

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LAUDINEIA BARROS DA COSTA BOMFIM

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA PAIS DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS
EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

BOA VISTA (RR)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LAUDINEIA BARROS DA COSTA BOMFIM

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA PAIS DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS
EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – SAÚDE MATERNO E DO LACTENTE do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: JANE CRISTINA ANDERS

BOA VISTA (RR)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado CARTILHA DE ORIENTAÇÃO AOS PAIS COM RN'S NA UTI NEONATA de autoria do aluno LAUDINEIA BARROS DA COSTA BOMFIM foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – MATERNO E DO LACTENTE

Profa. Dra. JANE CRISTINA ANDERS
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

BOA VISTA (RR) 2014

DEDICATÓRIA

Dedico mais esta vitória ao meu esposo Elisvalber ao meu pequeno Enzo e a todos meus familiares, pois a família é quem nos inspira e estimula a procurarmos o melhor para o nosso conhecimento e crescimento.

AGRADECIMENTOS

À Deus em primeiro lugar...

Ao Elisvalber por ter sempre me incentivado e participado intensamente de todas as atividades relacionadas a este estudo.

SUMÁRIO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3 MÉTODO.....	26
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	28
4.1 CARTILHA INFORMACIONAL COMO INSTRUMENTO INTERVENÇÃO.....	
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
6 REFERÊNCIAS.....	40
7 APÊNDICES E ANEXOS	

RESUMO

A hospitalização de um recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal revela-se em uma situação de crise para a família, principalmente para os pais. Este estudo tem como objetivo geral realizar uma revisão narrativa da literatura e como objetivo específico elaborar um guia de orientação para pais com filhos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Nossa Senhora de Nazaré- Boa Vista –RR. Espera-se com este estudo contribuir com a reflexão do tema, uma vez que é de extrema relevância para o planejamento de medidas que visem à promoção da qualidade da assistência dos profissionais de saúde. Os pais passam por um processo de adaptação a internação de seu filho e observa-se de maneira geral, que reagem com medo, angústia, e que esses sentimentos são amenizados à medida que recebem orientações e passam a confiar na equipe multidisciplinar, sentindo-se confortáveis e a assumir alguns cuidados básicos. O enfermeiro representa importante papel neste contexto, pois permanece a maior parte do tempo acompanhando a evolução do recém-nascido e as ações e sentimentos expressos pelos pais. Em decorrência disso, o enfermeiro deve estar presente durante o primeiro contato dos pais com seu filho, esclarecendo as dúvidas, explicando sobre os equipamentos e a sua necessidade, fomentando o vínculo pais e filhos, buscando também entender as suas limitações e fragilidades. Considera-se que a cartilha facilitará o relacionamento entre a tríade equipe de enfermagem, recém-nascido e pais, assim como amenizar os sentimentos vivenciados pelos pais durante o processo de internação do seu filho em uma unidade de cuidados críticos.

Palavras chaves: Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem Neonatal, Acolhimento.

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é definida como unidade hospitalar destinada ao atendimento de recém-nascido - RN de zero a 28 dias de alto risco, que necessitam de cuidados muito especializados de uma equipe multidisciplinar, altamente capacitada e presente 24 horas por dia (KENNER, 2001).

A UTIN assiste, em sua maioria, os neonatos pré-termo, aqueles que nascem anteriormente a 37 semanas completas de idade gestacional, de neonatos a termo, nascidos com idade gestacional entre 37 a 41 semanas ou pós-termo com idade gestacional de 42 semanas ou mais com patologias graves. Existem algumas situações no qual os neonatos necessitam ser encaminhados à UTIN em decorrência do nascimento prematuro, intercorrências durante o parto, mal formação congênita, bronco aspiração, instabilidade dos parâmetros normais dos sinais vitais, entre outros (KENNER, 2001).

A palavra UTI não deve assustar tanto, pois mesmo que no imaginário coletivo esteja ligada a pacientes terminais, é uma unidade aliada à vida. Porém sabe-se que para os pais a internação do RN na UTIN é algo bastante assustador, pois este ambiente, para muitos, caracteriza a ideia de morte o que ocasiona insegurança, medo e desespero emocional de que algo de pior aconteça com seu filho. Para que os pais se sintam seguros, tranquilos e compreendam o ambiente ao entregar seu RN aos cuidados da equipe de saúde capacitada. Também necessitam de uma abordagem adequada com orientações claras, objetiva e acolhedora desses profissionais (ALMEIDA et al., 2010).

A comunicação é uma das maneiras de interação de um indivíduo com o outro e também é utilizada para ter e passar informações. O enfermeiro é o profissional que passa o maior tempo ao lado do paciente, portanto deve estar comprometido com a terapêutica que contemple a humanização das interações de trabalho, do cuidado e do ambiente de trabalho. Assim, é preciso desenvolver esta competência com o objetivo de se comunicar de forma efetiva com o paciente e sua família, sanando as dúvidas encontradas por eles e proporcionando o entendimento do processo saúde doença.

A comunicação é um dos meios preconizados há décadas na enfermagem, todavia essa competência ainda deixa a desejar nas interações entre o enfermeiro, a família e o paciente (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

A internação interfere nos hábitos e rotinas não somente do paciente mais de toda família, tornando-se uma experiência dolorosa para os autores envolvidos. Estes sentimentos podem ser amenizados no momento que o familiar tem acesso a UTIN e aos cuidados prestados ao RN, bem como as informações relacionadas ao estado clínico do mesmo.

Tendo como finalidade uma assistência de qualidade ao paciente e à família que estão vivenciando o processo de internação o qual pode resultar em estresse e sofrimento, a comunicação é primordial. Para que a comunicação seja efetiva e eficaz se faz necessário que o enfermeiro esteja capacitado a promover a integração enfermeiro-cliente-família, sempre fomentando atitudes de sensibilização e empatia entre os envolvidos, contribuindo com a assistência humanizada.

A assistência humanizada acontece quando o profissional de saúde compreende seus próprios sentimentos, enfrenta suas dificuldades como pessoa e profissional que cuida, construindo uma relação maior com o paciente e um interesse pelo seu sofrimento. No que tange aos pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal, esta distância se torna muito maior pelo acesso da família ser mais restrito a este setor.

Os RN internados nestas unidades apresentam necessidades de cuidados especiais, nestes casos a presença da família é essencial para diminuir a ansiedade, o desconforto e a insegurança (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Ao proporcionar uma comunicação efetiva com a família do RN internado em uma UTIN, a equipe deve disponibilizar de meios que viabilize esta comunicação. Todavia a estrutura da UTIN não prioriza as necessidades da família e do RN e sim as necessidades da própria equipe.

Conforme Soares (2007), essas necessidades não supridas estão ligadas a problemas emocionais para a família como estresse, ansiedade, depressão e insatisfação quanto ao cuidado prestado ao paciente.

Um outro fator que dificulta esta comunicação é a falta de preparo da equipe de enfermagem para relacionar-se com os familiares. A visão técnica da assistência segundo Martins et. al. (2008, p.1093) contribui para o distanciamento, a indiferença, a incompreensão e a insensibilidade das interações humanas, cominando ao predomínio de uma forma racional de cuidar. Esta visão interfere a comunicação como forma de cuidado ao bebê e a família que necessita de atenção promovendo mais segurança e esclarecimentos em relação ao tratamento e estado de saúde do RN.

O comunicação entre equipe de enfermagem, familiar e paciente contribui num relacionamento com mais confiança e facilita a consecução de resultados com melhor qualidade a assistência (SIQUEIRA et al., 2006).

Assim como a comunicação é essencial na prestação do cuidado de qualidade ao paciente, a presença da família junto a ele durante a internação se torna um item fundamental, pois o relacionamento estreito da família com o RN internado, além de benéfico a este, diminui o sentimento de desamparo da família frente ao sofrimento de seu ente querido, o enfermeiro deve ter em mente que o cliente não é apenas o RN, mas como toda a sua família, por isso a assistência deve está centrada na família e não somente no bebê.

O enfermeiro possui conhecimento para orientar e explicar aos pais a família sobre o estado clínico da criança e acerca da necessidade dos aparelhos e equipamentos que preocupam e causam desconforto.

Humanizar é uma maneira que objetiva, sobretudo, tornar efetiva o cuidado ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual. Além de envolver o cuidado a criança, a humanização estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença que para Villa e Rossi (2002) são, além do paciente, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente (VILA; ROSSI, 2002, p.138).

A comunicação entre equipe de enfermagem, família e paciente coopera para o cuidado humanizado, ultrapassando o limite profissional-paciente para a interação equipe paciente/família. Desse modo, o relacionamento da equipe com a família deve ter inicio na hora da internação, oportunizando aos pais, de esclarecer suas dúvidas e dialogar com a equipe de enfermagem.

Os pais podem contribuir na recuperação do seu filho, se faz necessário para tanto orientá-los sobre as rotinas da UTI e sobre as condições de saúde dos seus filhos fazendo-os sentirem-se acolhidos, respeitados e cuidados.

Diante do exposto até então, situou-se o problema com o seguinte questionamento: A orientação aos pais com filhos internados em uma UTIN através de um guia contribuiria para uma melhor ambientação facilitando a relação pais e profissionais da saúde?

Assim, este estudo tem como objetivo geral: realizar uma revisão narrativa da literatura. E como objetivo específico: elaborar um guia de orientação para pais com filhos internados em uma UTIN. Espera-se com este estudo contribuir com a reflexão do tema, uma vez que é de extrema relevância para o planejamento de medidas que visem à promoção da qualidade da assistência dos profissionais que atuam em UTIN.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Observa-se na área da saúde e particularmente na enfermagem grandes mudanças no seu cotidiano de trabalho. Várias instituições tem se preocupado em oferecer uma assistência integral aos seus clientes, observando-os em sua totalidade, não só preocupado com suas necessidades biológicas, mas também as emocionais, espirituais, psicológicas e sociais. Esse novo olhar é chamado de holístico (AYRES, 2005).

