensive care unit (NICU) in Mossoro-RN. We used a structured interview, conducted after approval of the CEP / FACENE, according to Resolution 466/12 and COFEN. Data were expressed in simple and percentage frequencies, analyzed by Excel 2007 program in graphs and tables. It was found that all nurses surveyed were female, aged between 27 and 34 years, all with expertise, and 2 in the field of neonatology. Presented no more than 13 years of training in nursing, working mostly as physicians in 24-hour regime and the income varied between 3 and 5 minimum wages. The time of experience in the NICU area presented a minimum of 8 months and a maximum of 8 years. We found that the nursing care provided to premature newborns in the NICU contemplates the realization of temperature control measures, detailed physical examination, health care and vital signs, pain control, performs daily weighing of the PN, assess the nutritional status and skin care of preterm infants. Monitor the presence of sounds or noises and light within the NICU, respect the sleep of preterm infants during hospitalization in the NICU, Inserts parents in the share of care and interaction with the PN and performs care related to prevention of nosocomial infection. Given the results, it is concluded that nursing care contributes to the development of PN and it is of utmost necessity that further studies are conducted in the same direction in order to aprimorarmos area of neonatology, in particular, the prematurity of the universe since it is further characterized by a paucity of studies in this field.

Keywords: Prematurity. Assistance`s Nursing. Neonatal Intensive Therapy Units.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Caracterização da amostra quanto à idade dos participantes da pesquisa. Mossoró/RN	37
Gráfico 02: Caracterização de amostra quanto ao sexo. Mossoró/RN.....	38
Gráfico 03: Caracterização da amostra quanto á escolaridade dos participantes da coleta de dados. Mossoró/RN.	39
Gráfico 04: Caracterização de amostra quanto ao ano de conclusão dos participantes. Mossoró/RN.	40
Gráfico 05: Caracterização da amostra quanto à renda dos profissionais. Mossoró/RN	41
Gráfico 06: Caracterização da amostra o regime de trabalho dos participantes. Mossoró/RN	42
Gráfico 07: caracterização do gráfico mostra o tempo de experiência dos profissionais diante dos serviços prestados. Mossoró/RN	43

LISTA DE TABELA

Tabela 01- A Assistência de Enfermagem e o controle da medida de temperatura do RNPT. Mossoró/RN.....	44
Tabela 02- Assistência de Enfermagem e a realização do exame físico detalhado no RNPT. Mossoró/RN.	45
Tabela 03- Assistência de Enfermagem e a realização de cuidados de higiene com RNPT. Mossoró/RN.	45
Tabela 04- Assistência de Enfermagem e a realização do controle de sinais vitais. Mossoró/RN.	46
Tabela 05 - Assistência de Enfermagem ao RNPT e a realização dos cuidados de enfermagem de forma Individualizada. Mossoró/RN	47
Tabela 06 - Assistência de Enfermagem e a realização do controle da dor do RNPT. Mossoró/RN.....	48
Tabela 07 - Assistência de Enfermagem sobre os cuidados de procedimentos invasivos com RNPT. Mossoró/RN.....	49
Tabela 08- Assistência de Enfermagem e a realização da importância da pesagem diária do RNPT ou conforme prescrição. Mossoró/RN.	50
Tabela 09 - Assistência de Enfermagem e a realização da avaliação do estado nutricional do RNPT. Mossoró/RN.....	51
Tabela 10 - Existência de dificuldades quanto a disponibilidade de materiais no setor que interfiram na assistência de Enfermagem ao RNPT. Mossoró/RN.	51
Tabela 11- Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para realização de exames prescritos para os RNPT. Mossoró/RN	52
Tabela 12- opinião sobre a capacidade da equipe de enfermagem para realizar os cuidados de enfermagem ao RNPT. Mossoró/RN	53
Tabela 13- Capacidade dos enfermeiros em realizar um cuidado de enfermagem adequado para o bom desenvolvimento do RNPT. Mossoró/RN	53
Tabela 14 – Opinião dos enfermeiros sobre a estrutura física da UTIN e o favorecimento desta para o desenvolvimento saudável do RNPT. Mossoró/RN.	54
Tabela 15- Assistência de Enfermagem e a realização com os cuidados com a pele do RNPT. Mossoró/RN.....	55
Tabela 16- Assistência de Enfermagem e a realização do monitoramento de sons ou ruídos e luminosidade no interior da UTIN. Mossoró/RN.....	57
Tabela 17- Assistência de Enfermagem e a realização da manutenção do sono do RNPT no período de internação na UTIN. Mossoró/RN	57
Tabela 18- A assistência de enfermagem e a inserção dos pais no cuidado e interação com o RNPT. Mossoró/RN.	58
Tabela 19- Assistência de Enfermagem e a realização de cuidados com o RNPT que faz uso de oxigenoterapia na UTIN. Mossoró/RN.....	59

Tabela 20- Assistência de Enfermagem e a realização de medidas de precaução contra infecção no RNPT. Mossoró/RN.....	60
Tabela 21- Assistência de Enfermagem e a realização de cuidados para a prevenção de infecção hospitalar na UTIN. Mossoró/RN	61
Tabela 22- Opinião dos enfermeiros sobre a suficiência da equipe de enfermagem para realizar os cuidados de enfermagem ao RNPT. Mossoró/RN	61
Tabela 23-- Opinião dos enfermeiros sobre a sobrecarga de trabalho na UTIN. Mossoró/RN.	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 O RECÉM – NASCIDO PREMATURO E O SEU DESENVOLVIMENTO	15
2.2 A IMPORTÂNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM RELAÇÃO AO VINCULO FAMILIAR.....	20
2.3 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	21
2.4 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DO RECÉM – NASCIDO PREMATURO NA UTIN	25
3 METODOLOGIA	33
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	33
3.2 LOCAL DO ESTUDO	33
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	33
3.4 COLETA DE DADOS	34
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	34
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
3.7 FINANCIAMENTO DA PESQUISA.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 CARACTERIZAÇÕES SOCIOECONÔMICAS DOS ENTREVISTADOS	37
4.2 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UTI NEONATAL	44
5 CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	72
ANEXO	79

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país. Portanto, esses cuidados requerem o acompanhamento dos profissionais de saúde em todo o ciclo de gestação, no momento do nascimento e nos cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2011a).

Inseridos no cotidiano do atendimento em ambientes de Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTIN), o recém-nascido prematuro ou pré-termo (RNPT) é todo aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação (TAMEZ; SILVA, 2010).

Cerca de 13 milhões de partos prematuros ocorrem por ano em todo o mundo, com uma média de aproximadamente 9%. Nas regiões mais desenvolvidas do mundo a incidência varia entre os 5 -12%, e é mais elevada em cerca de 40% em zonas menos desenvolvidas, em países mais pobres. A incidência tem aumentado nos países ocidentais com o acréscimo dos tratamentos de fertilidade e o aumento da idade das grávidas (SANTOS, 2011).

Devido as suas características fisiológicas imaturas, o RNPT apresenta maior risco de óbito, pois a pele é altamente delicada, com queratinização pouco desenvolvida, aumentando assim o risco de infecções. A presença de pouca quantidade de tecido adiposo (ou quase ausência) também faz com que o RNPT seja mais susceptível a perda de calor e conseqüente hipotermia (TAMEZ; SILVA, 2010).

Apresenta também uma imaturidade pulmonar onde a quantidade de produção de surfactante é insuficiente e tal deficiência resulta em aumento da tensão superficial e da força de retração elástica, levando à instabilidade alveolar com formação de atelectasias progressivas. A sucção e a deglutição é débil, o que torna o RNPT mais susceptível a aspiração durante a alimentação. Somente após 32 a 34 semanas de gestação é que o bebê desenvolve sincronia entre respiração, sucção e deglutição, o que torna a alimentação por via oral difícil em RNPT (TAMEZ; SILVA, 2010).

Devido a estas características e outras existentes, os RNPT apresentam um grande potencial para a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), local este repleto de tecnologias e procedimentos invasivos de alta complexidade, mas que são necessários para garantir a sua sobrevivência (PACHECO et al 2012).

Apesar disto, a privação do contato do RNPT com a sua família, os sons dos alarmes e a rotina de assistência da própria UTIN acabam por tornar o ambiente pouco humanizado. Isto pode aumentar a probabilidade de ocorrência de efeitos negativos no seu desenvolvimento, uma vez que o RNPT internado passa por estimulações desorganizadas pela atividade humana e dos equipamentos presentes nesse contexto (RAMOS et al 2010).

Conseqüentemente, o internamento na UTIN pode prejudicar os RNPT, alterando o seu desenvolvimento, quando os mesmos apresentam períodos prolongados de sono difuso, choro inconsolável, mudanças abruptas do fluxo sanguíneo devido às rotinas, mudanças de posicionamento, manipulação excessiva, procedimentos invasivos, tais como aspiração de secreções, ambiente ruidoso e luminoso, impossibilidade de mamar e diminuição de interação social e de cuidados parentais, provocam efeitos no cérebro no RNPT (SANTOS, 2011).

Por isso, durante o internamento do RNPT em UTIN, é necessário o controle de dois fatores para não prejudicar o seu desenvolvimento: o ambiente físico e os recursos humanos para o cuidado. A equipe multiprofissional precisa estar atenta aos elementos do ambiente que devem ser controlados (níveis de ruídos e luminosidades, por exemplo), e uma equipe que estabeleça um vínculo entre mãe e filho, e proponha estratégias para diminuir o número de manipulações dolorosas e para o controle da dor, visando ampliar o desenvolvimento e o bem-estar do recém-nascido (RAMOS et al 2010).

Inserido no contexto multidisciplinar da assistência na UTIN, a enfermagem e em especial, o enfermeiro, desenvolve uma atuação muito importante no cuidado ao RNPT e ao seu desenvolvimento salutar. Durante a sua assistência, o enfermeiro planeja, prescreve e executa os cuidados de enfermagem para os RNPT, prepara e administra sangue e seus derivados, colabora com a equipe multiprofissional em procedimentos como intubação endotraqueal, cateterismo umbilical, exsanguineotransfusão, dissecação de veias, colocação de cateteres percutâneos

periféricos, coordena a equipe de enfermagem no atendimento da parada cardiorrespiratória, executa as sondagens nasogástricas, orogástricas e vesical quando necessário e punções venosas. Mantêm comunicação aberta com os pais do RNPT, avaliando o atendimento, suas preocupações, necessidades e descontentamentos (TAMEZ; SILVA, 2010).

Neste íterim, surgiu a seguinte indagação: será que a assistência de enfermagem contribui no processo de desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros da UTI neonatal?

Diante do exposto, o interesse em pesquisar esta temática surgiu durante o início da graduação acadêmica, pois já atuava enquanto técnica de enfermagem há 6 anos na assistência com RNPT em uma UTIN pioneira em cuidados materno-infantil em Mossoró-RN.

Durante a experiência na UTIN, foi prazeroso observar o desenvolvimento do RNPT e as mudanças fisiológicas que aconteciam no decorrer do tempo. Além disso, era gratificante sentir que o trabalho da enfermagem realizado com estes pequenos pacientes era reconhecido pela sua família. Isto desencadeou o interesse em aprofundar meus conhecimentos enquanto futura enfermeira, buscando compreender a assistência prestada pelos profissionais que atuam na UTIN, principalmente com os RNPT.

Os cuidados assistenciais da enfermagem são essenciais para o desenvolvimento do RNPT internado em UTIN, visto que a contribuição para o seu desenvolvimento demonstra a qualificação da assistência prestada.

Porém, uma assistência de enfermagem mal executada, baseada em ações sem planejamento e sem pensar nas necessidades do RNPT, trazem consequências prejudiciais o seu desenvolvimento.

Para isso, sempre é necessário que as intervenções de enfermagem sejam baseadas em planos de cuidados voltados as necessidades dos RNPT, junto a sua equipe para que a assistência de enfermagem não se torne um fator que ocasione falhas no seu desenvolvimento, desde início da internação na UTIN até a sua alta.

O objetivo geral desta pesquisa foi verificar a contribuição da assistência de enfermagem para o desenvolvimento do recém-nascido prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e como específicos, caracterizar a situação social e profissional dos entrevistados, avaliar a assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido prematuro na UTI neonatal e identificar os fatores que

interferem na assistência de enfermagem prestada no desenvolvimento do recém-nascido prematuro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O RECÉM-NASCIDO PREMATURO E O SEU DESENVOLVIMENTO

O período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida após o nascimento. São caracterizados como pré- termos, todos os nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas. O conceito de prematuridade também sugere a interrupção da gravidez antes das 37 semanas completas (259 dias completos) (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

A prematuridade é apontada como um fator de risco biológico para o desenvolvimento típico infantil, aumentando a probabilidade para problemas no curso do desenvolvimento do recém-nascido (LINHARES, 2004).

Atualmente, existe uma classificação da prematuridade considerando a idade gestacional materna, onde a prematuridade limítrofe ou moderada é aquela em que RNPT nasce com 31 a 36 semanas de gestação. Já a prematuridade extrema é caracterizada pelo RNPT com menos de 30 semanas (SOUZA, 2011). Entende-se que quanto menor a idade gestacional, menor o amadurecimento do organismo do RNPT e maior a atenção que deve ser oferecida.

Os RN esperam, antes e depois do nascimento, “herdar” três ambientes seguros: o útero materno, o colo dos pais e do grupo familiar e a comunidade. O parto prematuro retira estes RN dos ambientes prometidos e esperados (SANTOS, 2011).

O RNPT nascido com menos de 36 semanas de gestação apresenta características fisiológicas e anatômicas específicas devido a prematuridade, como por exemplo, pêlos finos e abundantes, visíveis no ombro e escápula, chamado de lanugo. O lanugo também ajuda a manter o vérnix caseoso preso a pele do RNPT, servindo de proteção para a pele contra abrações, rachaduras, endurecimento e isolamento térmico após o nascimento (MOORE; PERSAUD, 2008).

O vérnix caseoso preferencialmente só poderá ser retirado após o estabelecimento do controle térmico, geralmente após algumas horas do nascimento. O RNPT apresenta também uma pele enrugada, fina e gelatinosa que pode predispor a várias infecções neonatais. A tonalidade da pele varia de rósea a vermelha, com unhas finas e mãos presentes, corpo magro devido ao seu peso,

enquanto seus olhos apresentam-se bem abertos com pálpebras parcialmente abertas e cílios presentes (MOORE; PERSAUD, 2008).

Por causa da sua pele extremamente fina e delicada, devido a falta de queratinização, o RNPT está predisposto a perda de calor muito facilmente após o nascimento, sendo necessário a adoção de estratégias de fornecimento de calor através de berços aquecidos, incubadoras ou panos aquecidos (BRASIL, 2011a).

O desenvolvimento e o crescimento pulmonar do RNPT apresenta uma série de características que os tornam susceptíveis à lesão. A partir de 24 semanas gestacionais, as células epiteliais secretoras do pulmão começa a secretar o surfactante e a sua produção aumenta progressivamente, atingindo o pico por volta da 35 semanas. O feto com idade gestacional inferior a 35 semanas apresenta, portanto baixa quantidade total de surfactante (BRASIL, 2011a) e isto pode levar o RNPT a desenvolver alterações na relação ventilação-perfusão pulmonares, provocando a hipoxemia, hipercapnia e acidose (BRASIL; BARBOSA; CARDOSO, 2010).

Devido a este fator ligado a insuficiência de surfactante, alguns RNPT têm dificuldade de iniciar o processo de respiração ou desenvolvem complicações após o mesmo ser estabelecido. A imaturidade do sistema nervoso central e a caixa torácica mais complacente, leva a fadiga do diafragma, e estão também presentes nas características ligadas a respiração do RNPT (BRASIL; BARBOSA; CARDOSO, 2010).

Estima-se que os distúrbios respiratórios são responsáveis por 30 a 40% das admissões hospitalares no período neonatal e as complicações respiratórias neste período são muito frequentes e, em geral, há necessidade de que alguma modalidade de oxigenoterapia seja estabelecida (BRASIL; BARBOSA; CARDOSO, 2010).