De acordo com Rios (2009), o holismo deriva-se do grego *holikós*, cuja sua significação é todo, inteiro, completo. Esse novo olhar do cuidado percebe como um todo o processo saúde-doença, entendendo a saúde como uma mudança contínua dos fatores ambientais e ao equilíbrio dinâmico do organismo.

Rios (2009), afirma que com a criação do Sistema único de Saúde (SUS), surgem grandes desafios e um exercício constante para os profissionais da saúde, em que devem redirecionar a assistência para o atendimento integral à saúde coletiva e individual dos brasileiros, apesar da sobrecarga e repetitiva rotina de procedimentos diários.

Diante deste contexto, cria-se em 2001, o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH), que tem como objetivo principal melhorar as relações profissionais e usuários, hospital e comunidade, objetivando serviços de qualidade e eficazes (CASATE, 2005).

Lima (2006) observa que se deve levar em conta a realidade dos serviços de saúde no Brasil. As instituições são precárias, com números insuficientes de profissionais de enfermagem especializados, com baixa remuneração que os obrigam a executarem triplas jornadas de trabalho, fatores esses, que geram cansaço e desmotivação da equipe, os quais refletirão em uma assistência desumanizada e fragmentada ao cliente.

Ao ser hospitalizado o usuário fica afastado do ambiente familiar, sofre dor física, medo e neste contexto faz-se necessário uma assistência pautada em uma visão holística do ser humano, fazendo com que a humanização seja um dos pilares da enfermagem oferecendo aos seus usuários segurança, confiança contribuindo para o seu processo de cura.

Em um hospital a Unidade de Terapia Intensiva (UTIN) é o setor destinado a receber neonatos que precisam de cuidados especializados, que para tanto dispõe de equipe capacitada, espaço físico, materiais e equipamentos adequado para o seu funcionamento. Para estruturar e organizar a unidade devem ser considerados os avanços terapêuticos e tecnológicos disponíveis para a assistência ao recém-nascido de alto risco para que possa assistir a essas novas realidades.

O planejamento a organização da UTIN, da escolha dos insumos, profissionais, bem como planta física, deve-se levar em conta o cuidado focado na família em todos os aspectos do cuidado, da internação até a alta hospitalar, no qual a assistência integral e individualizada ao recém-nascido de alto risco e família seja realizada. Segundo Tamez e Silva (2006) o hospital onde será implementada uma UTIN deverá ser analisado em sua estrutura observando se o mesmo contempla todos os serviços técnicos, humanos e de apoio necessários ao atendimento às necessidades do cuidado do recém-nascido enfermo, 24 horas por dia ininterruptas, como: laboratório clínico e patológico, radiologia, farmácia, eletrocardiograma, serviço social, ultrasonografia, gasômetro, agência transfusional, entre outros.

Na UTIN existe a equipe multidisciplinar, composta por médicos e enfermeiros especializados, além de outros profissionais de saúde e pessoal de apoio contando com a retaguarda de exames complementares, laboratoriais e radiológicos, equipamentos tecnológicos

como incubadoras, respiradores, monitores cardíacos e de oxigenação, entre muitos outros, são obrigatórios neste ambiente de UTIN de modo a garantir todos os cuidados que o RN precisa.

De acordo com Kennr (2001), o ambiente uterino é ideal para o crescimento e desenvolvimento do feto, pois possui características distintas, como temperatura agradável constante, maciez, aconchego, sons filtrados e diminuídos. Já a UTIN propicia um ambiente oposto ao que o feto estava acostumado com luz forte, ruídos, oscilações de temperatura entre outros.

Em virtude disso, nos últimos anos têm-se intensificado as ações para uma assistência humanizada, observou-se que não basta cuidar do corpo, mas também do cérebro em desenvolvimento, o que justifica mudanças na maneira de cuidar desses pequenos clientes.

Deve existir na UTIN um relacionamento entre os membros da equipe de saúde e destes com a família do RN, para manter uma UTIN humanizada, onde os neonatos recebam da equipe toda a atenção. Seria interessante que o cuidado da equipe multiprofissional alcançasse os pais, pois os mesmos vivenciam emoções que muitas vezes não conseguem trilhar sozinhos, culminando em insegurança e angústia diante da situação de ter seu filho internado em uma UTIN.

Segundo Scochi et al (1999), a separação dos pais de seus filhos, gera para os mesmos sentimentos de tristeza, dor, medo, estresse e culpa, pois os mesmos sentem-se responsáveis, fragilizados e inseguros quanto à vida de seus filhos. Esses sentimentos podem ser atenuados ou reforçados conforme essa mãe tem ou não a oportunidade de participar, de alguma maneira dos cuidados dispensados a seu filho.

2.1 Relação pais, filhos e a equipe de enfermagem

A interação pais e filhos começa com a concepção e fortalece com o nascimento. Um dos momentos mais desejado por uma mulher é está grávida, a gravidez tem uma duração de 40 semanas e nesse período a mulher sofre várias transformações que estão nas áreas físicas, emocionais e fisiológicas. Durante esse período dá-se início as expectativas e ansiedades dos pais em relação a seu papel, despertando sentimento de insegurança.

Conforme o Ministério da Saúde (MS) (2002), [...] a experiência de ter um filho instaura um momento muito importante no ciclo vital dos pais, com grande repercussão no convívio familiar.

A notícia da chegada de um bebê determina mudanças importantes tanto nos diferentes membros da família como no grupo social dos pais, avós e irmãos. Surgem expectativas, planos e projetos junto a novas exigências de tarefas e de funções para cada uma dessas pessoas, provocando a reorganização desse grupo que possui a familiaridade como seu grande elo (BRASIL, 2002, pag.27).

Para Scochi e cols (2002), a gestação e o nascimento é um processo social, uma vez que afeta o relacionamento marido mulher e o meio em que vivem. Os pais idealizam uma criança normal e saudável. Mas, conforme Ziegel e Cranley (1985), com o nascimento do filho, os pais devem resolver a perda da criança idealizada e aceitar a criança normal.

Ainda com Ziegel e Cranley (1985), o desapontamento com relação ao sexo e a aparência geral do bebê é superado quando nasce uma criança gozando de boa saúde. Porém ao nascer uma criança prematura, doente, com deficiências ou a morte daquela criança tão esperada, a família passa por uma fase de profunda dor e permanece em crise por certo período.

As funções maternas de proteção e cuidado são exercidas principalmente a partir de um estado psicobiológico especial alcançado pela mãe no final da gestação – denominado preocupação materna primária – que a torna capaz de sintonizar e de suprir as necessidades de seu bebê (OLIVEIRA, 2001).

Nesse período, o momento mais esperado é o nascimento, momento esse que todas as incertezas são supridas e a relação pais e filho fortalecida, mas devido a condições fortuita existe a separação pela necessidade de internação em uma UTIN, os pais se veem em uma situação de sofrimento, angustia e incerteza.

Quando acontece do nascimento prematuro, deficiências, acometimento por patologias ou que apresentam riscos de morte, estes RN são encaminhados a UTI, onde são dispensados cuidados intensivos por 24 horas ininterruptas. Conforme o MS, os RN pré-termo, devido a sua condição deverá ser separado dos seus pais para ser cuidado por uma equipe multidisciplinar por um período necessário a sua saúde (BRASIL, 2002).

Santana (2003) acredita que o primeiro contato mãe e filho, interrompidos pelas circunstâncias, poderá influenciar negativamente na integração do trinômio mãe-filho-ambiente familiar, ocasionando elevado estresse.

Não somente a separação causa angústia e ansiedade nos pais, assim também, como o fato de não saberem como ajudar, interpretar se o bebê está sentindo dor, se vai sobreviver, se ficará com alguma deficiência, como vai ser seu envolvimento com seu bebê agora que ele está hospitalizado, essa gama de sentimentos gera estresse e insegurança, dificultando a relação dos pais com seus filhos. Wong (1999) revela que muitas mães se sentem muito abaladas e inseguras sobre como iniciar o relacionamento com o RN.

Badinter (1985) considera que para os familiares de um bebê prematuro o difícil não é só estabelecer vínculo com o filho é também saber como lidar com dúvidas acerca de sua sobrevivência e situações como sentimento de culpa por ter tido um filho prematuro, a frustração de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo tudo isso se torna bastante forte.

De acordo com Scochi et al (1999) aparece o medo de causar dano ao bebê e a confiança na própria capacidade de criar o filho fica seriamente fragilizada. Algumas mães superam esse medo que sentem no primeiro contato com seu bebê prematuro e com o tempo, percebem que da mesma

maneira que foram importantes na geração daquela vida, agora mais do que nunca, são necessárias para mantê-la. Também observam que mesmo incapacitadas de pegá-los no colo e amamentá-los, o simples fato de sua presença, conversando, acariciando e tocando, ajudando na recuperação do filho.

Santana (2003) descreve a importância do toque no relacionamento mãe-filho e que a comunicação que acontece nesse ato pode ser considerada terapêutica, devido ajudar no restabelecimento do RN. Porém, na impossibilidade de colocá-lo no colo, o toque produz a interação mãe-filho e liga um ao outro, motivado pelo amor, pelo carinho, pelo aconchego e pela esperança de viver e é no toque que a existência se expressa.

Conforme Minde et al, citado por Klaus e Fanaroff (1995), em consequência das mães tocarem e afagavam seus bebês no berçário, eles abriam os olhos com mais frequência e também as mães que se relacionam com seus filhos, ficam mais envolvidas, interessadas e ansiosas em relação a UTIN.

Vale ressaltar que o pai também é primordial nessa fase, pois além de prestar apoio à mãe, também pode ajudar nos cuidados ao RN. Avery (1999) coloca que foi dado uma importância maior ao papel do pai e da mãe no cuidado real da criança e nesse sentido, um pai envolvido emocionalmente com o bem estar da mãe e da criança, e que é competente para auxiliar e cuidar deles, pode ser muito útil na situação de cuidado posterior.

A UTIN é um setor fechado, isto é, restrito aos profissionais que ali trabalham, embora os pais dos RN internados tenham horários de visitas com tempo estabelecido de permanência, isto é angustiante, pois esperam o dia todo para verem seus filhos. Para os hospitais, essa forma reduzem o risco de infecções, manuseio do RN e ruídos dentro da UTIN, promovendo uma melhor recuperação do neonato e contribui para minimizar o sofrimento dos pais, devido não testemunharem os procedimentos dolorosos realizados em seus filhos.

Santana (2003) revela em seu estudo sobre neonatos em estado grave, que alguns funcionários não se incomodam com a presença dos pais e que além de ajudarem no tratamento dos seus filhos, viabilizam o trabalho dentro da UTIN, realizando alguns procedimentos quando a situação do bebê permite, como: banho, trocas de fraldas e alimentação.

A UTIN, geralmente assusta os pais, devido sua especificidade, por ser um local de acesso restrito, onde se realizam procedimentos que causam dor, ficando seus filhos ligados a vários fios e aparelhos e sendo cuidados por desconhecidos os quais dispensam alguns cuidados específicos que deveriam ser realizados por eles. Isso gera angustia, ansiedade e insegurança para eles e para o próprio bebê.

Miura (1997), afirma que a unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN) é para o recém-nascido (RN) um ambiente de conservação e recuperação para o seu bem-estar e de garantia de sobrevivida, assim também como um lugar gerador de desconforto, desgaste físico e emocional intenso.

Em contrapartida temos a equipe multidisciplinar da UTI-N também sofrendo, pois se envolvem com o RN, tornando difícil a realização de procedimentos dolorosos e o enfrentamento do óbito de um neonato. Portanto, se faz necessário dentro de uma unidade de cuidados intensivos neonatal, uma equipe bem treinada que consiga prestar assistência ao RN e dar apoio aos pais.

A assistência o enfermeiro em uma UTIN é um desafio constante, pois exige desse enfermeiro habilidade, sensibilidade, atenção, flexibilidade e amor, devido a extrema vulnerabilidade dos RN internados e sua extrema dependência da equipe que lhe está cuidando.

Para Miura (1997) a manutenção e o incentivo a continuidade dos laços da criança com sua família auxiliará na preservação do ambiente de afeto necessário para o seu desenvolvimento harmônico.

Conforme o Ministério da Saúde, o apoio dispensado por parte da equipe multidisciplinar é fundamental para tornar acessível que os pais possam ver e tocar seu filho logo após o nascimento, conforme as condições de saúde deste o permitam (BRASIL, 2002). Ainda, humanizar a assistência neonatal é atender, de maneira individualizada, as necessidades do recém-nascido e de sua família, visando uma assistência de qualidade. Independentemente do resultado, a sobrevivida ou a morte do recém-nascido, a assistência humanizada deve ser capaz de transmitir aos pais o sentimento de solidariedade e de respeito à sua dor (NAGANUMA1995).

A importância do envolvimento da equipe multidisciplinar na assistência ao binômio mãe-filho evidencia a necessidade de humanizar essa assistência contribuindo na interação entre equipe profissional-RN-mãe. Conforme Moreira (2001), esse cuidado contribui para o crescimento e desenvolvimento e recuperação do RN de forma satisfatória, assim, também como, na diminuição dos efeitos nocivos provocados pela internação, envolvendo os pais como elementos ativos no processo de internação, além de contribuir para uma melhor condição de sobrevivida do neonato.

Para os pais a UTIN é um lugar de esperança e de medo. A esperança por saber que este é o melhor lugar para atender as necessidades dos seus filhos e aumentar as chances de sobrevivida e o medo por saber dos riscos pertinentes aos pacientes que vão para esse local, e ainda, sentimentos de frustração, por não estarem em geral, preparados para esta separação.

Na tentativa de diminuir os efeitos nocivos dessa separação, têm surgido métodos que buscam garantir à mãe e ao bebê a condição de estarem juntos após o parto para que o desenvolvimento da interação não seja prejudicado.

A humanização do cuidado em UTIN deve se fundamentada no cuidado singular, na integridade e no respeito à vida e para tanto dependente do encontro envolvendo cuidador e cuidado. A formação da integralidade não deve ser transformada em uma idéia, mas sim numa prática da assistência que trata da valorização da vida, do respeito ao próximo e da diversidade entre os seres humanos (PINHO, 2006). Portanto, na UTIN a assistência da equipe multidisciplinar deve estar voltada às necessidades do RN e de sua família, criando uma proposta de assistência focada na família, fomentando o envolvimento afetivo e no cuidado entre pais e RN. Com isso, pretende-se preservar a integralidade do binômio mãe-filho, reduzindo assim o tempo de internação, contribuindo para o aumento do envolvimento afetivo e a contribuição da equipe de saúde, estimulando um vínculo de confiança entre família e equipe (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

A humanização em UTIN, a equipe multidisciplinar, especialmente os enfermeiros, precisam utilizar a tecnologia somada à empatia, a experiência e a compreensão do cuidado prestado baseado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de desenvolver uma assistência segura, responsável e ética em uma realidade crítica.

Para Silva (2000) prestar assistência de saúde em unidades críticas é ato de amor, o qual está ligado: a motivação, comprometimento, postura ética e moral, características pessoais, familiares e sociais. Na humanização da assistência ao neonato, o Ministério da Saúde estabelece várias ações, as quais estão voltadas para o respeito às individualidades, à garantia da tecnologia que permita a segurança do recém-nato e seu acolhimento e o de sua família, com ênfase no cuidado focado para o desenvolvimento e psiquismo, buscando facilitar o vínculo pais-bebê durante sua internação no hospital e após a alta (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Segundo Scochi (2000) a importância da manutenção da qualidade de vida do RN prematuro internado em uma UTIN estabeleceu a busca de uma assistência individualizada e direcionada ao desenvolvimento integral do bebê e de sua família. Dessa forma, o pai e a mãe foram incluídos no processo de trabalho, tendo em vista a dispensação de estímulos sensoriais ao

RN, ao estadiamento do vínculo e apego, além do preparo para o cuidado domiciliar melhorando a qualidade de vida do RN.

A autora aponta que a família, quando incluída na assistência, foi considerada pelos profissionais como um agente e foi envolvida nos cuidados que a equipe de saúde julgava ser importantes para suprir as necessidades da criança e da família. Contudo, nem sempre a família tem sido ouvida nesse processo e, portanto, não conhece a expectativa da equipe em relação a sua participação na assistência.

A humanização conduz a um contato mais próximo, a uma interação mais humana entre o neonato, a família e os próprios profissionais. O ambiente hospitalar não é ideal para neonatos, e devido ao mecanicismo e profissionais tecnicistas, se faz necessário a busca por um espaço mais adequado e assim não tratar os neonatos como números estatísticos, demonstrando que independente de serem frágeis e pequenos, merecem respeito como seres humanos.

A assistência de enfermagem na UTIN é considerada como um processo particular do trabalho coletivo em saúde. Tem um caráter subsidiário, complementar e possui o corpo humano como objeto de trabalho. A preocupação com a humanização da assistência em uma UTIN não deve ser restrita ao ato de saúde em si.

Para Gaíva (2004), idealizar a melhoria da qualidade do atendimento nos hospitais implica em mudanças nas formas de gerenciamento, na melhoria da infraestrutura e no comprometimento da equipe de profissionais, além desses aspectos a humanização envolve o ato de saúde em si.

Na assistência da equipe de enfermagem na UTIN observa-se a preocupação com o quadro clínico do neonato, porém, identifica-se a dificuldade em perceber o RN em sua integridade, que faz parte de um contexto social, e que esse se encontra desequilibrado. Portanto, o cuidado de enfermagem deve se envolver e está preocupado com as necessidades da criança e sua família, fomentando-os ao envolvimento afetivo e no cuidado de seu filho. Com isso, pretende-se preservar a integralidade da assistência, com isso diminuindo o tempo de permanência no hospital, aumentando o calor afetivo e a colaboração da equipe de saúde, facilitando a construção de um vínculo de confiança entre família e equipe (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

A enfermagem identifica como cuidado humanizado aquele que envolvem a família na assistência, permitindo a mãe fique sempre ao lado do bebê. Observa-se que a família é compreendida de forma fragmentada, pois a enfermagem limita-se a responder apenas os questionamentos de rotinas do hospital, já que muitas vezes os familiares nem sabem o que perguntar, pois não compreendem o que está acontecendo com o filho, o grau do problema, qual a importância de sua permanência naquele setor.

A equipe não percebe que esses fatores contribuem para o aumento de aflição e estresse vivenciado pelos pais, desajustando a vida social e emocional da família.

Todavia a equipe de saúde que trabalha em UTIN convive diariamente com questões relacionada à morte, lançando mão muitas vezes de mecanismos de defesa, na tentativa de evitar o enfrentamento com a angústia, ocasionada pela participação do sofrimento do paciente, levando-o se não trabalhado adequadamente ao estresse e ao sofrimento psíquico.

De acordo com Knobel (1998) a convivência diária com essa realidade pode levar a sentimentos de frustração, raiva, falta de confiança em si próprio, diminuição da satisfação com o trabalho, podendo, inclusive, desencadear sintomas de depressão.