O termo oxigenoterapia se refere ao uso do oxigênio com finalidades terapêuticas, no intuito de reverter e prevenir situações de hipóxia, através da utilização de concentrações de oxigênio superiores a 21% e são diversas as modalidades de administração de oxigênio, sendo as mais frequentes de uso neonatal: oxi-hood, pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) por via nasal e ventilação pulmonar mecânica (BRASIL; BARBOSA; CARDOSO, 2010).

O Oxi-Hood é utilizado para Recém-nascidos com desconforto respiratório mínimo a moderado, através de um capacete com O₂ umidificado e concentração

menor que 60%, sustentando uma gasometria arterial dentro dos parâmetros normais. Outra técnica é o CPAP nasal, indicado na apnéia da prematuridade, onde há uma mistura de ar comprimido e O₂ com pressões contínuas por um dispositivo nasal, onde a concentração de O₂ é maior que 60%. A ventilação mecânica (VM) está indicado em casos de falência respiratória, apnéias persistentes, defeitos orgânicos e comprometimento das funções pulmonares, no qual se utilizam suportes ventilatórios avançados, denominados de respiradores mecânicos (BRASIL; BARBOSA; CARDOSO, 2010).

Outro aspecto fundamental do RNPT diz respeito a alimentação. Torna-se difícil predizer o crescimento ideal do recém-nascido prematuro porque crescimento é um processo contínuo, complexo, resultam de fatores preexistentes como genéticos, nutricionais, hormonais e ambientais (RUGOLO, 2005).

O nascimento de uma criança pré-termo representa uma urgência do ponto de vista nutricional, pois essas crianças apresentam reservas nutricionais para poucos dias, diretamente proporcional ao seu tamanho. Crianças nascidas com 24 semanas de idade gestacional chegam a possuir apenas um dia de reserva calórica. Porém, a imaturidade do trato gastrintestinal pode dificultar a oferta de nutrientes por via enteral, fazendo-se necessária a alimentação parenteral (BRASIL, 2011a).

Por isso, a introdução da alimentação parenteral nas primeiras 24 horas de vida do RNPT deve ser a meta a ser atingida, mas nem sempre isso é tecnicamente possível. Alguns serviços utilizam soluções prontas com glicose, aminoácidos e cálcio para serem instaladas nos RNPT (BRASIL, 2011b).

Outra informação importante acerca do desenvolvimento do RN é sobre o som. O recém-nascido começa a ouvir os primeiros sons ainda no útero a partir da 25^a semana de gestação, sendo que o seu lócus acústico é constituído por sons externos e internos, tais como a respiração, os batimentos cardíacos, os movimentos musculares e intestinais maternos. Entre a 28^a e a 34^a semanas da idade gestacional, ocorre a taxa máxima de alteração eletrofisiológica, nas respostas auditivas do córtex e do tronco cerebral. Nos RNPT, a vulnerabilidade do sistema nervoso central torna-se preocupante, pois a presença de hipóxia, que é uma das situações, em decorrência da falta de maturidade pulmonar, pode levar às lesões cerebrais, o que é possível de ocasionar comprometimento do sistema auditivo, sendo que outros fatores- como o uso de medicações ototóxicas e os ruídos ambientais são agravantes para o RN (CARDOSO; CHAVES; BEZERRA, 2010).

Os danos do ruído ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal podem caracterizar-se por: estresse, irritabilidade, alteração do ritmo circadiano, frequências cardíaca e respiratória, pressão arterial, oxigenação, peristaltismo e consumo de glicose, podendo retardar a recuperação da criança hospitalizada. Os efeitos do ruído a longo prazo podem manifestar-se na forma de dificuldades para ouvir, pensar, conversar, ler, escrever, soletrar ou calcular, afetando o desenvolvimento social, emocional, intelectual e linguístico da criança (DANIELE; PINHEIRO; KAKEHASHI; FERREIRA; BALIEIRO, 2012).

Estímulos dolorosos e estressantes produzem um comportamento inadequado devido a estímulos neurais e hormonais que prejudicam o desenvolvimento dos RNPT, devido à sua imaturidade fisiológica para estes acontecimentos (GOMES et al 2011).

Ainda sobre o sono, durante a gestação, o feto com 32 semanas permanece 90 – 95% do tempo em estados de sono (profundo, indeterminado ou leve) e quando chega próximo ao termo permanece 85 – 90% nesses estados (profundo e leve). Na UTIN o quadro, em geral, é completamente diferente: RNPT mudam seu estado comportamental 6 vezes/hora, sendo 78% das vezes associado com manejo da enfermagem ou ruídos ambientais (BRASIL, 2011a).

Outros danos relacionados ao ruído excessivo que intensificam os cuidados com o RNPT e seu desenvolvimento seriam a presença de apnéia, lesão da cóclea, perda da audição e distúrbio do sono, que por sua vez provoca agitação e irritabilidade, aumento do choro e da pressão intracraniana, predispondo o recém-nascido à hemorragia intraventricular. O aumento do consumo de oxigênio e da frequência cardíaca resulta em consumo maior de energia e retardo no ganho de peso do bebê, prolongando o período de hospitalização (PEIXOTO; ARAÚJO, KAKEHASHI; PINHEIRO, 2011).

A luz forte e contínua é também um fator de estresse para o bebê na UTIN, por ter menos defesas em relação à luz ambiente. Apesar de algumas controvérsias, não parece ser um fator primário na gênese da retinopatia da prematuridade, mas pode causar aumento de atividade motora, bradicardia, privação de sono e interferência na consolidação do sono em RNPT. Por conta disto, muitas unidades passaram a cobrir as incubadoras com tecido (BRASIL, 2011c).

Durante muito tempo, a dor no RN não foi motivo de preocupação de clínicos e pesquisadores, pois existia a crença de que a imaturidade do sistema nervoso

central o protegeria. Somente no começo da década de 1960, observou-se que a mielinização incompleta do sistema nervoso não impedia a transmissão dos impulsos pelo trato sensorial. Percebeu-se, então, que os elementos funcionais e neuroquímicos do sistema nervoso necessários para a transmissão do impulso doloroso ao córtex cerebral estavam presentes nos RN a termo e nos prematuros (MARTINS et al 2013).

A forma de tocar o bebê e o seu manuseio tem particular importância durante a permanência na unidade neonatal. A sensibilidade tátil é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver e a amadurecer. Ao nascer, o RN já apresenta sensibilidade tátil em todo o corpo e pode diferenciar toque leve em relação ao profundo. Uma vez que os reflexos cutâneos são mais pronunciados, certos toques na pele facilmente produzem também movimentos de segmentos do corpo. A exposição aos estímulos cutâneos positivos e negativos permite, após poucos dias, algum grau de aprendizado pelo RNPT, interferindo na forma de reação aos próximos contatos (BRASIL, 2011a).

A dificuldade na adoção de medidas de controle da dor está na falta de compreensão da comunicação não verbal do RN e pelo fato de a dor ser um fenômeno subjetivo. Essas condições tornam a avaliação da dor no RN uma tarefa desafiante para os profissionais de saúde. Para qualificar e quantificar a dor nesse período, geralmente, utilizam - se instrumentos ou indicadores que levam em consideração as alterações comportamentais, como o choro, a mímica facial e os movimentos corporais, e as mudanças fisiológicas do RN, na frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio e níveis hormonais (MARTINS et al 2013).

A avaliação criteriosa da dor é, portanto, uma das responsabilidades dos profissionais de enfermagem que cuidam de RN internados. Estes devem realizar o controle efetivo da dor e sua prevenção, não somente pela questão ética, mas, principalmente, pelas consequências que repetidas exposições dolorosas podem ter no desenvolvimento infantil, no médio e longo prazo. Nesse contexto, devido ao contato frequente com os bebês na UTIN, a equipe de enfermagem tem um papel importante no reconhecimento e tratamento da dor, de forma a atuar como uma fonte de recursos protetores ao desenvolvimento do RN (MARTINS et al 2013).

Apesar disto, a via intravenosa é o principal acesso para a administração de fármacos em recém-nascidos internados em UTIN, sendo vital para sua

sobrevivência e ocupa destaque entre o conjunto de procedimentos mais comuns na UTIN (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012).

A importância da terapia intravenosa para o RNPT está ligada a administração constante de drogas vasoativas e irritantes, soluções hidroeletrólíticas, nutrição parenteral e antibióticos por tempo superior a 7 dias.

Contudo, podem representar fonte importante de dor, estresse e risco para complicações potencialmente graves, como flebites, extravasamentos e infiltrações.

Múltiplos fatores contribuem para tornar a via venosa do RNPT prejudicada e a ocorrência de diversas punções venosas durante a internação do RNPT, como as características da solução infundida e tipos de dispositivos intravenosos utilizados, além da manipulação excessiva (GOMES et al 2011).

Assim, a utilização desta via apresenta peculiaridades que vão desde a escolha do vaso sanguíneo até a manutenção do acesso. Por isso, é importante que o enfermeiro conheça a fisiologia e a anatomia da rede venosa, pois após o nascimento, a limitação venosa condicionada pelo organismo do RN, pode influenciar a manutenção desta via de acesso venoso terapêutico (RODRIGUES, CHAVES, CARDOSO, 2006).

2.2 A IMPORTÂNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM RELAÇÃO AO VINCULO FAMILIAR

Além do cuidado voltado aos aspectos biológicos discutidos anteriormente, o RNPT necessita de cuidados nas dimensões sociais, afetivas e psicológicas (MERIGHI et al 2011).

Somado a isto, a internação de um filho em uma UTIN é uma experiência delicada e desafiadora para as mães e suas famílias, sendo um evento para o qual a mãe não estava preparada e que envolve o momento do encontro com o bebê em um ambiente desconhecido. A experiência da prematuridade para as famílias coloca seus integrantes diante de limitações, impedimentos e situações que muitas vezes fragilizam a rotina da família, que modifica valores diante da vida (FRELLO; CARRARO, 2012).

Porém a internação do RNPT na UTIN pode interferir na formação e no estabelecimento dos futuros vínculos afetivos familiares. Portanto, o cuidado com o RNPT não busca apenas protegê-lo de estímulos inapropriados, hiperestimulação e

procedimentos desnecessários, mas também garantir que ele seja cuidado por pessoas que o conheçam intimamente, isto é, que reconheçam as formas de iniciar contato, suas competências e dificuldades. Além disso, também enfoca a educação e integração dos pais como cuidadores eficazes e parceiros no cuidar de seu bebê na UTIN (BRASIL, 2011c).

Frente a essa fase delicada enfrentada pelas mães e sua família, a equipe de enfermagem se torna imprescindível no momento de facilitar a aproximação da mãe com seu filho. O foco dos cuidados de enfermagem neonatal é o RNPT e sua evolução, porém a partir do momento que se introduzem ações que envolvem e “dependem da mãe para promover o bem estar e a saúde do bebê, tais como a amamentação, as visitas, o contato pele a pele” se torna imprescindível conhecer os sentimentos, necessidades e crenças da mãe para que a enfermagem possa planejar orientações e intervenções adequadas para cada mulher que está envolvida nos cuidados com seu filho (FRELLO; CARRARO, 2012).

Por isso, o enfermeiro deve ser capaz de promover o vínculo mãe-filho, estimulando atitudes, comportamentos, proporcionando atenção e um ambiente humano, seguro e organizado.

2.3 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

A unidade terapia intensiva neonatal (UTIN) se compõe em uma estrutura com grandes avanços tecnológicos e recursos humanos multidisciplinares para receber recém-nascidos de alto risco, dando-lhes assistência integral até o dia de sua alta para o berçário ou médio risco (TAMEZ; SILVA, 2010).

Sua estrutura física deverá ser localizada próximo ao centro obstétrico, e distanciada de setores rotineiros que possui um ciclo movimentado. É aconselhável que a estrutura da UTI neo seja isolada e bem estruturada para evitar barulhos que não atrapalhe a recuperação dos neonatos (TAMEZ; SILVA, 2010).

Neste sentido, considerando o RNPT um paciente grave, o Ministério da Saúde elaborou a Portaria 930 de 10 de Maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012a).

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. As Unidades Neonatais devem articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido (BRASIL, 2012a).

Desta forma, o UTIN recebe para internamento recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30% (trinta por cento); recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e recém-nascidos críticos que necessitem de cuidados especializados, tais como: uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica ou FiO₂ maior que 30% (trinta por cento), transfusão de hemoderivados (BRASIL, 2012a).

Por se caracterizar em um setor que envolve pacientes graves e possui uma variedade de tecnologias e categorias profissionais, é também preconizado pelo Ministério da Saúde que haja medidas que vise a humanização neste ambiente, como o controle de ruído e de iluminação, climatização, iluminação natural, para as novas unidades, garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai, garantia de visitas programadas dos familiares e garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia (BRASIL, 2012a).

Para que um serviço hospitalar disponha de uma UTIN, este deve ser um estabelecimento hospitalar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e que possuam no mínimo 80 (oitenta) leitos gerais, dos quais 20 leitos obstétricos, com centro cirúrgico, serviço radiológico convencional, serviço de ecodopplercardiografia, hemogasômetro 24 horas, Banco de Leite Humano ou unidade de coleta e contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2012a).

Ainda de acordo com a Portaria 930, Brasil (2012a) é também obrigatório que a UTIN disponha de material e equipamento para reanimação: ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório; ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva; materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga); incubadora com parede dupla: 1 por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% dos leitos, incubadora para transporte completa com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos dentre outros para assegurar a sobrevivência dos RNs.

Sobre os serviços que devem ser garantidos em UTIN, terceirizados ou não, a mesma portaria garante que os pacientes atendidos devem ter acesso a assistência nutricional, terapia nutricional (enteral e parenteral), assistência farmacêutica, assistência clínica vascular e cardiovascular, assistência clínica neurológica, assistência clínica ortopédica, assistência clínica urológica, assistência clínica gastroenterológica, assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise, assistência clínica hematológica, assistência clínica hemoterápica, assistência clínica oftalmológica, assistência clínica otorrinolaringológica, assistência clínica de infectologia, assistência clínica cirúrgica pediátrica, assistência psicológica, assistência endocrinológica, serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria, serviço de radiografia móvel, serviço de ultrassonografia portátil (BRASIL, 2012a).

A UTIN também deverá dispor de garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, a serviços de diagnóstico e terapêutico, como, cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cirurgia neurológica, cirurgia ortopédica, cirurgia urológica, ressonância magnética, tomografia computadorizada, anatomia patológica, agência transfusional 24 horas, assistência clínica de genética (BRASIL, 2012a).

A equipe na UTIN deverá ser formada da seguinte maneira: 1 médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias com certificado de habilitação em Neonatologia, 1 médico com jornada horizontal diária mínima de 4 horas, com certificado de habilitação em Neonatologia para cada 10 leitos, 1 médico plantonista com Título de Especialista em Pediatria e com habilitação em Neonatologia reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 leitos, 1

enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal, 1 enfermeiro assistencial para cada 10 leito, 1 fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos, em cada turno, 1 fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 horas, técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 para cada 2 leitos em cada turno, 1 funcionário exclusivo para o serviço de limpeza em cada turno, 1 fonoaudiólogo disponível para a unidade (BRASIL, 2012a).

Apesar de pensarmos na UTIN como um ambiente que será utilizado para o restabelecimento da saúde do RNPT, infelizmente encontramos diversos entraves que não contribuem com o desenvolvimento do RNPT, pois este acaba recebendo excessivamente diversos estímulos, entre eles, os sonoros, produzidos pela circulação de pessoas dentro da unidade, alarmes dos equipamentos de suporte à vida, abertura e fechamento das portinholas das incubadoras, das tampas de lixos, portas de entrada da unidade, alto fluxo de água das torneiras, conversa entre profissionais e família, dentre outros (DANIELE; PINHEIRO; KAKEHASHI; FERREIRA; BALIEIRO, 2012).