Como maneira preventiva para que o trabalho não se torne mecanizado e desumano, é necessário que os profissionais estejam amparados para lidar com as situações inerentes ao seu ofício, recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar emoções vivenciadas no desempenho de suas ações assistenciais. Vale ressaltar que para tanto a prática de ações humanizadas seja a filosofia da instituição. Nesse contexto, é primordial o incentivo à equipe, valorizando os profissionais enquanto seres biopsicossociais, pois, só quando se sentem respeitados, valorizados e motivados como pessoa e profissionais, conseguem estabelecer relações interpessoais saudáveis com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003).

A importância da qualidade de vida do RN prematuro foi fator primordial para a busca de um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do RN e de sua família.

Com a inclusão da família no processo de cuidar, surge a necessidade de capacitar os profissionais com os conhecimentos em psicologia familiar, apego entre mãe e filho, relacionamento interpessoal e direitos humanos, para que a atuação seja de atenção à saúde humanizada.

Na UTIN a humanização da assistência de enfermagem procura basear-se no cuidado individualizado do neonato e sua família, na integralidade e no respeito à vida. No relacionamento envolvendo cuidador e ser cuidado deve possuir como base a escuta sensível para a formulação de uma prática do cuidar que concilie a tecnologia disponível com a promoção de acolhimento, vínculo e responsabilização.

A UTIN é por excelência, o local responsável pelo atendimento de RN de alto risco e, para tanto, requer da equipe conhecimento que sustente a complexidade das ações desenvolvidas. A equipe de enfermagem de acordo com Moreira assume um leque de atribuições, capacidades e responsabilidades que são primordiais para avaliar, entender e apoiar com segurança o RN e a sua família durante o tempo crítico de internação no hospital (MOREIRA, 2001).

A Enfermagem possui papel relevante na manutenção da vida dos neonatos, devendo pautar suas ações em conhecimentos científicos. Compete ao enfermeiro em uma UTIN organizar o ambiente, planejar e executar os cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade individualizada e resposta de cada criança, exercendo assim, uma assistência integral, de qualidade e humanizada (SCOCHI, 2001).

Capacitar os profissionais de enfermagem para entender as necessidades singulares de cada RN é de suma importância para que os procedimentos e cuidados dispensados, dolorosos e invasivos sejam aplicados de forma individualizada e singular. Reichert et. al. (2007) afirmam que um dos primeiros passos para isso é a observação das respostas comportamentais e fisiológicas do bebê, com a finalidade de diminuir o estresse e a dor, contribuindo para o seu conforto, segurança e desenvolvimento.

Para uma assistência de enfermagem de qualidade aos neonatos, torna-se indispensável atender as necessidades de repouso, calor, nutrição, higiene, observação e atendimento contínuo, entretanto, não somente devem-se atender as necessidades biológicas do RN, como também atentar-se para suas necessidades emocionais, compreendendo-o de forma holística.

A assistência de enfermagem nem sempre se revelam como ações de apoio no envolvimento pais/filhos, sendo mais focada nos procedimentos técnico biológicos, o que se caracteriza como fonte geradora de conflito, no instante em que tal situação contrapõe-se entre a formação acadêmica e o exercício profissional (SCOCHI, 2001).

A assistência deve está centrada no fortalecimento de relações que envolvam a criança e os pais, contribuindo para uma reflexão e fornecendo subsídios necessários acerca de seus temores, ansiedades e expectativas. Carvalho (2002) infere que tal conduta é prioritária, em uma UTIN, pois neste setor o conhecimento técnico é primordial para a sobrevivência dos RN, no entanto, os fatores psicoativos dos neonatos e de seus familiares não devem ser deixados de lado.

A equipe de enfermagem e a família sempre estiveram próximas, vivenciando momentos difíceis que demandam ações, sentimentos e pensamentos que, muitas vezes ultrapassam suas possibilidades conhecidas, a família necessita de um enfermeiro capaz, que lhe ajude a olhar esses momentos como possibilidade de superar-se nas habilidades que lhe faltam para o enfrentamento da doença do neonato (LAMY; GOMES; CARVALHO; 1997).

A enfermagem de acordo com Araújo (2005) deve ser considerada como a mola propulsora para humanizar o ambiente da UTI. A relação entre o profissional de enfermagem e a família deve ser um encontro do qual surjam novos entendimentos e interpretações, que colabore para o sucesso da terapêutica e ajude na superação da crise instalada com a internação.

Conforme Fernandes et. al., (2006) as propostas de humanização em saúde deve contemplar o processo de formação do profissional, ainda centrado no conhecimento técnico e individualizado, com superficiais do exercício da crítica, criatividade e sensibilidade levando o engessamento dos sentimentos do profissional na formação de uma relação de ajuda eficiente aos clientes dos serviços de saúde bem como seus familiares.

Portanto, humanizar a assistência implica em oferecer um cuidado integral e singular ao RN e seus familiares, enfatizando o contexto social em que estão inseridas, crenças, valores, individualidades e personalidade, uma vez que cada ser é único, porém, envolvido em um contexto familiar, que deve ser observado para que se possa manter a individualidade desse grupo durante a hospitalização. Portanto, devemos idealizar uma UTIN humanizada focada em ajudar a família, o RN e a equipe multidisciplinar.

2.2 A informação como instrumento de humanização da assistência e elemento para orientação de pais de pré-termos em uma UTIN

Geralmente o primeiro contato com entre a mãe e seu filho hospitalizado depois do nascimento se dá na primeira visita e é este um momento especial para ambos, no qual ocorre o reconhecimento mútuo através da voz e do toque.

De modo a minimizar as dificuldades desse primeiro encontro e favorecer o vínculo mãe-filho deve-se tomar alguns cuidados. Assim, Casanova e Santos (1991) afirma que pais e filhos internados, possuem as mesmas necessidades de envolvimento que teriam em condições normais. Concomitantemente necessitam receber maior atenção das equipes que os assistem em decorrência as consequências nocivas devido à separação precoce.

De acordo com Bowlby (1989) o desenvolvimento do apego é firmado ao longo dos primeiros meses e que vínculo mãe-filho surge da interação ajustada. Já Conforme estudo realizado por Scochi et. al. (2003), que investigava o vínculo mãe-filho, onde o acesso dos pais junto aos seus filhos era liberado, demonstrou maior envolvimento dos pais com o neonato e maior interesse em aprender sobre os cuidados dispensados a seus filhos.

Gracomini (1997) sugere que em caso de prematuridade ou RN doentes, deve-se, na medida do possível, permitir que a mãe veja seu filho logo após o nascimento. Tal conduta pode diminuir os sentimentos de frustração, ansiedade e dor. Entretanto, é importante reforçar que o sentimento de culpa faz com os pais tenham dificuldades para aceitar os reais motivos acerca da enfermidade de seus filhos. Assim, fica evidenciado a relevância do primeiro contato de pais e filhos internados em uma UTIN.

Os pais necessitam de apoio para começar o envolvimento afetivo com seus filhos que estão em um ambiente estranho para eles, necessita de instrumentos que facilitem este primeiro contato esclarecendo suas dúvidas em relação ao ambiente em que seus filhos estão internados.

Nesse sentido, o acolhimento e comunicação é de suma importância como fator inibidor de sentimentos de frustração e dor vivenciado pelos pais. Assim, a comunicação é uma ação que

intermedia as relações entre os seres, portanto importante em uma UTIN. Também é uma ação é ação primária para a humanização da assistência, pois contribui na interação por meios de um canal aberto de diálogo entre o cuidado e o cuidador. Para que a comunicação possa ser eficiente à equipe deve entender as necessidades da família frente à internação do RN.

A palavra comunicação deriva do latim *comunicare* que tem por significado por em comum e possui uma diversidade de definições, pode ser entendida como a capacidade de transferir significados entre os membros, sendo assim a comunicação é o método em que ocorre a troca de um mesmo objeto de consciência (CUNHA,2004).

A comunicação é essencial para a vida social. Todo ser humano possui a necessidade de comunicar-se com o outro, seja para transmitir o que percebe, como para saber como e percebido, nas organizações a comunicação é responsável pela integração das diversas tarefas e das unidades de trabalho, tornando-se uma ferramenta importantíssima na consecução dos objetivos (CUNHA,2004).

Segundo Maximiano (2000), A comunicação é o processo de transferir e receber informações que promove a análise de dados para tomada de decisões. De acordo com Cunha (2004) também apresenta quatro funções: controle, motivação, informação e expressão emocional. Portanto, neste estudo abordarei apenas ao aspecto informação, em que as incertezas são anuladas, pois facilita a toma de decisão pautando-se naquilo que considera ser bom utilizando o processo da racionalidade limitada.

De uma maneira simplificada, a comunicação pode ser entendida como troca de informações entre emissor e receptor, e a significação entre os envolvidos no processo. Todavia de acordo com Cunha (2004) o significado formado pelo receptor não é necessariamente aquele que o emissor conferiu à sua mensagem. O emissor pode ser uma pessoa, grupo ou organização que deseja ou pretende comunicar com um determinado receptor. Na codificação, a comunicação concretiza-se quando o emissor traduz a sua ideia para um código ou linguagem que possa ser compreendida pelo receptor. Incorpora signos, mas também regras ou convenções que determinam como e em que contextos estes signos são usados e como podem ser combinados de maneira a formar mensagens mais complexas. A mensagem é o resultado da codificação seja ela verbal ou não verbal, por exemplo, os gestores emitem instruções, dão ordens e conselhos,

escrevem documentos, intervêm numa reunião, repreendem um colaborador, telefonam a um fornecedor (CUNHA, 2004).

A comunicação conforme Stefanelli e Carvalho (2005) é uma das formas de interação do indivíduo, usada para se obter e passar informações. Objetivando desenvolver essa competência, buscando uma comunicação efetiva entre a equipe e a família, tirando as dúvidas encontradas e dando condições para que possam entender o processo saúde doença. As autoras também afirmam que a comunicação é um dos pontos preconizados pela enfermagem há muitas décadas, porém essa competência fica muito a quem nas interações entre a equipe e a família.

A internação interfere na rotina dos pacientes e da família proporcionando uma experiência negativa, porém esses sentimentos podem ser atenuados no momento em que a família tem acesso a unidade de internação e aos cuidados prestados ao RN, bem como informações sobre seu estado de saúde. Muitas vezes o processo de hospitalização é agressivo e doloroso, além de inevitável e inadiável. Os pacientes, de um modo geral, são surpreendidos pela doença e pela hospitalização, tendo que deixar seus compromissos para serem resolvidos, sua família sem assistência e, além disso, tem de “mudar-se” para um ambiente estranho e impessoal, levando como bagagem a dor, o medo e a incerteza (SEITZ, 2005,p.74).

Neste sentido, buscando uma melhor assistência ao RN e a família que estão passando pelo processo de internação o qual pode resultar em estresse, a comunicação é essencial. Para tornar essa comunicação efetiva e eficiente é necessário que a equipe de saúde e a instituição estejam dispostas a promoverem a relação equipe-cliente-família, conduzindo o processo com empatia e sensibilidade entre todos os envolvidos, contribuindo para uma assistência humanizada.

O cuidado humanizado ocorre quando, o cuidador entende seus próprios conflitos, enfrenta suas dificuldades como indivíduo e cuidador, criando uma relação maior com o RN e um interesse pelo seu sofrimento. A comunicação nos serviços de saúde é instrumento primordial, pois estabelece o vínculo equipe-família-RN e esta comunicação só ocorrerá quando o acesso da família na UTIN for mais flexível.

Para os RN internados na UIN a separação de seus familiares torna-se nociva para o desenvolvimento do vínculo afetivo entre pais e RN, devido o acesso a esse setor ser mais restrito. Segundo Inaba et. al. (2005), os RN internados em situação crítica apresentam

necessidades de cuidados mais específicos, nestes casos a família e fator primordial para o alívio da dor, ansiedade e insegurança.

A preocupação com os aspectos burocráticos e aos cuidados dispensados ao RN em uma UTIN consome parte do trabalho da equipe, contribuindo para o distanciamento de suas metas (SIQUEIRA et. al., 2006). Em consequência disso ocorre uma sobrecarga de trabalho, contribuindo para uma comunicação deficiente, que segundo Siqueira et. al. (2006), a grande demanda, os procedimentos e a agilidade na assistência também podem interferir na interação profissional-paciente, contribuindo para uma impessoalidade na interação e fomentando ações pouco humanizadas.

Segundo Soares (2007) a estrutura de uma UTIN não prioriza as necessidades da família e de seus RN e sim as necessidades da equipe de saúde, em decorrência disso, maiores são os problemas vivenciados pela família. Um outro fator responsável pela comunicação não efetiva é a falta de preparo da equipe de saúde na interação com os familiares. A visão mecanicista, tecnicista da assistência de acordo com Martins et. al. (2008), contribui para o distanciamento, a indiferença das relações humanas, encaminhado para uma forma racional do cuidar. Esta atitude não é percebida como forma de cuidado ao RN e aos seus pais que necessitam de atenção fornecendo mais segurança e esclarecimento no diz respeito ao tratamento e estado de saúde do RN.

Siqueira et. al. (2006) afirmam que o dialogo entre a equipe de saúde e a família e o paciente esta estruturado em uma interação de confiança e facilita a obtenção de resultados com melhor qualidade, assim como o dialogo é primordial no cuidado de qualquer pacientes a presença dos familiares durante a hospitalização se torna indispensável, conforme Inaba et. al., (2005) o contato estreito da família com o RN internado, diminui o sentimento de desamparo do familiar diante do sofrimento do seu filho.

A comunicação entre a equipe multidisciplinar, os pais e o RN contribui para um cuidar humanizado, ultrapassando os extremos entre o profissional e o cliente pra a interação equipe e a família.

3 MÉTODO

Este estudo é uma pesquisa bibliográfica, com uma abordagem qualitativa. Definido o tema realizou-se uma busca de dados virtuais em saúde, onde foram utilizados os descritores: enfermagem, humanização, UTIN.

Para a contextualização histórica utilizou-se livros que abordassem o tema e contribuísse para um levantamento da evolução sobre a importância da assistência humanizada ao RN internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal envolvendo a enfermagem.

Realizada a leitura exploratória e seleção do material, iniciou-se a análise dos estudos selecionadas, organizando-as por ordem de importância, os dados apresentados foram tabulados e transformados em tabelas do Word. Posteriormente, os resultados foram analisados e discutidos para construção do guia de orientação para pais com filhos internados em uma UTIN.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Ao analisar o material bibliográfico encontrado observou-se um grande número de literatura sobre a importância da assistência humanizada ao RN na Unidade de Terapia Intensiva.

Dos estudos pesquisados foram selecionados e analisados um total de 15 documentos, sendo 11 artigos, 03 dissertações e 01 monografia. Após análise dos mesmos, identificaram-se os seguintes dados apresentados, conforme apresentados na tabela - 1:

Tabela 1 – Trabalhos pesquisados e tabulados de acordo com o tipo do documento, autores, ano de publicação e título.

FONTE	AUTORES	ANO	TÍTULO
Revista Eletrônica de Enfermagem	Fernandes; Andraus; Munari	2006	O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais
	Pinho; Siqueira		As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência.
Revista Mineira de Enfermagem - REME	Araújo	2005	Trabalho no centro de terapia intensiva: Perspectiva da equipe de enfermagem
Revista de Ciências e Saúde Coletiva	Lamego; Deslandes; Moreira		Desafios para a humanização do cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal cirúrgica.
			Humanização na unidade de terapia

MONOGRAFIA	Lima	2004	intensiva pediátrica: discurso de enfermeiras
Revista Latino-Americana de Enfermagem	Rossato-Abéde; Ângelo	2000	Crenças determinantes na interação da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto risco.
Revista Médica do Hospital São Vicente de Paulo	Carvalho	2002	A enfermagem na promoção da presença dos pais-familiares em CTI pediátrica/neonatal.
Revista Paulista de Enfermagem	Scochi et al.	2001	Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal.
Revista Saúde em Foco	Ratto		É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos da maternidade Leila Diniz
Mestrado	Moreira		Estressores em mães de recém-nascidos de alto risco: sistematização da assistência de enfermagem
Nursing – Revista Técnica de Enfermagem	Nascimento; Martins	2000	Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família.
			Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica

Mestrado	Oliveira	1998	com mães/recém-nascidos pré-termo
Jornal de Pediatria	Lamy; Gomes; Carvalho	1997	A percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
Revista Moderna	Pediatria Ferraz; Chaves	1996	Bebês prematuros: aspectos emocionais.

Observou-se nos estudos que o método utilizado nas pesquisas foi à qualitativa.

“a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e atribuição de significados são básicos no processo qualitativo. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem”. (SILVA & MENEZES, 2001, p. 20.)

O método qualitativo é usado diante da dificuldade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos e está voltado para a investigação das interações humanas, portanto, é o método mais adequado para a pesquisa dos dados.

Na sequência identificamos os pontos comuns apresentados pelos artigos estudados relevantes ao tema proposto, que serão dispostos na tabela – 2:

Tabela 2 – Resultados comuns dos artigos estudados e a ocorrência.

ITEM	OCORRÊNCIA
Dificuldade e o reconhecimento de prestar uma assistência humanizada na UITN pela equipe de enfermagem.	15
Importância no relacionamento família/RN/equipe de enfermagem.	15
O processo de mudança de comportamento, hábitos que a mulher sofre quando tem o filho internado em UTIN.	05
Superação do medo a partir da convivência na UTIN.	2,5
Profissionais desqualificados em dividirem o mesmo espaço com familiares de RNs internados na UTIN.	2,5
Percebe a importância da participação da família como cliente.	2,5
O relacionamento mãe e filho juntos proporciona um suporte físico, emocional, social e psicológico e engloba diferentes dimensões do cuidado.	2,5
Conhecer a percepção da equipe de enfermagem frente a dor do RN.	2,5
O cuidar da enfermeira frente às especificidades em hemoterapia neonatal.	2,5
A construção de marco de referência ao cuidado humano a transformação da prática.	2,5
Barreiras do enfermeiro na procura da constante construção/reconstrução da enfermagem em termos práticos, saberes e relações.	2,5
Conhecer o desenvolvimento do processo comunicacional entre os profissionais de enfermagem e o cliente internado em uma UTIN.	2,5

Percebe-se, na tabela acima, que dos 15 trabalhos encontrados, 100% enfocam sobre a dificuldade de prestar uma assistência humanizada na UTIN e o reconhecimento de que é importante esta assistência pela equipe de enfermagem e 100% mencionam sobre a importância do relacionamento família, paciente e equipe de enfermagem.

Em uma UTIN onde se presta assistência a RN de alto risco os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, precisam usar a tecnologia, a experiência e o entendimento da assistência prestada, unido à empatia, baseado no envolvimento interpessoal, com a finalidade e promover uma atenção segura responsável e ética em uma realidade de vulnerabilidade.

Para tanto, torna-se importante motivar a equipe de enfermagem e sensibiliza-la em prestar um cuidado desprendido de estresse psicológico, tendo como compromisso transmitir segurança aos familiares no momento crítico de que passa seu paciente.

Dos estudos pesquisados foram copilamos e agrupamos os sentimentos apresentados pelos pais durante a internação de seus filhos como apresentado na tabela 3:

Tabela 3 – Sentimentos apresentados pelos pais durante a internação e permanência de seus filhos na UTIN.