Os primeiros estudos sobre a importância do ruído na ecologia da UTIN datam da década de 1970; porém, intensificaram-se a partir da década de 1990, na medida em que se constataram seus efeitos imediatos no estado clínico e consequências no desenvolvimento do neonato, bem como sobre o bem-estar da equipe, com reflexos no seu desempenho profissional. Observa-se que pesquisas recentes abordam o monitoramento dos níveis de pressão sonora (NPS) do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou da incubadora, realizados sob a perspectiva do cuidado desenvolvimental e individualizado aos recém-nascidos prematuros, hospitalizados em unidades neonatais (PINHEIRO; GUINSBURG; NABUCO; KAKEHASHI, 2011).

O ambiente tradicional das UTIN representa para a maioria dos RN a completa separação dos pais, excesso de estímulos e simultaneamente a frequente experiência de procedimentos invasivos e dolorosos (SANTOS, 2011).

Apesar dos avanços das UTIN os procedimentos invasivos praticados colocam estas crianças sob o risco de invalidez de determinados órgãos desenvolvendo morbidades nas quais se incluem a doença pulmonar crônica ou

displasia bronco pulmonar, hemorragia intraventricular, retinopatia da prematuridade, enterocolite necrosante entre outras (SANTOS, 2011).

Por isso, a importância do enfermeiro para organizar o cuidado com o RNPT, e isto diz respeito tanto ao processo organizacional do espaço terapêutico da UTIN, como o gerenciamento do cuidado e o posicionamento com relação a sua própria prática profissional.

2.4 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DO RECÉM – NASCIDO PREMATURO NA UTIN

A percepção conceitual e os resultados de estudos têm obtido ganhos, nos últimos 25 anos com a observação detalhada do comportamento dos RNPT. O aumento dos suportes clínicos para avaliar e compreender estes RNPT e os seus pontos fortes, as suas vulnerabilidades, limiares de stresse desorganização e regulação funcional, prognósticos de aprendizagem fornecem recomendações apropriadas para suporte e cuidados (SANTOS, 2011).

Quando nascem, os RNPT necessitam de cuidados intensificados para garantir a manutenção de sua saúde, pois apresentam dificuldades respiratórias, diminuição da temperatura corporal, diminuição da função renal, deficiência do aparelho digestivo, maior propensão a hemorragias, maior risco de lesões retinianas devido ao uso de oxigênio, dentre outros fatores (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Para que o cuidado seja eficaz, é imprescindível que seja individualizado, humanizado e seguro. O cuidado humanizado também diz respeito a capacitação dos profissionais de enfermagem para apreender as necessidades singulares de cada bebê, e é muito importante que os procedimentos e cuidados de rotina, dolorosos e invasivos, sejam empregados de forma individualizada e singular. Um dos primeiros passos nesse sentido é a observação acurada das respostas comportamentais e fisiológicas do bebê, visando à diminuição do estresse e da dor, contribuindo para o seu conforto, segurança e desenvolvimento (FONTENELE ; PAGLIUCA ; CARDOSO, 2012).

A assistência de enfermagem no processo de trabalho promove a prevenção, proteção, promoção e recuperação na saúde do RNPT, onde assistência tem de ser de forma ininterrupta visando um caráter individual e coletivo, o trabalho do

enfermeiro na UTIN devese objetivar direcionar para boa assistência mantida com RNPT (SOUZA, 2011).

Por isso, vários cuidados de enfermagem devem ser realizados de forma sistemática e organizada para não intensificar os possíveis danos ao desenvolvimento do RNPT.

Sobre a temperatura dos RNPT na UTIN deve ser de pelo menos 36°C desde a sua admissão. As primeiras 12 horas de vida são críticas na estabilização térmica do RNPT, pois, nesse período, geralmente vários procedimentos e manipulações são necessários. Além disso, os RNPT que necessitam de cuidados intensivos rotineiramente são mantidos despidos em incubadoras para facilitar o acesso a eles, a monitorização e os cuidados (BRASIL, 2011a).

Os RNPT geralmente são mantidos na incubadora, e o ar é aquecido por convecção forçada, ou seja, pela circulação de ar quente em alta velocidade, mantendo o ambiente estável. Entretanto, a temperatura interna da incubadora altera-se cada vez que as portinholas são abertas, por isso deve-se abri-las o mínimo possível (BRASIL, 2011a).

A temperatura da incubadora é auto-controlada de duas formas: pela temperatura do ar, mantendo o ambiente estável, por sensor de temperatura cutânea abdominal, que permite o ajuste automático do calor gerado pela incubadora para manter constante a temperatura do RNPT (BRASIL, 2011a).

Os cuidados de enfermagem ao RNPT devem também estar presentes na assistência ventilatória. A adequada umidificação e aquecimento da mistura gasosa (de 35 a 38°C) são necessários para reduzir a perda evaporativa de calor por meio do trato respiratório de RNPT sob ventilação mecânica (BRASIL, 2011a).

Com relação ao RNPT que faz uso de fototerapia devido a presença de icterícia neonatal, a preocupação com os cuidados refere-se ao risco de aquecimento excessivo e aumento da perda transepidermica de água. Os aparelhos de fototerapia modernos produzem pouco calor, mas mesmo assim pode ser necessário reduzir a temperatura da incubadora para evitar aumento da temperatura corporal do RNPT. O efeito da fototerapia na perda transepidermica de água é variável e controverso. Recomenda-se que o balanço hídrico seja monitorado individualmente e ajustado se necessário (BRASIL, 2011a).

A enfermagem desenvolve um papel importantíssimo, realizando os sinais vitais com aferição da temperatura axilar e o sensor da incubadora deve estar

presente na região abdominal no quadrante superior direito do RNPT. Além disso, é importante que durante o processo de fototerapia o enfermeiro proteja os órgãos genitais e os olhos do RNPT, para evitar danos a estes órgãos.

Outra alternativa que auxilia na manutenção da temperatura do RNPT e proporciona a manutenção do vínculo entre mãe e RNPT é a Posição Canguru. Foi proposta na década de 70 como umas alternativas aos cuidados tradicionais para RN de baixo peso estavam. Visa mantê-los aquecidos (sem usar incubadora), favorecer a amamentação e o vínculo mãe-filho e diminuir o tempo de internação (BRASIL, 2011c).

Ainda no tocante a manutenção da temperatura, muitas vezes o RNPT precisa de infusão venosa de soluções. Recomenda-se o pré-aquecimento dos fluidos para infusão intravenosa, especialmente se o volume for grande, como na exsanguíneo transfusão e na expansão com soro fisiológico (BRASIL, 2011c).

Ao contrário da hipotermia, o RNPT também pode desenvolver a Hipertermia. Esta é definida como temperatura corporal acima de 37,5° C.

As causas podem estar associadas a condições maternas, como febre, anestesia peridural, corioamnionite, infecção urinária. Mas também pode estar associada a condições do RNPT, como infecção, desidratação, disfunção do sistema nervoso central e medicações (BRASIL, 2011a).

Condições ambientais podem propiciar o superaquecimento, como ambiente muito quente, falha no sistema de controle do berço aquecido ou da incubadora, falha ou ajuste inadequado dos sensores de temperatura, além da falta de manutenção das incubadoras (BRASIL, 2011b).

Na hipertermia de causa ambiental, o RNPT encontra-se menos ativo, com vasodilatação cutânea, postura em extensão e com temperaturas central e periférica iguais. RNPT são capazes de responder ao estresse do calor. Na sepse a vasoconstrição é frequente e as extremidades são, em geral, 2 a 3°C mais frias que o tronco. RN com sepse, meningite ou pneumonia podem apresentar temperatura acima de 38° C, porém é comum a ausência de febre, especialmente nos RNPT com quadro infeccioso, em que é mais comum a hipotermia (BRASIL, 2011c).

Em relação a nutrição, existem várias literaturas que sugerem que alguns componentes da nutrição parenteral podem ser degradados a substâncias potencialmente tóxicas quando expostos à luz ultravioleta, fototerapia e temperaturas ambientes elevadas (BRASIL, 2011c).

Porém, ainda não está bem esclarecido se esses produtos potencialmente tóxicos produzem efeitos adversos clinicamente significativos no RNPT. Até que esses riscos estejam muito bem definidos, sugere-se cobrir a embalagem contendo solução parenteral e lipídios e os tubos conectores com material opaco (BRASIL, 2011c).

O cuidado com a alimentação é importantíssimo e deve fazer parte das rotinas de enfermagem, pois a má nutrição em um período vulnerável do desenvolvimento cerebral resulta na diminuição do número de células cerebrais, com prejuízos importantes no comportamento, aprendizado e memória do RNPT (BRASIL, 2011c).

O trato gastrointestinal do RNPT apresenta funções digestivas e motoras imaturas e a tolerância à alimentação por via enteral está frequentemente alterada, em algumas situações limita a oferta nutricional. A eficiência da nutrição enteral está relacionada à competência do trato gastrointestinal em coordenar sucção e deglutição, propiciar esvaziamento gástrico completo e motilidade intestinal adequada (BRASIL, 2011c).

O melhor leite a ser oferecido para o RNPT é o leite da própria mãe, pois apresenta inúmeras vantagens, como melhor digestão e capacidade de prover componentes imunológicos únicos, além de possuir perfil nutricional perfeitamente balanceado. Fortes evidências também sugerem que o uso do leite materno pode diminuir a incidência de enterocolite necrosante (BRASIL, 2011c).

Quando o RN prematuro não for capaz de sugar, ele deve receber alimentação por sonda. A administração pode ser feita por gavagem ou por infusão contínua. Quando houver algum tipo de intolerância nutricional, as bombas de seringa são melhores para administrar a alimentação, devendo ser mantidas na posição horizontal para evitar perdas de gordura secundárias a sua absorção em equipos (BRASIL, 2011c).

Entre os procedimentos assistenciais realizados pelos enfermeiros (as) na UTIN encontra-se a aspiração de secreções do tubo orotraqueal e das vias aéreas superiores. A realização dessa tarefa é fundamental para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, proporcionando condições para que ocorra uma boa ventilação, independente do tipo de suporte ventilatório utilizado (BRASIL; BARBOSA; CARDOSO, 2010).

A aspiração de secreções não é um procedimento isento de riscos e, por isso, deve ser realizada de acordo com a necessidade do RNPT, empregando técnica asséptica, evitando lesionar as mucosas traqueais e de Vias aéreas superiores e minimizando a ocorrência repercussões respiratórias e hemodinâmicas (BRASIL; BARBOSA; CARDOSO, 2010).

Destaca-se também na assistência de enfermagem ao RNPT a importância do exame físico inicialmente realizada na admissão do RN e repetido diariamente, para se ter uma avaliação contínua e fidedigna. (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012).

A equipe de enfermagem também precisa estar atenta aos elementos do ambiente que devem ser controlados (níveis de ruídos e luminosidade), favorecer o vínculo e a interação mãe- RNPT, e estabelecer estratégias para redução do número de manipulações dolorosas e para o controle da dor, visando o bom desenvolvimento do RNPT (RAMOS et al 2010).

As experiências precoces de dor em prematuros (nascidos abaixo de 37 semanas de gestação), derivadas dos procedimentos médicos e de enfermagem necessários ao seu cuidado intensivo na UTIN, podem afetar a reatividade emocional e fisiológica da criança à dor. Procedimentos não farmacológicos devem ser administrados pela equipe para amenizar a dor: uso de sucção não nutritiva, contenção das extremidades corporais, afago tátil, movimento ritmado repetitivo, posição fetal, menor estimulação tátil e ambiental, e administração de sacarose via oral (RAMOS et al 2010).

Assim neste contexto, a especificidade da assistência de enfermagem em UTIN exige profissionais capacitados para que possa dar uma assistência rápida aos problemas e intervir com soluções necessárias. Nesse sentido, um dos aspectos que deve ser considerados nessa assistência é o cuidado na integridade da pele do RN, onde possivelmente exposto a risco de infecção por apresentar uma forma fragilizada causada por manipulações excessivas, punções venosas e outros fatores recorrentes (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

Alguns autores sugerem o enfoque do cuidado desenvolvimental, que foi introduzido na década de 1980, como estratégia para mudar as condições ambientais da UTIN, visando o bem-estar e a segurança do neonato, por meio de redução do nível de ruído e intensidade da iluminação, manipulação mínima,

provisão de períodos mais longos de descanso, entre outros (PINHEIRO; GUINSBURG; NABUCO; KAKEHASHI, 2011).

Conforme o quadro clínico apresentado por cada bebê são traçados planos de cuidados e realizadas várias intervenções de enfermagem para a melhoria de sua saúde. Nesse contexto estão os procedimentos de VAS e/ou TOT, assim como o monitoramento de dos parâmetros fisiológicos (FC, FR, SatO₂ e pulso) (BRASIL; BARBOSA; CARDOSO, 2011).

A equipe de enfermagem exerce papel fundamental na prevenção de sintomas que possam prejudicar o quadro respiratório do RNPT. Dentre os cuidados com o RNPT em oxigenoterapia, inclui se a compreensão da fisiologia do RN, do funcionamento do seu sistema respiratório e sua manipulação por meio de sinais e sintomas que o RN exterioriza.

O procedimento da punção venosa é considerado uma das práticas mais difíceis de realizar no neonato e este é um dos procedimentos mais executados pela equipe de enfermagem na UTIN. Com isso, torna-se um desafio cada vez maior para esses profissionais minimizarem a dor e o sofrimento do RNPT submetido a tal procedimento (SANTOS, 2011).

No âmbito dos procedimentos essenciais prestados na assistência ao bebê prematuro destacam-se os procedimentos invasivos, entre eles a punção venosa, para fins diagnósticos e terapêuticos Na perspectiva da realização da punção venosa, o enfermeiro deve realizá-la interagindo com o RNPT, uma vez que este procedimento deve ser entendido como um processo que envolve várias etapas: a que antecede o procedimento, a etapa do procedimento propriamente dito e aquela posterior à realização deste (RODRIGUES; CHAVES; CARDOSO, 2006).

Dessa forma, deve-se assegurar o bem-estar deste prematuro nestas diferentes etapas, entendendo que a punção venosa é um procedimento traumático, doloroso, desconfortante e que pode causar diversas alterações nos parâmetros físicos e comportamentais do bebê (SANTOS, 2011).

O procedimento da punção venosa é uma das práticas mais difíceis de realizar no neonato. Além disso, a perda do acesso venoso freqüentemente causa interrupções na infusão de líquidos e eletrólitos, comprometendo a eficácia da terapêutica. As repetidas venopunções comprometem os vasos periféricos com certas complicações, que podem ser locais ou sistêmicas, culminando muitas vezes

com a necessidade de uma dissecação venosa. (RODRIGUES; CHAVES; CARDOSO, 2006).

No momento atual, os cateteres centrais de inserção Periférica (PICCs) são indicados para todo RN que necessite de terapia intravenosa por um período superior a seis dias, sendo que o tempo de permanência é oito semanas em média. A composição do PICC pode ser de poliuretano ou elastômeros de silicone, que são materiais biocompatíveis, menos trombogênicos, que dificultam a agregação de microorganismos em sua parede (RODRIGUES; CHAVES; CARDOSO, 2006).

Os PICCs são inseridos por enfermeiros capacitados e médicos neonatologistas habilitados para realizar o procedimento à beira do leito. Estes dispositivos foram aprimorados para uso em Neonatologia devido ao pequeno diâmetro do cateter e da flexibilidade do material (BRASIL, 2011b).

A partir dos anos 90 do século XX, no Brasil, têm-se utilizado cada vez mais os PICC, principalmente em RNs. Neste contexto, insere-se a terapia intravenosa como recurso terapêutico para uma clientela específica, que necessita de uma abordagem diferenciada para a prática da enfermagem neonatal. Diante deste fato, o cuidado com o PICC é garantia de um acesso venoso confiável para o recém-nascido internado, que necessita da administração de soluções e medicamentos, cabendo à equipe de enfermagem, cada vez mais, a capacitação teórica e prática concomitante com o avanço tecnológico crescente (RODRIGUES; CHAVES; CARDOSO, 2006).

A obtenção de um acesso venoso seguro e de longa duração acesso é fundamental no cuidado neonatal, com vista a evitar complicações. Cuidados no planejamento para recém-nascidos que precisam de terapia intravenosa, a assistência deve ser baseada em diretrizes que abrangem a escolha de os melhores dispositivos do tipo de acesso e intravascular, terapia considerando duração, características drogas e compatibilidade, além da avaliação da rede venosa da criança. A busca de estratégias para minimizar e evitar a dor é considerado um dos passos mais importantes para colocar em prática um modelo de atenção humanizada e melhorar a qualidade de vida dos recém-nascidos hospitalizado em UTIN (GOMES et al 2011).

Os recém-nascidos internados na UTIN tem uma falta de acessos venosos devido a eventos adversos que levam à perda frequente de venoso cateteres, agravando o problema a equipe enfrenta para infundir múltipla drogas dentro de um

curto período de tempo. Assim, a administração de antimicrobianos e outras drogas no plano terapêutico está atrasado, aumentando a ocorrência de erros de medicação e piora o quadro clínico da criança. Em geral, essas complicações podem ser minimizadas através a indicação de venoso central acessos para a infusão de drogas com características físico-químicas inadequados para infusão em veias periféricas (GOMES et al, 2011).

Quando um dispositivo intravenoso central não pode ser implantado, a utilização das veias exige periférica contínua vigilância da equipe de enfermagem, tendo em vista o início detecção de flebite, infiltração e extravasamento, evitando estes a evolução dos problemas que, no caso de extravasamento, podem atingir tecidos profundos, incluindo músculos e nervos, e possivelmente levar a amputação de membros (GOMES et al, 2011).

O RNPT, durante sua permanência na UTIN, tem dificuldade em completar um ciclo de sono, pois adormece no sono leve e demora cerca de 30 minutos para atingir o sono profundo (que dura até 20 minutos), necessitando, assim, ficar de 60 a 70 minutos sem ser perturbado, a partir do momento em que adormeceu. Portanto, em face da importância dos estados de sono para o desenvolvimento cerebral, a modificação nos cuidados para garantir uma duração de sono próxima à do útero deveria ser essencial no cuidar na UTIN, tanto por parte da equipe, quanto pelos pais. Agrupar os cuidados de forma contingente, ao redor dos ciclos de sono (BRASIL, 2011c).

A utilização dos ciclos dia/noite na UTIN e na unidade de cuidados intermediários tem sido recomendada por especialistas e por instituições como uma forma de beneficiar o desenvolvimento dos bebês. Apesar de ser uma área com muitas pesquisas ainda em andamento e com alguns aspectos de seus efeitos ainda não totalmente conhecidos, não foram relatados aspectos danosos dessa prática (BRASIL, 2011b).

Frente a tantas experiências táteis desagradáveis na UTIN, pode-se utilizar a idéia do toque positivo que tem por objetivo enriquecer a experiência do RNPT neste ambiente árido, evitando estresse agudo e/ou prolongado, aversão tátil e, até mesmo, dor. O toque positivo envolve o toque parado, a colocação das mãos paradas sobre o corpo do bebê, usando toque firme e com pressão constante. Uma mão envolve a cabeça, a outra contém os pés ou as mãos (BRASIL, 2011c).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizamos uma abordagem descritiva e exploratória, pois buscou descrever e elucidar o fenômeno, investigando sua natureza complexa e outros fatores a que eles estão relacionados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentam sua vivência em torno de determinado problema. Assim, o pesquisador aprofundou suas especulações e encontrou as reais causas da ocorrência de tal fenômeno (TRIVIÑOS, 2010).

Trata-se de uma pesquisa com caráter quantitativo cuja finalidade é o delineamento, descrição ou análise das características de fatos ou fenômenos, avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave. Utiliza técnicas de amostragem que apresentam caráter representativo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local para a realização do estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital da Mulher Parteira Maria Corrêia, que é uma instituição pública financiada pelo SUS através do Governo do Estado do Rio Grande do Norte, que atende ao município de Mossoró em toda região circunvizinha.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Conforme Gil (2007) a população corresponde a um conjunto de definido de elementos que possuem determinadas características que se delimita ao total de habitantes de determinado local. E já amostra se fundamenta a um subconjunto do universo que pode ser dado por um determinado número retirado da população ou habitantes.

A população foi composta por enfermeiros que atuam na unidade terapia intensivas neonatais (UTIN), pertencentes ao Hospital da Mulher Parteira Maria

Corrêia. Totalizando em uma amostra de 9 enfermeiros graduados. A participação foi voluntária e iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE B). Como critérios de inclusão da pesquisa: aceitar participar da pesquisa voluntariamente, ser maior que dezoito anos, ser enfermeiro e atuar na UTIN nos locais referidos para o estudo. Como critérios de exclusão: estar de férias, ou afastado por licença médica, menor que dezoito anos ou não aceitar participar da pesquisa.

3.4 COLETA DE DADOS

A execução da pesquisa iniciou-se com a aplicação da técnica coleta de dados, através de uma entrevista, configurada como um encontro entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado numa investigação social, para a coleta de dados ou para ajuda no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (MARCONI; LAKATOS, 2010).

No estudo em questão, como instrumento de coleta de dados, o entrevistador utilizou um roteiro de entrevista previamente estabelecido, com perguntas já formuladas. A abordagem estruturada é apropriada quando os pesquisadores já sabem o que necessitam saber e estruturam questões apropriadas para obter as informações necessárias (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

A coleta dos dados foi realizada nos mês de setembro após avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FACENE, como também da aprovação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado por aqueles que participaram da pesquisa (APENDICE B).

Ante a coleta dos dados, os sujeitos a serem entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, sobre a importância da participação destes para qualificar a assistência de enfermagem ao RNPT na UTIN, a fidedignidade das informações colhidas, bem como da confidencialidade das suas identidades, atendendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as entrevistas se realizaram no próprio local de trabalho dos enfermeiros entrevistados, em lugar calmo e livre de interrupções.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram expressos em frequências simples e porcentagem, analisados pelo programa Excel 2007, em gráficos e tabelas, os quais a associação entre a boa assistência de enfermagem e o desenvolvimento do RNPT foi obtidos pelo teste exato de Fisher.

O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Os procedimentos estatísticos permitem que o pesquisador resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Com relação aos aspectos éticos da pesquisa, em detrimento a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FACENE, a fim de proteger os participantes de qualquer forma de dano. Durante a coleta, processamento e análise dos dados obtidos serão obedecidos às prerrogativas da resolução COFEN, nº 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2012b).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/FACENE/PB com o parecer de nº 839.591 e CAAE 34385414.6.0000.5179.

A pesquisa ofereceu riscos mínimos ao participante da pesquisa, como a exposição de suas identidades, que foram minimizados através da seguinte providência: uso de pseudônimo (nome fictício) no momento das entrevistas, assegurando o sigilo, como também será assegurando a guarda dos dados e local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. O estudo apresentou como benefício conhecer como se dá a assistência de enfermagem oferecida ao RNPT no contexto da UTIN em Mossoró-RN, e como esta contribui para o desenvolvimento do RNPT, trazendo os fatores que interferem no seu desenvolvimento, além da percepção que os enfermeiros trazem sobre a contribuição da sua assistência para o desenvolvimento do RNPT. Assim, trouxemos reflexões que podem contribuir para uma melhor assistência ao RNPT.

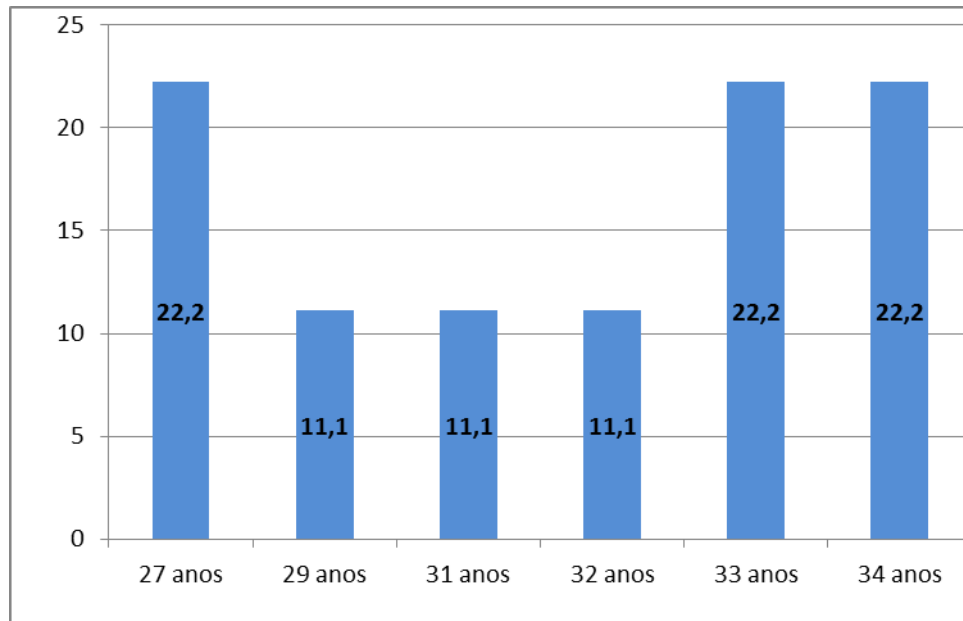
3.7 FINANCIAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi financiada com recursos próprios da pesquisadora associada. Qualquer tipo de despesa que a pesquisa requerer, o pesquisador participante tem plena ciência da sua responsabilidade. Tendo também como financiadora participante dessa pesquisa a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE), que disponibilizará com: orientadora, banca examinadora, internets, livros e periódicos disponíveis na biblioteca Sant Ana localizada própria sede da própria instituição.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÕES SOCIOECONÔMICAS DOS ENTREVISTADOS

Gráfico 01: Caracterização da amostra quanto à idade dos participantes da pesquisa. Mossoró/RN.

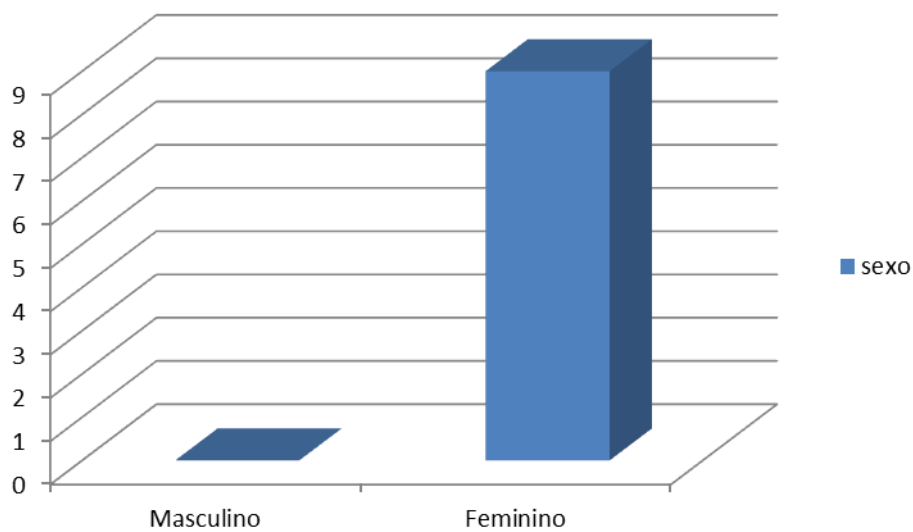


Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

No gráfico 01 encontra-se a caracterização da amostra quanto à idade das participantes, onde observamos que a idade variou de 27 anos, o que correspondeu a 22,2 % e 34 anos também com 22,2% da amostra.

De acordo com Coutinho e Rolim (2005) a respeito com os dados sobre o exposto de pesquisa a faixa etária, percebemos uma maior concentração de enfermeiras atuantes com a idade entre 32 e 41 anos (44%), ao que se segue idade entre 42 e 51 anos (23%), levando-nos a crer que este grupo de profissionais, na sua maioria, possui amadurecimento suficiente para desenvolver suas atividades técnicas e educativas.

Gráfico 02: Caracterização de amostra quanto ao sexo. Mossoró/RN.



Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

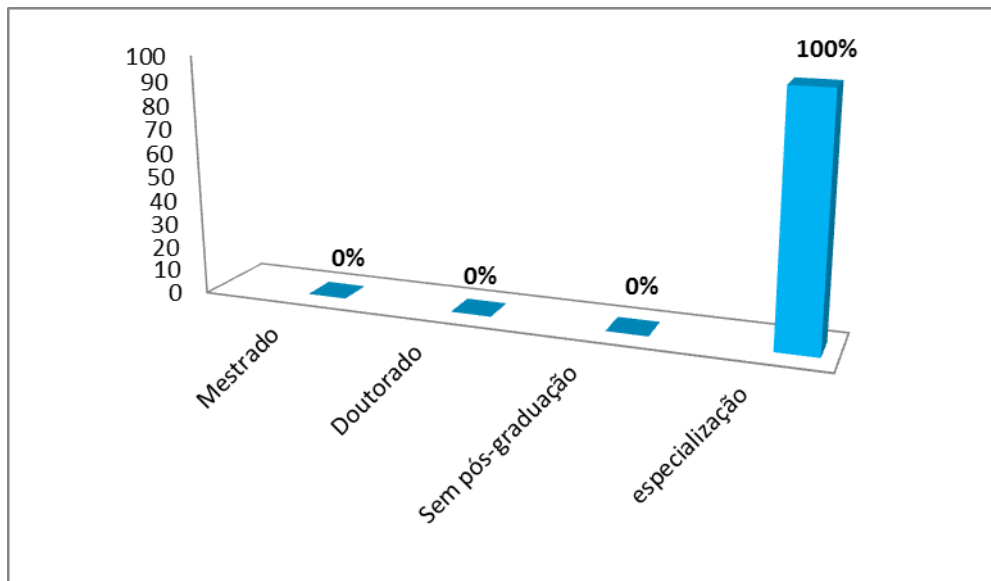
O gráfico 02 mostra a caracterização da amostra quanto o sexo dos participantes da pesquisa, onde foi constatado que 100% da amostra é constituída por profissionais da enfermagem do sexo feminino.

Observamos quanto a caracterização dessa amostra traz a mulher o título de um ser cuidador, por muitas vezes mostrar sensibilidade diante vários aspectos e tratando o paciente com singularidade.

Em contexto as mulheres prevalecem ainda com maior contingente de trabalhadoras empregadas em empresas onde predominam o trabalho manual repetitivo numa articulação (in) direta por possuírem características femininas, construídas socialmente: paciência, destreza, concentração. As mulheres levam para o mercado formal de trabalho as habilidades construídas historicamente. Carregam consigo suas casas, suas famílias, seus filhos (SILVA; SILVA, 2007).

. A partir deste achado, têm-se que desde os primórdios, a enfermagem é exercida majoritariamente por mulheres, considerando que cuidados aos enfermo mostram-se cultural e socialmente apropriada para o trabalho feminino (OLIVEIRA; SILQUEIRA; ALVES,2011).

Gráfico 03: Caracterização da amostra quanto á escolaridade dos participantes da coleta de dados. Mossoró/RN.