Sentimentos demonstrados em relação ao momento da notícia da internação.	Tristeza, dor, desespero, angústia, depressão, culpa.
Sentimentos referidos à primeira visita ao filho	Tristeza, desespero, choque, alegria.
Sentimentos ao primeiro contato	Medo de tocar.
Sentimentos sobre a equipe de saúde	Segurança, desconfiança, conforto.
Sentimentos em relação às orientações	Conforto, otimismo.

O termo UTI por si só pode suscitar sentimento de medo e angustia de acordo com Lamy et. al. (1997), a UTIN é percebida pelos pais como ambiente assustador. Portanto ao verem seu filho em volta de tanta tecnologia, tinham dificuldade de tê-lo como seu, experimentado o sentimento de perda do filho perfeito, idealizado durante a gravidez com o filho real, imperfeito, podendo acontecer à recusa e o distanciamento do RN, em prejuízo da atenção que os mesmos precisam.

Shumacher (2002) confirma esses sentimentos vivenciados por pais de RN internados em UTIN e afirma que o estresse dos pais pode ser diminuído quando oportunizado um espaço para se falar a respeito e discutir sobre fatores emocionais, principalmente do medo diante das notícias de saúde e possível perda de seu filho.

Diante disso o enfermeiro deve proporcionar uma orientação clara e objetiva, e sempre que possível fornecer informações positivas sobre as condições de saúde do RN.

Os equipamentos necessários para a manutenção da vida dos RNs em uma UTIN pode promover sentimentos como os apresentados na tabela acima: tristeza, desespero, choque e alegria por ver o seu filho vivo e bem cuidado.

O choque pela hospitalização de um bebê prematuro pode ser compreendido quando observamos os pais serem confrontados com um ambiente estressante e confuso. (SCOCHI ET AL., 2003).

Muitos pais sentem medo de tocar pela primeira vez seus filhos por serem pequenos e frágeis para Braga et. al. (2001), a aparente fragilidade, em vista ao tamanho e as necessidades do RN pré-termo, contribuí para ocorrência de situações nas quais os pais não conseguem conversar ou tocar no RN. Contribuindo para isso, o receio dos pais em provocar mais danos a um ser tão frágil.

O primeiro momento dos pais com o RN internado se faz necessário do acompanhamento de um membro da equipe multidisciplinar, de preferência pelo enfermeiro. A linguagem utilizada deve ser clara e simples sem utilização de termos técnicos, desconhecidos por eles, informando de forma efetiva aos pais sobre o estado do RN, orientando sobre os equipamentos utilizados no tratamento e sobre as rotinas do serviço.

É válido salientar a importância, na primeira visita das orientações do neonatologista com a finalidade de receber as informações sobre o diagnóstico, evolução e exames que o RN poderá ser submetido, inicia-se a relação equipe-mãe-RN, fundamentada no respeito e na confiança.

Os pais muitas vezes, devido à internação sentem-se receosos ao primeiro contato, porém, ao ambientarem passam a conversar com o RN e dependendo do estado da criança, amamentam e, começam a participar da assistência.

Considerando o desejo dos pais em quererem cuidar de seus filhos, não devemos nos esquecer de que os mesmos devem ser considerados como membros da equipe de cuidado e não como meros visitantes e estorvos; não devemos permitir que a tecnologia que envolve uma UTI prive os pais de ter condições e o direito de cuidarem de seus filhos (COSTARENO E MARTINS, 1998).

Conforme Shumacher (2002) ao visitarem o RN internado em uma UTIN os pais realizam várias atividades entre elas a lavagem das mãos, paramentação com aventais e quando chegam perto do seu filho à equipe lhes orientam quanto ao horário de visita, condições de saúde de seu filho informações essas que muitas vezes os pais nem escutam. Isso conduziu a autora a uma reflexão, observando a visita em outra perspectiva, permitindo aos pais a priori expressarem seus sentimentos e questionamentos necessários e apenas complementando-os a posteriori.

Com isso constatou-se que os pais passaram a valorizar mais a equipe de saúde quando um de seus integrantes presta as devidas informações sobre o RN.

De acordo com Gomes (1996), é de extrema importância que a equipe de enfermagem atenda as necessidades e as solicitações suscitadas pelos pais, pois, isso só acontece quando os pais se sentem acolhidos e compreendidos.

Acolher e compreender os pais na primeira visita ao RN internado é fundamental no cuidado do RN e sua família.

3.1 CARTILHA INFORMACIONAL COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO

A hospitalização do RN na UTIN revela-se em uma situação de crise para toda a família, principalmente para os pais. A UTI é um ambiente estranho e assustador, além de que o bebê real é igual ao imaginado e o sentimento de culpa pela situação do bebê atua como fator inibidor do contato espontâneo entre pais e filhos.

Em decorrência disso, o acolhimento, o relacionamento e a comunicação da equipe com os pais torna-se fator fundamental para que as experiências emocionais que surjam nesse período sejam melhores elaboradas e o sofrimento dos pais minimizados.

A comunicação é uma atividade que intermedia as relações, portanto é essencial no dia-a-dia do hospital. As relações na UTIN são fomentadas pela necessidade de comunicação que se estabelecem através de diálogo, de troca de informações e de mensagens não verbais.

Os pais necessitam de apoio para começar um relacionamento afetivo com seus filhos que estão em um ambiente tão inóspito para eles. Necessitam de um profissional por perto no momento do primeiro contato com seu filho. Um profissional que lhes esclareça as suas dúvidas e os compreenda.

Para os pais a internação de seus filhos na UTIN é algo bastante assustador, pois este ambiente reflete a ideia de dor, morte o que ocasiona insegurança e medo de que algo de pior aconteça com seu filho.

Para confiar seus filhos aos cuidados da equipe de saúde os pais necessitam de uma abordagem adequada: clara, objetiva e acolhedora desses profissionais (ALMEIDA et al., 2010).

Para Frota et al. (2007), acreditam que para que esses pais sintam-se seguros, valorizados e não venham a distancia-se da UTIN e do RN, suas dúvidas devem ser sanadas através de informações em linguagem clara ao seu nível de compreensão.

Para tanto informações e orientações devem ser dadas diariamente aos pais sobre o estado de saúde do RN, sobre os equipamentos, procedimentos e rotinas próprias do setor.

Observa-se na prática clínica que quando os pais e familiares são orientados sobre as normas e rotinas do setor assim como os equipamentos utilizados e seus respectivos procedimentos, os mesmos tornam-se menos ansiosos.

Diante do exposto, acreditamos na importância de produzir e ofertar recursos educativos e informativos para potencializar ações de orientação aos pais, minimizando sentimentos suscitados devido à internação de seu filho na UTI.

A cartilha (APÊNDICE 1) foi o instrumento informativo escolhido de orientação aos pais com RN internados na UTI, devido sua praticidade. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Aurélio (2011), cartilha significa livro para aprender, padrão, modelo.

A cartilha informativa para pais com RN internados na UTI sua construção teve como base, o Método Mãe Canguru -MMC do Ministério da Saúde – MS (2002).

De acordo com a MS o Método Canguru é definido como um cuidado do Recém Nascido de Baixo Peso (RNBP), após estabilização inicial com a mãe de contato precoce pele a pele de maneira contínua e prolongada.

Conforme Costa, R. (2005) o MMC, é um cuidado neonatal crescente, realizado pelo tempo entendido pelos pais de forma prazerosa, permitindo com isso a inserção dos pais no cuidado com o RN.

O Manual do MMC do MS, (2002), estrutura o Método em três fases, sendo que a primeira fase compreende o reconhecimento dos pais aos RN e reconhecimento do local em que o RN se encontra, iniciado nas UTIN, a segunda fase constitui-se do treinamento dos pais sobre os cuidados realizados em casa, essa fase será realizada no alojamento canguru e a terceira fase é onde o método será realizado em casa, tendo somente o acompanhamento ambulatorial.

Oliveira (2002), afirma que as três fases do Método são ligas entre si, e que o sucesso de uma depende do trabalho realizado na fase anterior.

Silva (2003) identificou cinco fundamentos na proposta brasileira do MMC, primeiro – cuidados individualizados focado na família, segundo, contato precoce pele a pele – integração sensorial, terceiro, controle ambiental, quarta – adequação postural e quinta, amamentação - fomenta o vínculo e prevenção de doenças no primeiro ano de vida.

O MMC conforme o MS (2002) apresenta muitas vantagens, entre elas estão o aumento do vínculo mãe filho; menor tempo de separação do binômio mãe-filho, evitando períodos sem estimulação sensorial; maior competência e confiança dos pais no cuidado do RN, melhor interação da família com a equipe multidisciplinar, menor permanência na unidade de internação.

Esta cartilha contemplará apenas a primeira e segunda etapa do MMC, em que o RN está internado na unidade hospitalar.

Na primeira fase do MMC, inicia-se o atendimento aos pais orientando-os quanto à importância do MMC, estimulando o acesso dos pais, oportunizando o vínculo pais e RN, manter a família informada sobre as condições de saúde do RN.

Na segunda etapa o RN está em situação clínica estável o qual será transferido para o alojamento conjunto, estará continuamente acompanhado por sua mãe.

Humanizar a assistência, o ambiente da UTIN é uma questão de máxima relevância frente da maior visibilidade do componente neonatal da mortalidade infantil.

Com o objetivo de orientar e responder possíveis dúvidas de pais e familiares de RN hospitalizados em uma UTIN foi criada uma cartilha de linguagem clara, simples e de fácil entendimento a qual foi estruturada respondendo as seguintes perguntas:

- O que é uma UTIN?
- Quem é a equipe saúde que cuidará do seu filho?
- Qual o cuidado que deve ser tomado antes e após entrar na UTIN?
- É importante a presença dos pais na UTIN?
- Quais os equipamentos mais comuns em uma UTIN?
- Quais os horários que você poderá visitar seu filho?
- Onde você ficará durante a internação do seu filho?
- O que acontecerá após a alta do seu filho?