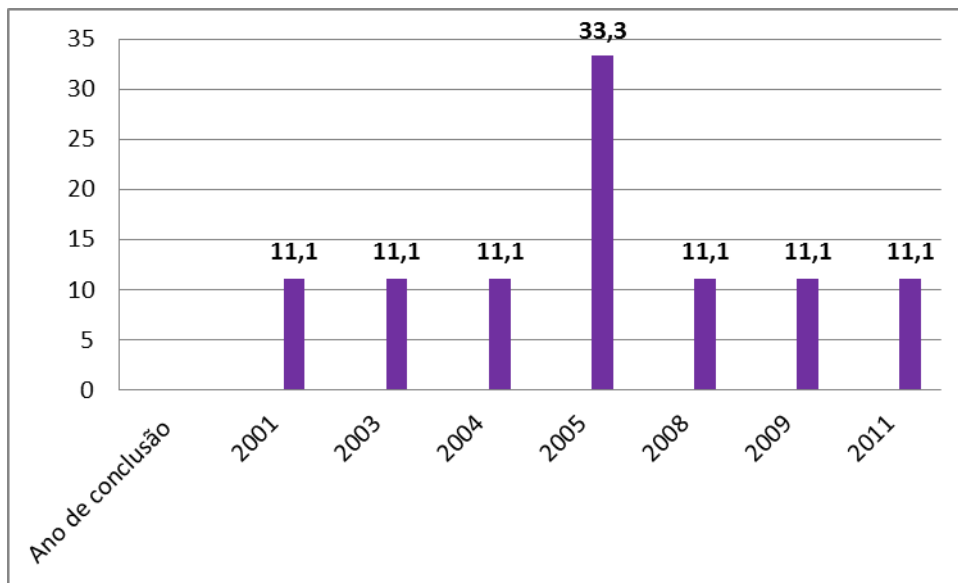


Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

O gráfico 03 constatou que os enfermeiros da pesquisa não possuíam títulos de mestrado e nem de doutorado e 100% da amostra possuía algum tipo de especialização. Quanto a área da pós- graduação, os enfermeiros revelaram que apenas 2 tinham especialização em neonatologia, enquanto outros tinham especialização na área Clínica cirúrgica, Saúde pública, Saúde na família, UTI adulto, Auditoria Enfermagem, Enfermagem Clínica, Urgência e Emergência, Obstetrícia, Enfermagem no Trabalho. Isto reflete a busca por conhecimentos em outras áreas de estudos que não estão relacionadas a sua prática profissional.

Algumas pesquisas mostram que com relação a titulação dos enfermeiros entrevistados que trabalham com terapia intensiva evidencia-se uma busca destes por cursos de pós-graduação. Além disso, a assistência de enfermagem em setores de cuidados intensivos requer uma capacidade para lidar com situações complexas, com velocidade e precisão que geralmente não são necessárias em outras unidades do hospital. Neste sentido, trabalhar em setores críticos exige competência para integrar as informações, construir julgamentos e estabelecer as prioridades. Para adquirir tais habilidades os enfermeiros precisam então se especializar (SILVA, 2011).

Gráfico 04: Caracterização de amostra quanto ao ano de conclusão dos participantes. Mossoró/RN.



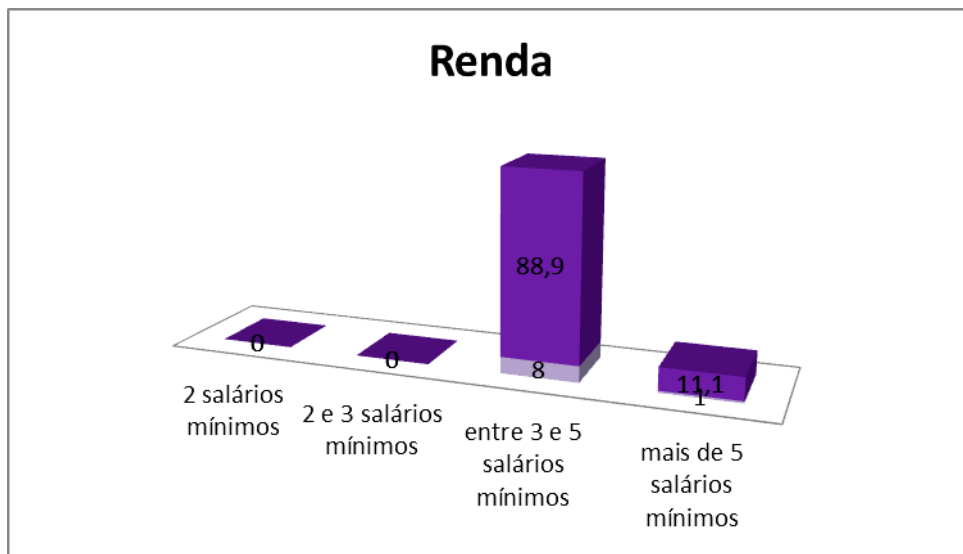
Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

No gráfico 04 temos, os dados referentes ao ano da conclusão dos enfermeiros participantes da pesquisa, constatando que 33,3% concluíram em 2005, e no âmbito anos seguintes em 2001, 2003, 2004, 2008, 2009 e 2011, com 11,1%. Sendo assim, os enfermeiros tiveram um tempo de formação que variou de 13 anos de formado até 3 anos de formação. Salientando que a maioria tem 9 anos de formação como enfermeiro.

De acordo com Silva (2011, p. 101),

é possível dizer que o tempo de formação profissional é uma característica importante para análise do perfil dos profissionais que trabalham em terapia intensiva e a experiência profissional do enfermeiro é um elemento relevante para a análise do agir profissional, sobretudo no que tange ao manejo da tecnologia que se encontra articulada à assistência do cliente.

Gráfico 05: Caracterização da amostra quanto à renda dos profissionais. Mossoró/RN.



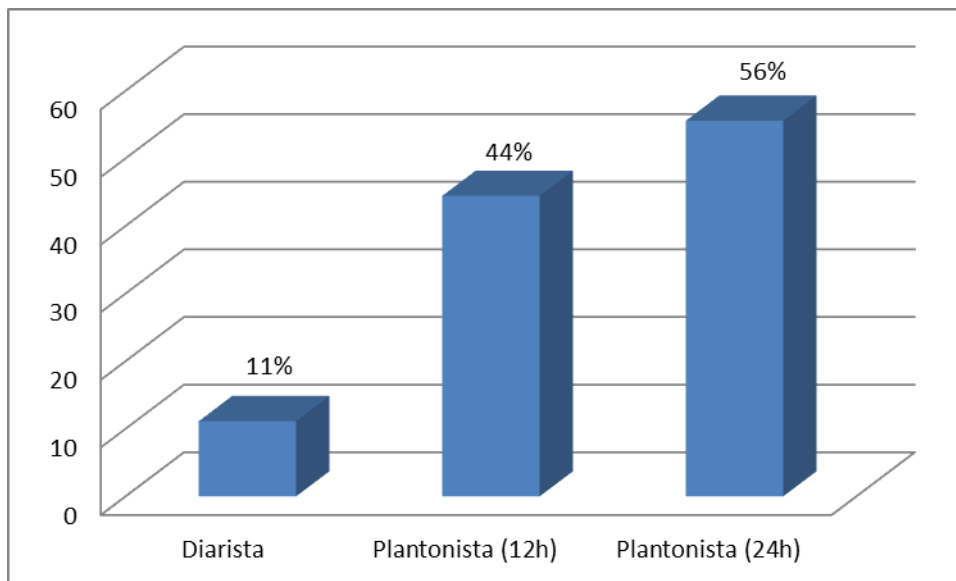
Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

O gráfico nos mostra a caracterização da renda dos participantes, onde observamos que 11,1% recebe mais de 5 salários mínimos e 88,8% dos profissionais recebem entre 3 a 5 salários mínimos.

Podemos ver na tabela 05 relaciona a renda dos profissionais é positivamente relevante no que se corresponde a satisfação com o salário entre profissionais brasileiros no qual se difere mostrado a tendência para insatisfação e um fator condicionante para a baixa remuneração e desvalorização do pessoal de Enfermagem está ligado à própria evolução histórica do trabalho em Enfermagem (ALVES et al, 2012).

Considerando-se que as desigualdades sociais e a pobreza são fenômenos multidimensionais e dinâmicos, e que não se restringem aos aspectos socioeconômicos com os quais são normalmente identificados, os profissionais de saúde devem estar atentos à forma como estes âmbitos podem interferir na saúde dos indivíduos e das populações (COTTA, 2007).

Gráfico 06: Caracterização da amostra o regime de trabalho dos participantes. Mossoró/RN.



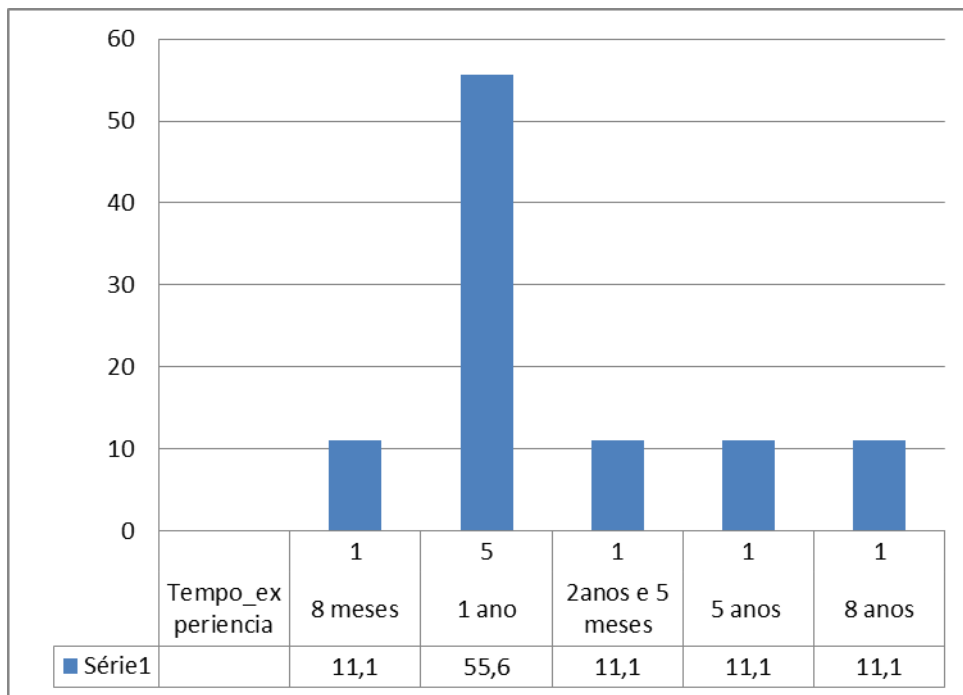
Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

O gráfico 06 mostra, que a caracterização da amostra referente à carga horária e do regime de trabalho dos profissionais que trabalham 11,1%, são diarista, 44% são plantonista com carga horária de 12 horas e 56% dos entrevistados trabalham com carga horária de 24 horas. Vale salientar que todos os enfermeiros trabalham em uma maternidade pública e são estatutários e efetivos.

Podemos destacar que a assistência ao recém-nascido não ficam afetados perante a jornada de trabalho diante no qual foi exposto, pois a maioria dos profissionais tem carga horária tendo em vista que tem repouso maior semanal.

No questiona a literatura os profissionais de enfermagem têm reconhecidamente longas jornadas de trabalho. Os plantões de 12 horas seguidos por 36 ou 60 horas de descanso permitem que esses profissionais se dediquem a mais de uma atividade produtiva. Nesse grupo profissional, as longas jornadas podem levar à exaustão e fadiga, podendo afetar a assistência aos pacientes. Além disso, em função da predominância feminina, a jornada de trabalho profissional se adiciona ao trabalho doméstico, compondo a chamada jornada total ou carga total de trabalho (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

Gráfico 07: Caracterização da mostra quanto ao tempo de experiência dos profissionais diante dos serviços prestados. Mossoró/RN.



Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

O gráfico 07 apresenta a caracterização da amostra quanto ao tempo de serviço na Unidade Terapia Intensiva Neonatal, foi averiguado que, 11,1% enfermeiro trabalha há 8 meses neste setor. A maioria trabalha em UTI Neonatal há 1 ano (55,6%), e que somente um enfermeiros tem entre 2 ano de experiência e 8 anos. Nota-se que a grande maioria dos enfermeiros da UTI Neonatal deste serviço tem uma experiência recente com o setor e isto pode influenciar a qualidade da sua prática.

Silva (2011) traz uma reflexão na qual o enfermeiro novato encontra-se preocupado com sua atuação profissional, visto que não tem o domínio dos caracteres que possibilitam um agir seguro, ou seja, não conhece por completo o que e como deve ser feito nas diferentes e desafiadoras situações cotidianas do cuidado.

A maturidade pessoal contribui para a experiência assistencial da enfermeira atuante na área hospitalar. Isto decorre do fato de que a enfermeira não constrói conhecimentos somente por meios de estudos acadêmicos, mas os reconstrói no

dia-a-dia, a partir dos desafios da sua rotina diária. Ao transformar o saber teórico em prática assistencial, está construindo mais conhecimento, modificando antigas aprendizagens e aperfeiçoando novas táticas derivadas da assistência diária (COUTINHO; ROLIM, 2005).

4.2 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UTI NEONATAL

Nesta discussão trazemos uma correlação entre os resultados expressos nas tabelas em frequências simples e porcentagem e o que os referenciais teóricos trazem para discussão sobre a assistência de enfermagem e o desenvolvimento do RNPT.

Tabela 01 – A Assistência de Enfermagem e o controle da medida de temperatura do RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Realiza medidas de controle de temperatura?		
Sim	09	100
Não	0	0
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Como sabemos, os recém-nascidos prematuros possuem uma pele muito fina, sem queratina e sua camada de tecido adiposo é muito escassa, o que facilita a troca e perda de calor e água com o ambiente no qual está inserido.

Observa-se que de acordo com a tabela acima, que todos os enfermeiros atuantes na UTI neonatal realizam medidas de controle de temperatura, o que reflete um resultado positivo mostra que com esse controle termoregulação poderá evitar complicações que interfira no bom desenvolvimento do RNPT na UTI neonatal.

A hipotermia ou a hipertermia podem causar alterações graves nos sinais vitais, incluindo taquicardia, bradicardia, taquipnéia e apneia, além do aumento do consumo de energia. A manutenção e a monitorização da temperatura corporal, mantendo um ambiente térmico neutro estável, devem ser metas prioritárias da enfermagem responsável pela assistência ao RN, sendo importante que esta

categoria conheça os mecanismos do controle térmico, perda de calor e os riscos que a instabilidade térmica pode causar aos recém-nascidos (ROLIM, 2010).

Para a prevenção de agravos relacionados a variação da temperatura, o RNPT deve ser mantido em zona neutra de temperatura adequada, variando entre 32° e 35° C, com umidade de 50%, a qual permite uma temperatura corporal do RNPT de 36° e 36,5° C (ROLIM, 2010).

Tabela 02- Assistência de Enfermagem e a realização do exame físico detalhado no RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Realiza exame físico detalhado no RNPT?		
Sim	07	77,8
Não	0	0
As vezes	02	22,2

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Na tabela 02, percebemos que 77,8% dos enfermeiros entrevistados afirmaram que realizam o exame físico detalhado no RNPT. 22,2% referiram não realizar o exame físico detalhado, o que chama atenção pelo fato de se tratar de pacientes críticos que necessitam de um acompanhamento mais minucioso.

De acordo com o exame físico o enfermeiro poderá ser capaz de visualizar a necessidade do cuidado com esse RNPT e possivelmente intervir, evitando assim danos ao desenvolvimento dos recém-nascidos.

O exame físico representa um instrumento de grande valia para a assistência, uma vez que permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Tabela 03 – Assistência de Enfermagem e a realização de cuidados de higiene com RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Realiza cuidados de higiene com o RNPT?		
Sim	05	55,6
Não	01	11,1
As vezes	03	33,3

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

A tabela a cima mostra que 55,6%, faz a higienização do RNPT, e que 11,1% não faz esse cuidado, enquanto 33,3% mantem as vezes a esses cuidados.

No que tange ao cuidado de higienização do recém-nascido o enfermeiro se deve atentar para a sua realização, que apesar de não interferir diretamente no seu desenvolvimento, pode predispor o RNPT a processos infecciosos transmissíveis e comprometer o seu bem estar.

Os cuidados com a higiene do RNPT envolve várias ações, dentre elas, o banho e a troca de fraldas. O banho caracteriza-se por um excesso de manipulação do bebê. Essas manipulações podem produzir diversas reações no recém-nascido, e portanto, necessita da adequação do procedimento. O banho nos bebês normais tem sido descrito como algo prazeroso, pois lembra o ambiente líquido e quente característico do útero materno. Já para o pré- termo, diversos pesquisadores demonstram que existe um estresse fisiológico que, se repetido muitas vezes, pode atrapalhar o crescimento e o desenvolvimento desses RN pré-termo. Vale salientar que não é necessário banho diário em RNPT na UTI neonatal (BRASIL, 2011b).

Tabela 04 – Assistência de Enfermagem e a realização do controle de sinais vitais. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Realiza controle de sinais vitais?		
Sim	07	77,8
Não	01	11,1
As vezes	01	11,1

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Como mostra a tabela acima, a maioria dos enfermeiros realiza sinais vitais (77,8%), quanto apenas um afirma que não realiza (11,1%) um responde que só as vezes (11,1%).

A importância de fazer os sinais vitais é primordial para controlar a vitalidade do RNPT, apesar de sabemos que não é comum o enfermeiro realizar esse procedimento, por se tratar de menor complexidade, mais é fundamental executar para ter algum entendimento para que possa dar direcionamento aos demais profissionais, dando boa qualidade na assistência.

Os sinais vitais evidenciam a qualidade das funções vitais do organismo, que são a frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial. Apesar de não ser um sinal vital, a saturação de oxigênio é importante ser monitorizada e junto aos parâmetros dos sinais vitais deve-se ser realizado o monitoramento contínuo através de tecnologias como monitores (BARBOSA, 2010).

Este resultado também nos permite refletir sobre a divisão técnica do trabalho da enfermagem, que historicamente a categoria é dividida por técnicos e enfermeiros, onde cada um tem atribuições legais bem delimitadas.

Para Pires, Gelbcke e Matos (2004, p. 318) “o fazer da enfermagem, principalmente dos trabalhadores de nível médio, permanece carregado de normas, rotinas, da realização de tarefas fragmentadas, sem participação efetiva do conjunto da equipe nos processos decisórios”.

Enquanto isso, o trabalho do enfermeiro volta-se mais para o gerenciamento dos cuidados de enfermagem e realização de procedimentos mais complexos e invasivos. Porém esse resultado é positivo para o desenvolvimento do RNPT, uma vez que estas tarefas ditas do cotidiano do técnico de enfermagem, são realizados pela maioria dos enfermeiros (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004)

Tabela 05 – Assistência de Enfermagem ao RNPT e a realização dos cuidados de enfermagem de forma Individualizada. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Os cuidados com o RNPT são realizados de forma individualizada?		
Sim	09	100
Não	0	0
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

A tabela 05 revela que 100% dos enfermeiros realizam os cuidados com o RNPT de forma individualizada, o que confere um resultado positivo, uma vez que o cuidado realizado desta forma traz especificidades para cada RNPT de acordo com as suas necessidades e não de acordo com as necessidades do profissional que realiza o cuidado

O recém-nascido prematuro é paciente de difícil cuidado, não é tarefa fácil para qualquer profissional lidar com esse tipo de cuidado sendo necessário visualizar este paciente de forma individualizada com necessidades distintas dos demais RNPT. Mas isto não implica em não inseri-lo dos cuidados com a sua família.

O foco da assistência de enfermagem na UTI Neonatal centra-se não apenas na doença do recém-nascido, mas, também, nas dimensões sociais, emocionais e psicológicas do RNPT e da sua família, obtendo assim, um cuidado integral (MERIGHI, 2011).

Tabela 06 – Assistência de Enfermagem e a realização do controle da dor do RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Realiza avaliação e controle da dor?		
Sim	06	66,7
Não	01	11,1
As vezes	02	22,2

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

De acordo com a tabela 06, 66,7% dos profissionais na UTIN, faz o controle da dor sendo em questão que poderá trazer prejuízo ao desenvolvimento para esse RNPT, que 11,1% não faz essa avaliação e controle, enquanto 22,2% as vezes mantém essa avaliação. De acordo com análise foi verificado que se trata-se uma pesquisa positiva pois a maioria dos enfermeiros constata esse cuidados é ofertando o desenvolvimento para RNPT.

Nesse sentido a dor está presente desde seu primeiro dia de da internação do RNPT, por serem sensível a qualquer tipo de toque o mais simples procedimento ate invasivo como punções venosas, aspiração, o enfermeiro na UTIN pode detectar e avaliar essa dor através expressão facial, motora e choro inconsolável, podendo assim intervir com o controle dessa dor proporcionando através medidas de conforto, oferecer sucção nutritiva, mudança de decúbito, utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas com solução açucaradas. Sabendo que a dor poderá interferir no desenvolvimento físico e mental prejudicando o RNPT.

A dor prolongada, persistente ou repetitiva induz a mudanças fisiológicas e hormonais que, por sua vez, modificam os mecanismos moleculares neurobiológicos operantes e desencadeia uma reprogramação do desenvolvimento do sistema nervoso central, o que pode prejudicar o seu desenvolvimento. Diante disso, os enfermeiros podem tomar algumas medidas de procedimentos como farmacológicas

e não farmacológicas, com administração de substâncias adocicadas por via oral, Sucção não nutritiva, amamentação, contato pele a pele, diminuição da estimulação tátil (BRASIL, 2011a).

A avaliação da dor acaba sendo uma tarefa difícil para os profissionais de saúde e em específico o de enfermagem. é um mecanismo frustrante durante a internação para o recém-nascido prematuro (RNPT) em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) pela necessidade de realização de procedimentos invasivos de rotina. A dificuldade na adoção de medidas de controle da dor está na falta de compreensão da comunicação não verbal do RN e expressada pelo choro de fato que a dor é um fenômeno subjetivo (MARTINS, 2013).

Tabela 07 – Assistência de Enfermagem sobre os cuidados de procedimentos invasivos com RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Realiza procedimentos invasivos com cuidado?		
Sim	09	100
Não	0	0
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

A tabela 07 obteve uma amostra de 100% dos participantes, que faziam todos os procedimentos invasivos com cuidado e isso mostra que o RNPT foi beneficiado para seu desenvolvimento.

A assistência de enfermagem na realização de cuidados com procedimentos invasivos deve-se manter durante toda vez no qual o RNPT tiver internado na UTIN evitando desgaste e estresse um vez que procedimentos invasivos são frustrantes durante sua passagem na UTIN, traumatizando a cada dia afetando o desenvolvimento neuropsicomotor desse RNPT.

No recinto da assistência ao bebê prematuro destacam-se os procedimentos invasivos, entre eles a punção venosa, para fins diagnósticos e terapêuticos medicamentosos. Dessa forma, deve-se assegurar o conforto deste prematuro nestas diferentes etapas, entendendo que a punção venosa é um procedimento traumático, doloroso, desconfortante e que pode causar diversas alterações nos

parâmetros físicos e comportamentais do RNPT. Fazendo com que esses profissionais possam intervir com soluções farmacológicas e não farmacológicas como também sucção nutritiva, ressaltando essa maneira seria um controle aos RNPT de não interferir em seu desenvolvimento (PACHECO, 2012).

Tabela 08 – Assistência de Enfermagem e a realização da importância da pesagem diária do RNPT ou conforme prescrição. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Realiza pesagem diária do RNPT ou conforme prescrição?		
Sim	08	88,9
Não	01	11,1
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Na tabela a acima 88,9% dos profissionais enfermeiros mantem a pesagem diária do RNPT, enquanto 11,1% não faz essa pesagem diária.

A pesagem diária é um procedimento simples em que o RNPT é pesado na própria incubadora aquecida dependentemente das suas condições clinicas, que é relevante para o valor nutricional e também importante para hídrico de perdas e ganhos diários ajudar também ao pediatra estabelece a dose de medicações através desse peso diário, o enfermeiro podendo assim estar cobrando da sua equipe esse procedimento diário.

O peso médio dos prematuros é de 1.743g, quando do início da alimentação oral, valor mediano de 1.725g chega a 1.750g a 1.999g .A média de idade corrigida dos prematuros que tem 36 semanas ou 35 semanas . Outro aspecto a destacar, refere-se ao início da alimentação oral do prematuro, O desmame precoce em prematuros decorre, muitas vezes, da condição clínica do RNPT que impede a sucção direta ao seio materno, do período prolongado de internação, do estresse materno e da falta de rotinas sistematizadas que incentivem o aleitamento. Além disso, aponta-se que o baixo índice de aleitamento materno entre as mães de prematuros deve-se ao medo e à insegurança que corroboram para a hipogalactia (SCOCHI et al, 2010).

Tabela 09 – Assistência de Enfermagem e a realização da avaliação do estado nutricional do RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Avalia o estado nutricional do RNPT?		
Sim	07	77,8
Não	02	22,2
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

No gráfico acima refere que 77,8% dos profissionais avaliam o estado nutricional dos RNPT e que 22,2% não faz essa avaliação durante a internação desse RNPT.

A dificuldade do RNPT para manter o seu estado nutricional geralmente é comum observar em ambientes de UTIN, devido ao seu trato gastrintestinal estar imaturo, bem como o seu sistema imunológico. Desta forma, é essencial que a enfermagem busque uma avaliação constante do seu estado nutricional, através de ações que visualizem prováveis alterações do padrão considerado normal, a fim de prevenir o atraso do desenvolvimento do RNPT.

Comumente o recém-nascido prematuro apresenta dificuldades na alimentação devido à imaturidade para sugar e por incoordenação das funções respiração/sucção/deglutição, entre outros problemas. Conseqüentemente há necessidade do uso de via alternativa de alimentação, alimentação complementar e internação hospitalar por tempo prolongado. Durante sua internação é lhe oferecido leite ordenhado leite materno ou doação do banco de leite, através da própria instituição (LOPEZ; SILVA, 2013).

Tabela 10 – Existência de dificuldades quanto a disponibilidade de materiais no setor que interfiram na assistência de Enfermagem ao RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Existem dificuldades quanto a disponibilidade de materiais no setor que interfiram nos cuidados de enfermagem ao RNPT?		
Sim	05	55,6
Não	01	11,1
As vezes	03	33,3

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

De acordo com a tabela acima, percebe-se que existe uma dificuldade quanto a falta de materiais e isto interfere nos cuidados com o RNPT, pois 55,6% dos enfermeiros afirmam que existe a dificuldade relacionada a falta de materiais, 33,3% respondeu que as vezes e 11,1% respondeu que não. Isto significa que a assistência de enfermagem ao RNPT pode ficar comprometida devido a falta de materiais.

O SUS continua um sistema em construção e ainda enfrenta um conjunto de desafios como a instabilidade e insuficiência do financiamento, investimentos reduzidos, distribuição desigual dos recursos e da infraestrutura, acesso insuficiente, baixa eficácia, qualidade insatisfatória, ineficiência na gestão dos recursos, humanização deficiente, desrespeito ao cidadão, desatenção e maus-tratos (MATTA; LIMA, 2010)

São necessários maiores investimentos na aquisição de materiais e recursos físicos nos serviços de saúde, pois a maioria deles encontra-se sucateada e em desuso (MIOMAZ et al, 2010) .

Tabela 11 - Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para realização de exames prescritos para os RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Existem dificuldades para realizar exames prescritos para os RNPT?		
Sim	05	55,6
Não	02	22,2
As vezes	02	22,2

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Com relação a existência de dificuldades para realizar exames prescritos para os RNPT, 55,6% afirmaram que sim, enquanto 22,2% respondeu que não e 22,2%, as vezes.

Em relação a essa dificuldade o enfermeiro poderá enfrenta diante de exames prescritos, pois existem tipos de exames mais específicos como por exemplo ecocardiograma, ultrassom transfontonelar, por muitas vezes não dispor de profissionais disponíveis para tal especialidade em área de neonatologia que se encontra escassez para tal serviço.

Estas dificuldades relatadas pelos profissionais na realização de exames prescritos também é relatado no trabalho de Marques e Melo (2011), focalizando que não se trata de um fenômeno isolado.

Tabela 12 – opinião sobre a capacidade da equipe de enfermagem para realizar os cuidados de enfermagem ao RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Sua equipe é capacitada para realizar os cuidados de enfermagem ao RNPT?		
Sim	07	77,8
Não	02	22,2
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Quando perguntados sobre a capacidade da equipe de enfermagem para realizar os cuidados ao RNPT, a maioria respondeu que sim, ou seja, que eram capacitados para realizar os cuidados (77,8%). Somente 22,2% afirmam que a equipe não é capacitada para realizar os cuidados de enfermagem ao RNPT.

A capacidade do profissional se dar com tempo através de ganho na experiência, ao enfrentar os obstáculos do dia a dia, torna-se inquestionável ao saberes da enfermagem.

A capacidade do cuidado de enfermagem é muito importante para o desenvolvimento do RNPT, pois interfere diretamente nas alterações fisiológicas do mesmo. Os enfermeiros que atuam nesta área necessitam ter acesso disponibilizado a materiais bibliográficos para acompanhar e suplementar seus conhecimentos (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010).

Tabela 13 – Capacidade dos enfermeiros em realizar um cuidado de enfermagem adequado para o bom desenvolvimento do RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
Sente-se capaz de realizar os cuidados de enfermagem adequados ao bom desenvolvimento do RNPT?		
Sim	09	100
Não	0	0
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Todos os enfermeiros evidenciam a sua capacidade para cuidar dos RNPT e favorecer o seu desenvolvimento através de sua assistência. Assim, evidencia-se um resultado referente a 100% da amostra quanto a este questionamento.

A pesquisa mostra que a enfermagem se considera apta para o desenvolvimento do RNPT, e isto pode predizer com uma boa assistência prestada qualificando com baixa mortalidade do RNPT, contribuindo para sua sobrevivência e saída de alta para berçário de médio risco. Para isto, é necessário avançar na perspectiva da inserção da família no cuidado do RNPT, associando a uma boa assistência de enfermagem, o desenvolvimento deste tipo de paciente será realizado de forma saudável e integral.

Costa, Padilha e Monticelli (2010) exalta a necessidade de transformações no processo de trabalho nas UTI Neonatais, com vistas a ampliar o objeto de ação para além do corpo do recém-nascido, por meio da inserção da família, assumindo o recém-nascido como um ser de relações, rumo à construção de um novo modelo assistencial que visa à humanização da assistência neonatal.

Tabela 14 – Opinião dos enfermeiros sobre a estrutura física da UTIN e o favorecimento desta para o desenvolvimento saudável do RNPT. Mossoró/RN.
Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq	%
A estrutura física da UTIN que você trabalha favorece o desenvolvimento saudável do RNPT?		
Sim	06	66,7
Não	02	22,2
As vezes	01	11,1

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

A tabela 14 mostra que 66,7% diz a estrutura favorece o desenvolvimento saudável do RNPT, que 22,2% não favorece e 11,1% diz as vezes.

A estrutura física da UTIN devera proporcionar conforto e segurança para os RNPT ofertando ampliação no espaço para que o profissional proporcione uma boa qualidade de assistência, oferecendo meia luz em cada leito, para dar ar de

tranquilidade na hora de seu sono, devera também manter um ambiente tranquilo longe de setores movimentados.

A componente estrutura física corresponde a avaliação dos recursos existentes para a execução dos serviços (SANTIAGO et al, 2013). A partir disto podemos inferir que este estudo traz resultados que diferem de outros estudos que avaliam a estrutura física de serviços públicos, onde trazem que existe uma estrutura física precária e que dificulta o atendimento de qualidade (CAVALCANTE et al, 2014).

Tabela 15- Assistência de Enfermagem e a realização com os cuidados com a pele do RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq.	%
Realiza cuidados com a pele dos RNPT?		
Sim	08	88,9
Não	01	11,1
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

A tabela 15 mostra que os participantes, 88,9% realizam a esses cuidados com a pele enquanto, 11,1% responderam que não fazia esses cuidados com a pele do RNPT.