Neste sentido essa cartilha informativa com orientações e esclarecimentos aos pais e familiares em relação à UTIN será de grande importância durante a permanência do RN na unidade melhorando a interação entre equipe de enfermagem/ RN e familiares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o objetivo delimitado no processo de realização dessa pesquisa, a saber, elaborar um guia de orientação para pais com filhos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, salientamos que essa ação envolve fatores relacionados ao ambiente da UTI, ao vínculo afetivo da tríade pais-filho-equipe de saúde, tendo a equipe de enfermagem como facilitador no processo de humanização.

A humanização da assistência aparece envolvida a atitudes como dar atenção, ter responsabilidades, cuidar bem, respeitando a individualidade de cada um e principalmente promovendo um cuidar integral ao RN.

A enfermagem possui a responsabilidade de desenvolver os familiares na figura dos pais, no cuidado direto aos seus filhos. Mecanismos devem ser implementados, com o objetivo de propiciar a participação dos pais no cuidado.

Os pais passam por um processo de adaptação a internação de seu filho, observa-se de maneira geral, que reagem com medo, angústia, mas esses sentimentos são amenizados à medida que recebem orientações e passam a confiar na equipe multidisciplinar, sentindo-se confortáveis e começam a assumir alguns cuidados básicos.

O enfermeiro representa importante papel neste contexto, pois permanece a maior parte do tempo acompanhando a evolução do RN e as ações e sentimentos expressos pelos pais. Em decorrência disso, o enfermeiro deve estar presente durante o primeiro contato dos pais com seu filho, esclarecendo as dúvidas, explicar sobre os equipamentos e o porquê de sua necessidade, fomentar o vínculo pais e filhos, entender suas limitações na realização de alguns cuidados.

Os pais sentem-se confortáveis quando são orientados e estimulados a participarem dos cuidados dispensados a seus filhos.

A comunicação caracteriza-se como elemento primordial para que a assistência possa realizar-se de forma efetiva fazendo-se necessário aprimorar o envolvimento interpessoal no dia a dia das atividades laborais.

Esta pesquisa apresenta característica que pode amenizar o estresse na UTIN apresentado pelos pais e familiares como uma das formas de humanizar o cuidado.

Acreditamos que uma assistência que priorize o apoio aos pais e suas necessidades, favorecem o estabelecimento e a continuidade do vínculo afetivo entre eles e o RN, o que em última instância, torna mais eficaz os cuidados prestados à criança.

Sugere-se, portanto, que sejam criados espaços de encontros entre pais que tenham filhos internados em UTI Neonatal e equipes multiprofissionais a fim de se proporcionar a troca de experiências bem como minimizar as dúvidas, os medos e as inseguranças que os afligem.

Ressalta-se, todavia, a necessidade de aprofundamento dessa temática, abrangendo não somente os pais, mas todos os familiares dos RN internados em UTIN, de forma a subsidiar a elaboração de protocolos de orientações aos profissionais e aos familiares.

Acreditamos que a cartilha como instrumento de informação para atender os anseios dos pais no momento da internação de seu filho constitui-se importante suporte para minimizar sentimentos como dor, medo, frustração entre outros.

Considera-se que essa cartilha facilitará o relacionamento entre a tríade equipe de enfermagem/RN/pais assim como amenizará a angústia, o estresse e o medo vivenciado pelos pais durante o processo de internação do seu filho em uma UTIN.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.K.A; SILVA, D.B.; VIEIRA, A.C.B. Percepção dos pais em relação ao atendimento do RN prematuro em UTI neonatal do Hospital Materno Infantil de Goiânia-GO, 2010. Disponível: www.revista.universo.edu.br. Acesso: 19 de Agosto de 2012.

ARAÚJO, A. D. Trabalho no centro de terapia intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. REME – Revista Mineira de Enfermagem, jan - mar, 9 (1), p. 20-28, 2005.

AVERY GB. Neonatologia. 4a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e Humanização das práticas e saúde. Ciência e Saúde Coletiva. v.10, n.3. Rio de Janeiro: jul./set. 2005.

BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985

BOWLBY, J. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 24-27.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método mãe-canguru: manual do curso. Brasília (DF); 2002. (Série A: normas e manuais técnicos; n. 145)

BRAGA NA et al. Maternagem ampliada – a transgeracionalidade em UTI neonatal. Ped Mod, 2001; 37(7): 312-7.

CARVALHO, R. M. A. de. A enfermagem na promoção da presença dos pais-familiares em CTI pediátrica/neonatal. Revista Médica do Hospital São Vicente de Paulo, jul - dez, 14 (31), p. 32-34, 2002.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Lat-Am. Enfermag., v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CASANOVA, L. D.; SANTOS, W. T. Humanização das unidades neonatais. In: SEGRE, C. A. M.; ARMEZELLI, P. A.; MARINO, W. T. RN. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. cap. 38, p. 689-708.

CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

COSTA, D.G; CHAGAS, G.M.S; SOUZA, N.R. Educação em saúde para mães em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciência Et Praxis*. v..2, nº3, p.37-40, 2005.

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

CUNHA, Antunes Antonieta Maria. *Comunicação: teoria e prática*. 18. ed. São Paulo: Ática, 2004.

FERNANDES, C. N. S.; ANDRAUS, L. M. S.; MUNARI, D. B. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [serial on line], 2006 [cited 2006, jan. 11], 8 (01), p.

FROTA et al. Recém-nascido em uma Unidade de Internação Neonatal: crenças e sentimentos maternos. *Cogitare Enfermagem*. Fortaleza, v.12, n.3, p.323-9, jul/set. 2007.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI Neonatal. *Revista Latino-American. Enferm.*, mai-jul, 12 (3), p. 469-476, 2004.

GOMES, M. M. F. O nascimento de uma criança de alto risco: significado e vivência dos familiares. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 9, p. 48-56, 1996.

GRACOMINI, C. A. Interação mãe - bebê. In: MIURA, E.; PROCIANOY, R. S. et al. *Neonatologia: princípios e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 656.

INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 423-429, dez. 2005. Disponível em: www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf. Acesso em: 20 abr. 2012.

KENNER C. *Enfermagem neonatal*. 2ª ed. Revisão técnica Maria Isabel Caramagnani. Rio de Janeiro (RJ): Reichemann e Affonso Editores; 2001. p.236-40.

KNOBEL, Elias. *Condutas no Paciente Grave*. 2ª edição, São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

KLAUS MH, Fanaroff AA. *Alto risco em neonatologia*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

LAMY, Z. C. P.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Jornal de Pediatria*, 73 (5), p. 293-297, 1997. 108-118. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_14.htm. Acesso em: Agosto de 2012.

LIMA FET, Moreira TMM. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. Ver Bras Enferm. 2006;59(3):11-8.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. Revista Eletrônica de Enfermagem,10911101,2008.Disponívelem:www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a22.pdf. Acesso em: 16 de agosto 2012.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. Introdução à administração. São Paulo: Atlas,2000.

MIURA E, Procianoy RS. Neonatologia: princípios e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

MOREIRA, M. E. A. Estressores em mães de recém-nascidos de alto risco: sistematização da assistência de enfermagem. [mestrado]. João Pessoa. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFPB, 2001.

NAGUMA M, Kakehoshi TY, Barbosa VL, Fogliano RRF, Ikezawa MK, Reichert MCF.

Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI neonatal. 4a ed. São Paulo: Atheneu; 1995.

OLIVEIRA H, Minayo MCS. A auto-organização da vida como pressuposto para a compreensão da morte infantil. Rev Ciências Saúde Coletiva - Rio de Janeiro 2002.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. Revista Latino-Am Enfermagem, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar - abr, 2006.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de;; VIERA, Cláudia Silveira; COLLET,Neusa. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. Texto contexto - enferm. 105-113. 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea12.pdf> Acesso em 18 de agosto. 2012.

PINHO, Leandro Barbosa; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. Rev. esc. enferm. USP, 66-72. 2006. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br Acessado em 20 de abr. 2010.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. Revista Eletrônica de Enfermagem[serial on line], jan-abr; 9(1): 200-213. 2007.

RIOS IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev Bras Educ Med. 2009;33(2):253-62.

SANTANA, L. F. O cuidar de recém-nascidos graves: a percepção da equipe de enfermagem que atua na unidade de terapia intensiva neonatal. 2003. 150p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte.

SCHUMACHER, B. UTI neonatal: espaço cênico de um espetáculo de dança. *Texto Contexto Enferm*, Santa Catarina, v.12, n. 3, p. 27-35, 2002.

SCOCHI CGS, Mello DF, Melo LL, Gaíva MAM. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. *Rev Bras Enferm Brasília* 1999; 52 (4): 495-503.

SCOCHI, C. G. S. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. [tese]. Ribeirão Preto: USP/Escola de Enfermagem, 2000.

SCOCHI, C. G. S. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Paulista de Enfermagem*, jan - abr, 14 (1). P. 9-16. 2001.

SCOCHI CGS, Nogueira FS, Pereira FL, Brunherotti MR. Programa para pais de bebês de risco: contribuição para formação do aluno de enfermagem. *Rev Bras Enferm Brasília* 2002; 55 (1): 36-43.

SCOCHI CGS et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Americana Enferm*, 2003; 11(4): 539-43.

SETIZ, Eva Maria. Biblioterapia: uma experiência com pacientes internados em clínica médica. *ETD. Educação Temática Digital*. Campinas 73-85, dez. 2005.

SIQUEIRA, Amanda Batista et al. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados a qualidade da assistência. *Arq Med ABC*, 73- 77, 2006. Disponível em: www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf. Acesso em: 20 de agosto 2012.