O recém-nascido possui a pele muito fina e gelatinosa com pouco armazenamento calórico, diante o enfermeiro corrobora para esse cuidado aconteça, evitando manipulações constantes de forma organizadas, mantendo a pele integra e intacta, evitando flebites e extravasamento de líquidos nos tecidos principalmente em questão de controle contra infecção na pele esta propicio a esse acontecimento por tratar de ser tão delicada .

A pele é uma barreira protetora dos órgãos internos contra agentes externos. Manter a integridade da pele é um fator necessário para o desempenho de suas funções, e alguns fatores, como traumatismos, queimaduras, dermatites, úlceras, imunidade diminuída, dentre outros, prejudicam esta membrana (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012).

Diante disso há grande preocupação sobre essa membrana ainda em desenvolvimento no RNPT, por ser uma característica peculiar, e de excessiva sensibilidade, podendo ter sua função prejudicada diante de sua condição por estar exposta vários tipos de infecções. Ainda no primeiro mês de vida, a pele do RN sofre

várias modificações visando adaptar-se à vida no meio exterior. As alterações cutâneas verificadas neste período compreendem desde processos temporários causados por mecanismos fisiológicos até quadros permanentes decorrentes de enfermidades graves, porém o Enfermeiro devera intervir com integridade da pele desse RNPT evitando o problema da própria prematuridade, risco de infecção, monitorização, fatores ambientais, alterações fisiológicas, assistência intensiva, procedimentos invasivos associados ao uso de antissépticos, lesão e exame físico. (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012).

Tabela 16- Assistência de Enfermagem e a realização do monitoramento de sons ou ruídos e luminosidade no interior da UTIN. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq.	%
Realiza o monitoramento de sons ou ruídos e luminosidade no interior da UTIN?		
Sim	08	88,9
Não	0	0
As vezes	01	11,1

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

A tabela 16 mostra que, 88,9% dos entrevistados faz o monitoramento de sons ou ruídos e luminosidade no interior da UTIN, enquanto 11,1%, responderam que as vezes faz esse monitoramento.

O controle da luminosidade do ambiente na UTIN é de extrema importância para desenvolvimento desses RNPT, e o enfermeiro deverá manter o controle da iluminação com meia luz, organizando sua equipe em procedimentos durante o dia ofertando conforto e aconchego imitando aproximadamente o útero da sua mãe onde é local escuro e calmo. Deverá também manter a unidade em silêncio, principalmente atentar sons de alarmes transformar o setor tranquilo e sereno respeitando sempre o seu repouso.

A UTI neonatal (UTIN) é um ambiente que nos traz aparatos tecnológicos, com incubadoras, berços, ventiladores mecânico, bombas de infusão, produzindo sons. Acaba sendo um ambiente que traz barulhos através de manipulações dos aparelhos tecnológicos isso podendo interferir no desenvolvimento do recém-nascido prematuro. Os principais causadores de barulhos e ruídos na UTIN foram

percebidos em conversação entre as pessoas, alarmes de aparelhos, como monitores e incubadoras, uso de telefones fixos e celulares, jato d'água da pia, troca de equipamentos. Considera-se urgente a tomada de decisão dos profissionais envolvidos no cuidado ao RN na UTIN, a fim de reduzir o nível de poluição sonora no ambiente da Unidade Neonatal e, conseqüentemente, trabalhar para a diminuição de sequelas nos internados. (CARDOSO; CHAVES; BEZERRA, 2010).

No que diz o autor a luz forte e contínua é um fator que causa o stress para o RN internado na UTIN por apresentar menos defesas em relação à luz ambiente assim interferindo no seu desenvolvimento psicomotor (SANTOS, 2011).

Tabela 17- Assistência de Enfermagem e a realização da manutenção do sono do RNPT no período de internação na UTIN. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq.	%
O sono do RNPT é respeitado no período de internação na UTIN?		
Sim	06	66,7
Não	01	11,1
As vezes	02	22,2

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Na tabela a cima nos mostra que 66,7% dos profissionais responderam que respeitavam o sono do RNPT no período de sua internação. Já 11,1% responderam que não e 22,2%, responderam que as vezes mantem o sono do RNPT.

A assistência de enfermagem necessita impor estratégia enquanto esse cuidado, pois, é na hora do sono que o recém-nascido tem que repor energias gastas em manipulações excessivas.

Nas UTIN o alto nível de ruído a todo o instante pode tornar difícil a manutenção dos estados de sono para prematuros, que parecem ser tão importantes para um adequado desenvolvimento do sistema nervoso central. Assim dificultando futuramente na fala, problemas relacionados com a linguagem e aprendizagem. Apesar de algumas controvérsias, tem sido recomendada por especialistas como forma de beneficiar o desenvolvimento dos RNPT a utilização do ciclo dia/noite respeitando sempre sua hora de sono evitando manipulações (SANTOS, 2011).

Tabela 18- A assistência de enfermagem e a inserção dos pais no cuidado e interação com o RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq.	%
Inserir os pais na participação dos cuidados e interação com o RNPT?		
Sim	07	77,8
Não	02	22,2
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Na tabela mostra que 77,7% dos participantes faz com que os pais se insere na participação dos cuidados e interação com RNPT, e 22,2% não faz essa interação, sabendo assim que quando RNPT tem acompanhamento integral com seus pais traz respostas evolutivas de melhorias para seu desenvolvimento.

Quando os pais chegam na UTIN ficam logo assustados diante de tantos aparelhos que seu filho está utilizando. A Enfermagem deve abordar esses pais no sentido de explicar passo a passo em seu primeiro dia a vinda a UTIN, deverá expor todos os motivos e de sua vinda a UTIN, falar no qual for cabível para a enfermagem, trazendo a confiança voltada na equipe, falar dos riscos de vida que recém-nascido possa correr por ser prematuro, mais também sempre encorajando os seus pais mostrando confiança e acima de tudo fé.

A participação dos pais nos cuidados com o RNPT faz com que se interagem com o objetivo de inserir precocemente o contato com o prematuro, são ascendente o número de maternidades que adotam iniciativas que favorecem a criação do vínculo entre o binômio pais-bebê, o que proporciona maior interação familiar e desperta maior interesse dos pais para o aprendizado dos cuidados da criança esse fato relevante para que RNPT possa sentir integrado ao laço familiar que por sua vez é passo importante para sua possível alta para o berçário médio risco (COUTO; PRAÇA, 2009).

Essa vivência que proporciona um contato pele a pele, faz com que elas sintam as diferenças na respiração, sono, temperatura e o ganho de peso dos bebês fazendo assim o método canguru assim que possível quando o RNPT estiver fora do O2 (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Tabela 19- Assistência de Enfermagem e a realização de cuidados com o RNPT que faz uso de oxigenoterapia na UTIN. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq.	%
Realiza cuidados com RNPT que faz uso de oxigenoterapia?		
Sim	09	100
Não	0	0
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo 2014

A tabela 19 mostra que 100% dos profissionais da enfermagem mantem os cuidados enquanto uso de oxigenoterapia nos RNPT.

O Enfermeiro é responsável por fazer todos os cuidados ao uso de oxigenoterapia. Cuidados estes que vão desde um simples posicionamento postural, uso do coxim porque o RNPT tem a tendência de queda saturação por não estender a cabeça. O enfermeiro deverá se atentar no padrão respiratório e inspecionar ao exame físico na ausculta, mantendo assim sua sobrevida e seu padrão respiratório.

A oxigenoterapia é modo ventilatório por meio de equipamentos tecnológicos para assegurar e estabilizar a vida do RNPT através de suporte avançado como respirador mecânico, CPAP, Oxi-hood e outros, seguindo a esses modos respiratórios é importante que o enfermeiro possa conservar permeabilidade das vias aéreas livres e pérvia a fim de manter uma boa oxigenação, dando importância também a posicionamento da cabeça com leve extensão do pescoço. Deve-se evitar a hiperextensão ou flexão exagerada. Por vezes, é necessário colocar um coxim sob os ombros do RN para facilitar o posicionamento adequado da cabeça ajuda a manter O₂ do RNPT adequado (BRASIL, 2012d).

Na sequência, se houver excesso de secreções nas vias aéreas, a boca e, depois, as narinas são aspiradas delicadamente com sonda traqueal conectada ao aspirador a vácuo, sob pressão máxima aproximada de 100mmHg, podendo assim evitar possíveis eventos como: apneia, respiração irregular, FC menor que 100bpm (BRASIL,2011a)

Tabela 20- Assistência de Enfermagem e a realização de medidas de precaução contra infecção no RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq.	%
Toma medidas de precaução contra infecção?		
Sim	09	100
Não	0	9
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Na tabela 20 mostrou que 100% dos participantes faz medidas de precaução contra a infecção.

É papel importante da enfermagem tomar medidas de controle contra infecção através de procedimentos assépticos antes e depois de manuseio com o RNPT, como simples lavagem das mãos, evitando a transmissão de microrganismos, pois o RNPT, é ser pré-disponível para que ocorra sepse por apresentar baixa imunidade.

Os recém-nascidos com risco elevado são considerados mais suscetíveis a infecções nosocomiais, como sepse de início tardio. A doença de base, a deficiência na imunidade, faz com que seja alvo de patologia microbiota na UTIN e os procedimentos invasivos e não invasivos são necessários para auxiliar recém-nascidos a favorecem infecções provavelmente nesses aos RNPT. Rupturas das barreiras naturais da pele e dos intestinos permitem que micro-organismos oportunistas afetem o recém-nascido com disseminação na corrente sanguínea, que ocorre principalmente em bebês prematuros devido à imaturidade do sistema imunológico (ROMANELLI et al, 2013).

Tabela 21- Assistência de Enfermagem e a realização de cuidados para a prevenção de infecção hospitalar na UTIN. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq.	%
Realiza cuidados relacionados à prevenção de infecção hospitalar na UTIN?		
Sim	09	100
Não	0	0
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Na tabela acima, foi considerada positiva resultando que 100% dos entrevistados relatou que faz os cuidados relacionado a prevenção de infecção hospitalar na UTIN, corroborando com assistência e evitando a infecção microbológica dentro desse setor aumentando assim a chance de vida ao RNPT.

Outro fator importante para enfermagem é prevenir a infecção hospitalar, coordenando sua equipe nas medidas de controle, fazendo educação permanente.

As taxas gerais de infecção hospitalar em unidades neonatais de países desenvolvidos variam de 8,4 a 26% acontece tanto em unidades neonatais de países desenvolvidos quanto no Brasil. Os profissionais podem interferir nas taxas de infecção e mortalidade para o paciente internado, independentemente do local do nascimento. Assim, tomando medidas de controle contra infecções hospitalares é uma ação fundamental para sua prevenção fazendo manejos antissépticos em diversos procedimentos até mesmo simples a mais complexo (PINHEIRO et al, 2009)

Tabela 22- Opinião dos enfermeiros sobre a suficiência da equipe de enfermagem para realizar os cuidados de enfermagem ao RNPT. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq.	%
A equipe de enfermagem é suficiente para realizar os cuidados de enfermagem ao RNPT?		
Sim	06	66,7
Não	01	11,1
As vezes	02	22,2

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

A partir da interpretação da tabela acima, percebemos que 66,7% dos enfermeiros afirmaram que a equipe de enfermagem era suficiente para realizar os cuidados ao RNPT. 11,1% afirmam que não e 22,2% refere às vezes.

A insuficiência de profissionais, falta de dinamicidade e efetividade das ações da enfermagem pode comprometer a assistência em um ambiente crítico como o de uma UTI neonatal.

A inadequação numérica do pessoal de enfermagem leva a carga de trabalho maior, o que origina aumento da incidência de infecção hospitalar, de úlcera por pressão, de erros durante a assistência ao paciente, prolonga o tempo de hospitalização e eleva os custos do tratamento do paciente. Também, está relacionada ao levantamento incorreto das necessidades dos pacientes, padrão inferior do cuidado de enfermagem, inadequação da supervisão da equipe e inadequação dos registros na documentação (NUNES;TOMA, 2013)

Ainda de acordo com a RDC N° N° 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, o quantitativo de enfermeiros assistenciais na UTI neonatal é no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno.

Tabela 23- Opinião dos enfermeiros sobre a sobrecarga de trabalho na UTIN. Mossoró/RN.

Valores de frequência simples e porcentagem

Variável	Freq.	%
Sente-se sobrecarregada de trabalho?		
Sim	07	77,8
Não	02	22,2
As vezes	0	0

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Acerca da sobrecarga de trabalho, visualiza-se que os enfermeiros da UTI neonatal sentem-se sobrecarregados de trabalho, onde 77,8% afirmam que sim e apenas 22,2% disseram que não.

Isto é um fenômeno que corrobora com outros estudos que avaliam o trabalho de enfermagem e apontam vários fatores para que isto ocorra, dentre eles, a existência de múltiplos vínculos empregatícios e os baixos salários ofertados a categoria. A sobrecarga de trabalho da enfermagem favorece a ocorrência de erros e impossibilita a realização do trabalho de maneira plena (AVILA et al, 2013). Assim, pode ser fator que influencia a qualidade da assistência de enfermagem voltada para o desenvolvimento do RNPT.

Além disso, as Cargas elevadas de trabalho podem gerar riscos ocupacionais, uma vez que as exigências no trabalho tornam-se altas e a margem de tomada de decisão baixa, o que origina tensão psicológica (NUNES; TOMA, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem no desenvolvimento do RNPT na UTIN é uma atividade de grande relevância, e deve promover a prevenção, proteção, promoção e recuperação na saúde do RNPT, sendo realizada de forma ininterrupta visando um caráter individual e coletivo. Assim, vários cuidados de enfermagem devem ser realizados de forma sistemática e organizada para não intensificar os possíveis danos ao desenvolvimento do RNPT.

Neste trabalho, foi possível verificar a situação social dos entrevistados e foi constatado que todos os enfermeiros são do sexo feminino, com idade entre 27 e 34 anos e todas com especialização, sendo que somente 2 na área de neonatologia. Apresentaram no máximo 13 anos de formação em enfermagem, trabalham a maioria como plantonistas no regime de 24 horas e a renda variou entre 3 e 5 salários mínimos. O tempo de experiência na área de UTI neonatal apresentou o mínimo de 8 meses e máximo de 8 anos.

Verificamos também que a assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido prematuro na UTI neonatal contempla a realização de medidas de controle de temperatura, exame físico detalhado, cuidados de higiene e sinais vitais, avaliação e controle da dor, cuidados de enfermagem individualizados, procedimentos invasivos com cuidado, realiza pesagem diária do RNPT ou conforme prescrição, avaliam o estado nutricional e cuidados com a pele do RNPT. Monitoram a presença de sons ou ruídos e luminosidade no interior da UTIN, respeitam o sono do RNPT no período de internação na UTIN, Insere os pais na participação dos cuidados e interação com o RNPT e Realiza cuidados relacionados a prevenção de infecção hospitalar. Todas estas ações são de suma importância para o desenvolvimento do RNPT.

Já os fatores que interferem na assistência de enfermagem prestada no desenvolvimento do recém-nascido prematuro, destaca-se a dificuldade para realizar exames prescritos para os RNPT, indisponibilidade de materiais no setor e os profissionais consideram-se sobrecarregados de trabalho.

Diante dos resultados obtidos, conclui-se que a assistência de enfermagem tem uma importante contribuição para o desenvolvimento dos RNPT e que isto foi comprovado no nosso estudo a partir de respostas predominantemente positivas para as atividades que a literatura traz como benéficas ao desenvolvimento do RNPT. Assim, é de extrema necessidade que outros estudos sejam realizados no mesmo sentido, a fim de aprimorarmos a área da neonatologia, em particular, ao universo da prematuridade, uma vez que ainda é caracterizado por uma escassez de estudos na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. C. et al. Avaliação do bem-estar no trabalho entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, p. 20 n. 4 jul.-ago. 2012. disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_10.pdf. Acesso em: 05 nov.2014.

AVILA, L. I. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional, **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 3, p.102-109, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n3/a13v34n3.pdf>. Acesso em : 06 nov. 2014.