SILVA, E.L. DA; MENEZES, E.M.; Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertações. Florianópolis, Laboratório de Ensino a Distancia da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. 2001.

SILVA, O. P. V. Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do Programa Método Mãe Canguru [dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2003.

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos de. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri. SP: Manole, 2005.

SOARES, Márcio. Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 481-484, Out./Dez. 2007. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 20 de agosto 2012.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Panjota. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 3ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ZIEGEL, E. E. & CRANLEY, M. S. *Enfermagem Obstétrica*. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, (1985).

WHALEY LF, Wong DL. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

APÊNDICES E ANEXOS – A : CARTILHA INFORMATIVA UTIN

GOVERNODO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ
CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA PAIS COM RECÉN NASCIDOS INTERNADOS
UNIDADE DE TERAPIA INTENIVA NEONATAL - UTI



SEJAM BEM VINDOS CLIENTES NEO

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN) juntamente com a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Espera que sua estada em nossas dependências seja rápida e tranqüila, que seus problemas sejam resolvidos e que possamos atendê-lo com o que há de melhor, em relação a equipamentos, técnicas e principalmente oferecendo todo o cuidado de maneira humana e calorosa.

Em caso de dificuldade ou problema, oriente-se com a enfermeira supervisora ou assistente social.

Nesta cartilha você encontrará informações importantes, procedimentos e recomendações necessárias para assegurar conforto e tranqüilidade durante sua permanência conosco.



A Unidade de Terapia Neonatal (UTIN) é uma unidade de internação destinada aos bebês com até 28 dias de vida que necessitam de cuidados especiais, equipamentos e procedimentos específicos, ficando sob cuidados e visualização direta da equipe de enfermagem 24 horas todos os dias além da equipe médica e outros profissionais de saúde.

Normas, Rotinas e Procedimentos

- Ao visitar o bebê lavar as mãos. É de grande importância que as mãos sejam lavadas, com cuidado, sempre antes e após saírem da UTIN, dessa forma impedimos que microrganismos sejam transmitidos para o seu filho.
- A visita pode ser interrompida, caso seja necessária a realização de algum procedimento médico no paciente. Os visitantes aguardarão em área específica, para não haver intercorrências durante a assistência ao paciente.
- Em caso de atraso para a liberação da visita, o visitante será orientado a aguardar. Caso não seja possível a entrada do visitante, o mesmo será orientado a voltar em um novo horário.
- Durante a visita, evite o uso de adornos.
- Restrinja sua visita somente ao leito do seu familiar.
- O ambiente da UTI não é propício para crianças com menos de 12 anos. Por isso, sua entrada não é permitida.
- A equipe do UTI não informa, por telefone, sobre o estado clínico do paciente. Caso necessário, favor procurar o supervisor de enfermagem.
- O estado clínico do paciente é informado exclusivamente aos familiares ou responsável legal, no final da visita, diretamente pelo médico intensivista.
- Sempre que solicitado, o familiar deve trazer material de higiene pessoal para o paciente:
- Não é permitido alterar regulagens de aparelhos ou ainda mexer em soros, posição da cama,
- cateteres, sondas ou mesmo nas tiras de contenção.
- Não é permitida visita entre pacientes;
- Evitar o uso de aparelhos celulares;
- Não fazer barulho, não falar em voz alta e ser discreto;
- Não entrar nas salas de serviços, postos de enfermagem, copas e áreas exclusivas de serviços;
- Obedecer às orientações dos profissionais;
- Informações sobre o estado de saúde do paciente devem ser solicitadas apenas ao médico nos horários de boletim médico; Para segurança dos pacientes é obrigatório identificar-se no setor de informações,
- onde será fornecido o crachá que deverá ser utilizado nas dependências do Hospital e devolvido na saída;



VISITAS E ACOMPANHANTES

Além da necessidade dos cuidados recebidos na UTIN pela equipe de saúde, seu bebê precisa de você presente! É importante para o bebê a presença dos pais e familiares na UTIN neonatal, o contato físico com ele quando for possível, conversar e/ou cantar para o bebê fazem a diferença para seu desenvolvimento e aumenta o vínculo afetivo.

HORÁRIOS DE VISITA

11h às 11h30 - Visita dos pais da criança e boletim médico

16h às 16h15 - Somente para os avós

Observação: As mães tem livre permanência.

Para a internação trazer:

- Fralda descartável
- Sabonete líquido
- Óleo hidratante



INFORMAÇÕES SOBRE PACIENTES

Informações sobre o quadro clínico do paciente só poderão ser fornecidas pelo médico assistente responsável pelo mesmo. Não são fornecidas informações sobre o estado do paciente por telefone.

As famílias ou responsáveis recebem informações, diariamente, às 11h e no horário de visitas.



Equipamentos e Procedimentos

Equipamentos utilizados:

- Incubadora: A Incubadora é uma caixa de acrílico onde, por um período, irá ser a cama do seu bebê. Ela irá proteger seu bebê de mudanças de temperatura, barulhos e ruídos intensos. Saiba que mesmo seu bebê estando na incubadora, ela não impede que você toque e acaricie o seu filho.
- Monitor cardíaco: é um aparelho que mantém o controle dos batimentos cardíacos do bebê, assim como sua respiração. Ele estará ligado ao bebê através de sensores que ficam sobre a pele. Este aparelho possui alarme caso haja alguma alteração dos sinais vitais do bebê, porém não se assuste, pois muitas vezes estes sensores ligados ao bebê podem se desconectar e o alarme irá avisar.
- Oxímetro de pulso: O oxímetro de pulso está ligado ao monitor cardíaco. Com ele é possível saber o nível de oxigênio circulante no sangue do bebê. Esse sensor que emite uma luz pode estar fixo com uma faixa, delicada, no pezinho ou na mãozinha do bebê.
- Respirador Mecânico: Este aparelho auxilia na respiração do seu bebê, de forma parcial ou total e durante o período que seu bebê necessitar desta ajuda ele irá permanecer sedado e dormindo. Essa máquina leva oxigênio para os pulmões e ajuda o bebê a respirar.
- Este aparelho estará ligado a um tubo (tubo orotraqueal) parecido com um canudo introduzido pela boca até a traquéia.
- Bomba de infusão: O bebê necessita de medicações em pequenas quantidades e doses extremamente precisas de modo contínuo. A bomba de infusão é o aparelho que irá levar à medicação na quantidade e na hora certa para o seu bebê.
- Aparelho de fototerapia: A fototerapia é um tratamento que seu bebê pode necessitar se apresentar coloração de pele amarelada, chamada de icterícia. Durante esse tratamento o seu bebê irá estar com uma proteção nos olhos, o que impedirá danos na região devido a exposição prolongada da luz.

Procedimentos realizados no seu bebê

- Punção venosa: Procedimento realizado para coletar sangue e administrar medicamentos e fluidos através de um cateter (tubo pequeno e flexível) inserido numa veia do bebê.
- Passagem de Cateter umbilical: Neste procedimento é realizada a introdução de um cateter (tubo fino e flexível) na artéria (cateterismo umbilical arterial) ou em uma veia (cateterismo umbilical venoso) do coto umbilical. Esta via de acesso é utilizada para
- administração de medicamentos, nutrição parenteral e coleta de exames sanguíneos.
- Passagem de sonda orogástrica ou oroenteral: Essa sonda entra pela boca do bebê e vai até o estômago (oro gástrica) ou até o intestino (oro enteral). Ela é indicada para alimentar o seu bebê quando ele não pode e/ou ainda não consegue alimentar-se pela boca devido à imaturidade gastrointestinal e sincronia entre a respiração, sucção e deglutição.
- Passagem de sonda vesical: A passagem de uma sonda (cânula fina) através da uretra (canal condutor de urina) do seu bebê. Esse procedimento é realizado para eliminação de urina da bexiga, quantificar o volume urinário e coleta de exames.
- Realização da glicemia capilar: Através de um pequeno furinho no calcanhar do bebê é retirado uma gota de sangue para verificar o nível de glicose (açúcar) no sangue. Esse procedimento indica hipoglicemia (diminuição de glicose) ou hiperglicemia (aumento da glicose).
- Coleta de gasometria arterial: Neste exame é realizada uma picada em uma artéria do bebê para coletar uma pequena quantidade de sangue arterial. Através deste sangue é possível obter níveis de oxigênio, gás carbônico e o Ph sanguíneo.

DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO USUÁRIO

DIREITOS

Receber atendimento digno, atencioso e respeitoso independente de sua raça, credo, cor, idade, sexo, orientação sexual ou diagnóstico.

- Ser identificado pelo seu nome e sobrenome e não pelo nome de sua doença, número, código ou qualquer outra forma desrespeitosa ou preconceituosa.
- Poder identificar, através de crachá com fotografia, nome, função e cargo, os profissionais envolvidos em seus cuidados.
- Receber informações claras e compreensíveis acerca de seu diagnóstico, opções terapêuticas e riscos envolvidos.
- Consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, de forma livre e voluntária, após receber adequada informação, desde que não esteja em risco de vida. Em caso de recusa ou revogação do consentimento não serão imputadas quaisquer sanções morais e legais.
- Ter acesso ao seu prontuário, de acordo com as normas da instituição.
- Ter resguardada a confidencialidade de todo e qualquer segredo pessoal, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete risco a terceiros ou à saúde pública.

RESPONSABILIDADES

Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos pregressos e outros problemas relacionados à sua saúde.

- Conhecer e respeitar as normas e regulamentos do hospital.
- Zelar e responsabilizar-se pelas propriedades da instituição colocadas à sua disposição.
- Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da instituição, tratando-os com civilidade e cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE NAZARE

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL

FONE: 40094906

Cuidar é Nosso Prazer