BRASIL, T. B.; BARBOSA, A. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Aspiração orotraqueal em bebês: implicações nos parâmetros fisiológicos e intervenções de enfermagem, **Rev Bras Enferm**, Brasília; v. 63n. 6,p. 971-7, nov-dez ,2010. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034...> Acesso em: 23 março 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Atenção à Saúde do Recém-nascido**: Guia para os Profissionais de Saúde, cuidados gerais. Brasília, 2011a. v.1 .Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/211311005/Atencao-Recem-Nascido-Guia-Profissionais-Saude-v1>. Acesso em: 29 Jan. 2014.

_____. _____. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde**: intervenções comuns, icterícia e infecções, Brasília, 2011b. v. 2. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v2.pdf. Acesso em: 29 Jan. 2014.

_____. _____. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso Método Canguru**: Manual Técnico, Brasília, 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf. Acesso em: 30 fev.

_____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012. **Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 10 Mar. 2014.

_____. _____. Resolução 466/12 e 12 de dezembro de 2012. **Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2014.

CARDOSO, M. V. L. M. L.; CHAVES, E. M. C.; BEZERRA, M. G. A. Ruídos e barulhos na unidade neonatal. **Rev Bras Enferm**, Brasília p. 63, n.4, p. 561-66, jul-ago. 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/10.pdf . Acesso em: 30 abr. 2014.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra and MONTICELLI, Marisa. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**, v.44, n.1, p.199-204, 2010.

COTTA et al. R. M. M. Pobreza, injustiça e desigualdade social, *Rev. Brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v.31, n. 2, p. 278 – 286, 2007. <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/10.pdf>

COUTINHO, R. L. C.; ROLIM, K.M.C. Caracterização de enfermeiros e da prática assistencial em unidade de terapia intensiva neonatal, Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 78-86, set./dez.2005. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4695/1/2005_art_kmcrolim.pdf Rev. RENE. Acesso em: 05 nov. 2014.

COUTO, F. F. ; PRAÇA, N. S. reparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*,; v.13, n.4, p. 886-91, out-dez ,2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=535342&indexSe>. Acesso em : 05 nov. 2014.

DANIELE, D. ; PINHEIRO, E. M. ; KAKEHASHI, T. Y. ; FERREIRA, M.M.; BALIEIRO, G. Conhecimento e percepção dos profissionais a respeito do ruído na Unidade Neonatal, **Rev Esc Enferm, USP**, v.46, n.5, p.1041-1048, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/02.pdf . Acesso em: 30 abr. 2014.

FONTENELE, F.C; PAGLIUCA, L.M.F.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito, **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 480-485, jul /set, 2012. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=778. Acesso em: 29 Jan. 2014 .

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n.3, p. 514-21, maio/jun. , 2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000300018&script. Acesso em: 22 mar. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de:** pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, A. C. R. ; FARIA, J. C. O. ; SILVA, C. A. G.; AVELAR, A. F. M.; GAMARRA, C. J. ; RODRIGUES, E. C. Assessment Of Phlebitis, Infiltration And Extravasation Events In Neonates Submitted To Intravenous Therapy, **Esc Anna Nery** , v.15 n. 3p. 472-479, jul/set, 2011 Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414...script.. Acesso em: 30 de abril de 2014.

LINHARES, M. B. M. Estresse, resiliência e cuidados no desenvolvimento de neonatos de alto risco. **Temas em Educação Especial**, p. 315-324, São Carlos, 2004: disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000121&pid=S0102-7972200800010000500016&lng=en. Acesso em : 30 abr. 2014.

LOPEZ , C. P.; SILVA, R. G. Métodos de alimentação alternativos para recém-nascidos prematuros ,**Rev. paul. Pediatr**, São Paulo, v..30 n.2 , Jun. 2012.Disponivelem:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000200019&lang=pt. Acesso em: 05 nov. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, P. A. ; MELO E. C. P..O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, **Rev Esc Enferm USP** v. 45, n.2, p.374-80. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a10.pdf>. Acesso em: 04 nov.2014.

MARTINS, S. W. et al. Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal, **Rev Dor.**, São Paulo; v. 14, n.1, p. 21-6, jan-mar 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132013000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 29 março 2014.

MATTA,G. C. ; FRANÇA,J. C. L. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde Contradições e desafios em 20 anos de SUS , **Fiocruz Rio de Janeiro**, EPSJV. p. 410 ,2010. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/estado-sociedade-e-forma%C3%A7%C3%A3o-profissional-em-sa%C3%BAde-contradi%C3%A7%C3%B5es-e-desafios-em-20-anos-de-sus>. Acesso em: 05 nov. 2014.

MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P.; SANTIN, K. R. ; OLIVEIRA, D. M. Cuidar do recém-nascido na presença de seus pais: vivência de enfermeiras em unidade de cuidado intensivo neonatal, **Rev. Latino-Am. Enferm.** ,v.7, p.19-6, nov/dez, 2011. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_17.pdf>. Acesso em : 23 março 2014.

MOORE, L. K. ; PERSAUD,T. V. N. **Embriologia básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NEPOMUCENO, L. M. R; KURCGANT, P. uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem, **Rev Esc Enferm USP**, n.42, v.4, p. 665-72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a07.pdf> Acesso em: 07 Fev. 2014.

- NEVES, P.N; RAVELLI A.P.X; LEMOS J.R.D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas, **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 31, n.1, p. 48-54, mar. 2010. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a07v31n1> . Acesso em: 06 Fev. 2014.
- NUNES, B. K; TOMA E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score, **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 21, n. 1jan.-fev, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a09.pdf. Acesso em : 07 nov. 2014.
- OLIVEIRA, C.S. ; SIQUEIRA, L.C.C. ; ALVES, E. D. Avaliação do absenteísmo dos profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal, **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. p.267-278. Disponível em:http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12422/1/ARTIGO_AvaliacaoAbsenteismoProfissionais.pdf. Acesso em: 05 nov. 2014.
- PACHECO, S. T. A. et al. O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa, **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 306-11, jul/set, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3150/2874>. Acesso em: 06 Fev. 2014.
- PEIXOTO, P. V. ; ARAÚJO, M. A. N. ; KAKEHASHI, T. Y. ; PINHEIRO, E. M. Nível de pressão sonora em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, p. 45, n. 6,p.1309-14, 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080. Acesso em: 4 de abril de 2014.
- PINHEIRO, E. M. ; GUINSBURG, R. ; NABUCO, M. A. A. ; KAKEHASHI, T. Y. Ruído na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e no interior da incubadora. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 19, n. 5, set/out, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_20.pdf. Acesso em: 30 abri. 2014.
- PINHEIRO, M. S. B. et al .Infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal:há influência do local de nascimento? **Rev Paul Pediatr** , v. 27, n. 1, p. 6-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n1/02.pdf> Acesso e, m : 05 nov. 2014.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- RAMOS et al. Concepções de funcionários de Utin sobre competências desenvolvimentais de recém-nascidos , **Psicologia: Teoria e Prática**, v.12, n. 2, p. 144-157, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v12n2/v12n2a10.pdf>. Acesso em: 06 Fev. 2014.
- RODRIGUES, E. C. ; CUNHA, S. R. ; GOMES, R. “Perdeu a veia” – significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17,n.4, p. 989-999, 2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413... Acesso em: 30 abr. 2014.

RODRIGUES, Z.S.; CHAVES, E.M.C.; CARDOSO M.V.L.M.L. Atuação do enfermeiro no cuidado com o Cateter Central de Inserção Periférica no recém-nascido, **Rev Bras Enferm**, v. 59, n.5, p. 626-9, set/out, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a06.pdf>. Acesso em: 07 Fev. 2014.

ROLIM, K. M. C.et al .Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da enfermeira **rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 44-52, abr./jun.2010.Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4173/1/2010_art_eppgurgel.pdf. Acesso em: 05 nov. 2014.

ROMANELLI, R.M.C. et al. Risk factors and lethality of laboratory-confirmed bloodstream infection caused by non-skin contaminant pathogens in neonates **J. Pediatr**, v.89, n. 2, p.189–196, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n2/v89n2a13.pdf> Acesso em : 05 nov. 2014.

RUGOLO L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo , **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro , v. 81, n.1, p.101-110,2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a13.pdf> Acesso em: 06 Fev. 2014.

SANTIAGO, R. F et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1,p.35-44, 2013.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100005. Acesso em : 05 nov. 2014.

SANTOS, A. O. NIDCAP®: Uma filosofia de cuidado. **Nascer e Crescer rev. do hosp. de crianças Maria Pia**, v. 20, n.1, p. 26-31, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>. Acesso em: 07 Fev. 2014.

SANTOS, N.; VEIGA, P. ; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro , **Rev. bras. Enferm**, v.64 n.2, Brasília Mar./Abr. 2011.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021. Acesso em: 05 nov. 2014.

SCOCHI1, C. G. S. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança , **Acta Paul Enferm**, v. 23n. 4p. 540-5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/15.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2014.

SILVA ,R.C, FERREIRA, M.A, Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem, **Rev Bras Enferm**, Brasília; p. 64, n.1, p. 98-105, jan-fev; 2011.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a15.pdf>. Acesso em: 05 nov.2014.

SOUZA, A. B.G. **Enfermagem neonatal**: cuidado integral ao recém-nascido. São Paulo: Martinari, 2011.

SILVA, Leni, M. P. ;SILVA, L. S. As mulheres assistentes sociais: adoecimento e sofrimento em tempos de reestruturação produtiva, **III SIMPOSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**,p.1-11,2007.Disponível em:http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/AS%20MULHERES%20ASSISTENTES%20SOCIAIS_%20ADOECIMENTO%20E%20SOFRIMENTO%20EM%20TEMPOS%20DE%20REESTRUTURA%C3%87%C3%83O%20PRODUTIVA.pdf. Acesso em: 27 nov.2014.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho, **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1117-1126,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2314.pdf>. Acesso em: 27 nov.2014.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M. J.P. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara: Koogan, 2010.

TRIVIÑOS, Augusto N. **Introdução á pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

1- Dados sócio- econômicos

1.1 Idade _____

1.2 Sexo

() Masculino () Feminino

1.3 Pós- graduação

() Especialização () Mestrado () Doutorado () Sem pós Graduação

1.4 Área da Pós-graduação _____

1.5 Ano de conclusão da graduação _____

1.6 Renda

() 2 salários mínimos () entre 2 e 3 salários mínimos () entre 3 e 5 salários mínimos () mais de 5 salários mínimos

1.7 Regime de trabalho

() Plantão () Diarista

Obs. Se for plantonista especifique. _____

1.8 Tempo de experiência na UTIN _____

1.9 Trabalha em hospital/maternidade

Público () Privado () Filantrópico ()

Perguntas	Sim	Não	As vezes	OBSERVAÇÕES
Realiza medidas de controle de temperatura? Se sim, quais seriam?				

Realiza o exame físico detalhado no RNPT?				
Realiza cuidados de higiene com o RNPT? Se sim, quais seriam?				
Realiza cuidados com a pele dos RNPT? Se sim, quais seriam?				
Realiza controle de sinais vitais? Se sim, com que frequência?				
Os cuidados com o RNPT são realizados de forma individualizada?				
Realiza avaliação e controle da dor? Como?				
Realiza procedimentos invasivos com cuidado? Quais cuidados seriam realizados?				
Realiza cuidados com procedimentos dolorosos? Se sim, quais?				
Realiza pesagem diária do RNPT ou conforme prescrição?				
Avalia o estado nutricional do RNPT?				
Toma medidas de precaução contra infecção? Se sim, quais seriam?				
Realiza cuidados com RNPT que faz uso de oxigenoterapia? Se sim, quais seriam?				
Realiza o monitoramento de sons ou ruídos e luminosidade no interior da UTIN?				
O sono do RNPT é respeitado no período de internação na UTIN? Se não, porque?				
Inserir os pais na participação dos cuidados e interação com o RNPT? De que forma?				
Realiza cuidados relacionados a prevenção de infecção hospitalar na UTIN? Se sim, quais seriam?				

A equipe de enfermagem é suficiente para realizar os cuidados de enfermagem ao RNPT?				
Sente-se sobrecarregada de trabalho?				
Existem dificuldades quanto a disponibilidade de materiais no setor que interfiram nos cuidados de enfermagem ao RNPT?				
Existem dificuldades para realizar exames prescritos para os RNPT?				
Sua equipe é capacitada para realizar os cuidados de enfermagem ao RNPT?				
Sente-se capaz de realizar os cuidados de enfermagem adequados ao bom desenvolvimento do RNPT?				
A estrutura física da UTIN que você trabalha favorece o desenvolvimento saudável do RNPT?				

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: “**O Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro (RNPT) na UTI Neonatal (UTIN):** Contribuição Da Assistência De Enfermagem Neste Processo”, realizado pelos pesquisadores: Prof. Esp. Amélia Resende Leite e a acadêmica Ana Cristina Souza Barbosa.

Esta pesquisa pretende verificar a contribuição da assistência de enfermagem para o desenvolvimento do recém-nascido prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Tem como também objetivo específicos, caracterizar a situação social e profissional dos entrevistados, avaliar a assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido prematuro na UTI neonatal, identificar os fatores que interferem na assistência de enfermagem prestada no desenvolvimento do recém-nascido prematuro.

Os cuidados assistenciais da enfermagem são essenciais para o desenvolvimento do RNPT internado em UTIN, visto que a contribuição para o seu desenvolvimento demonstra a qualificação da assistência prestada.

Porém, uma assistência de enfermagem mal executada, baseada em ações sem planejamento e sem pensar nas necessidades do RNPT, trazem consequências prejudiciais o seu desenvolvimento.

Para isso, sempre é necessário que as intervenções de enfermagem sejam baseadas em planos de cuidados voltados as necessidades dos RNPT, junto a sua equipe para que a assistência de enfermagem não se torne um fator que ocasione falhas no seu desenvolvimento, desde inicio da internação na UTIN até a sua alta.

Caso o (a) Senhor (a) decida participar, você deverá responder a um roteiro de entrevista estruturado para conhecer a assistência de enfermagem ao Recém Nascido Prematuro e a sua contribuição para o desenvolvimento deste na UTI

Neonatal. Você será submetido ao instrumento uma só vez, não havendo necessidade de outros encontros. O tempo médio para responder ao instrumento corresponde a vinte minutos.

Os riscos envolvidos com a sua participação seriam a exposição de suas identidades, que serão minimizados através da seguinte providência: uso de pseudônimo (nome fictício) no momento das entrevistas, assegurando o sigilo, como também será assegurando a guarda dos dados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

O estudo apresentará como benefício conhecer como se dá a assistência de enfermagem oferecida ao RNPT no contexto da UTIN em Mossoró-RN, e como esta contribui para o desenvolvimento do RNPT, trazendo os fatores que interferem no seu desenvolvimento, além da percepção que os enfermeiros trazem sobre a contribuição da sua assistência para o desenvolvimento do RNPT. Assim, buscaremos trazer reflexões que possam contribuir para uma melhor assistência ao RNPT.

Os dados que o (a) Senhor (a) irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se o (a) Senhor (a) tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador participante desse estudo e reembolsado para você.

Se o (a) Senhor (a) sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

O (a) Senhor (a) ficará com uma cópia deste documento e a outra com o pesquisador responsável. Toda a dúvida que o (a) Senhor (a) tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador responsável, através do e-mail: amelia_resende@hotmail.com

Eu, _____, declaro que entendi o (s) objetivo (s), justificativas, riscos e benefícios, bem como o direito de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro

também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, _____/_____/2014

.....

Prof^a. Esp. Amélia Resende Leite1
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa

Pesquisadora Responsável: Amélia Resende Leite Endereço profissional do Pesquisador: Francisco Holanda,n0 81,apto 1301,cond. Fausto Guilherme, CEP: 59.600, Alto são Manoel. E-mail do pesquisador: amelia_resende@facenemossoro.com.br Fone de contato profissional: (84) 3312 – 01432 Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro: Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com

ANEXO