

# A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino

## *Nursing team performance in the assistance of a high-risk neonate in a teaching hospital*

Natália D. Silva<sup>1</sup>; Maria Rita R. Vieira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira Pós-Graduada em Terapia Intensiva\*; <sup>2</sup>Enfermeira Docente, Doutora em Enfermagem Pediátrica\*

\*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

**Resumo** O recém-nascido de risco apresenta alta taxa de morbidade e mortalidade em decorrência de distúrbios ou circunstâncias superpostas ao curso normal de eventos associados com o nascimento e ajustamento à existência extra-uterina. Para a sua recuperação, há a necessidade dos padrões mínimos de assistência pela equipe de enfermagem. Esta pesquisa descritiva teve como objetivo caracterizar a assistência de enfermagem ao recém-nascido de risco, de acordo com os cuidados realizados, os fatores que favorecem a melhoria da assistência e a presença da família para a recuperação do bebê, a partir das opiniões de enfermeiros e auxiliares de enfermagem de unidades de terapia intensiva e semi-intensiva neonatal, de um hospital escola, na cidade de São José do Rio Preto. Fizeram parte do estudo 22 funcionários que atuam nas unidades e que consentiram em participar. Os dados foram coletados por meio de entrevista com um questionário semi-estruturado. Os resultados apontaram que a maioria (96%) dos funcionários sabe definir RN de risco; a identificação mais comum é pela prematuridade (30%); a complicação mais freqüente é a infecção (38%); realizam, na assistência, os cuidados de conforto (69%); nas dificuldades para a assistência, relataram a falta de recursos humanos (12%); como facilitador o trabalho em equipe(19%); há diferença na evolução do RN com a mãe presente (77%); as ações praticadas são a orientação da rotina da unidade e sobre o RN (36%); relataram a importância do toque da mãe (21%) e colocar o RN junto a mãe (17%). Identificou-se a necessidade de um melhor dimensionamento da equipe de enfermagem e um serviço de educação continuada, que irão contribuir para uma assistência de melhor qualidade.

**Palavras-chave** Equipe de Enfermagem; Assistência Perinatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Hospitais de Ensino.

**Abstract** High-risk neonates present higher risks of morbidity and mortality than the average. This happens due to disorders or circumstances superposed to the normal course of events in association to birth, and to the adaptation to extrauterine life. For the recovery of high-risk neonates, some minimal patterns of assistance are required from the nursing staff. This research aims at to characterize the assistance of nursing to the high-risk neonate, according to the care performed, the influencing circumstances that favor the improvement of the assistance, and the presence of the family for baby's recovery. This was achieved through the opinions of nurses and nursing assistants from intensive care units and semi-intensive neonatal facility of a teaching hospital in the city of São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. Twenty-two nursing practitioners, working at the facility accepted to take part in the study. Data were collected through a semi-structured questionnaire. Most nursing practitioners (96) know how to define high-risk neonate. The most common identification is by prematurity (30) followed by infection, the most common complication (38). While assisting the infant, the practitioners provided them with comfort care (69). The lack of human resources was reported (12), when dealing with assistance difficulties. Team work was pointed as a facilitator (19); practitioners noted a difference in the development of the high-risk neonate when the mother was present (77); the actions performed are orientation of the routine unit and regarding the high-risk neonate (36); practitioners reported the importance of the touch (21), and to keep the high-risk neonate with the mother (17). Through this study, we could identify the requirement of a better outlook of the nursing staff, and of a continued education service, that should contribute with a more qualified assistance.

**Keywords** Team Nursing; Perinatal Care; Neonatal Intensive Care Units; Teaching Hospitals.

## Introdução

O período neonatal compreende os primeiros vinte e oito dias de vida do bebê. O recém-nascido a termo é aquele cuja idade gestacional é de 37 a 42 semanas e o pré-termo (RNPT) todo aquele que tem menos de 37 semanas<sup>1</sup>. Percebe-se esse bebê, independente de sua idade ao nascimento, como capaz de expressar suas emoções, o prazer, a dor, de buscar contato e dele fugir, quando não pode mais suportar a estimulação negativa e o estresse por ela provocado<sup>2</sup>.

A atenção ao bebê deve ser estruturada e organizada, no sentido de atender uma população sujeita a riscos. Para tanto, devem existir recursos materiais e humanos especializados e capazes de garantir observação rigorosa, além de tratamentos adequados ao RN, que apresenta doença capaz de ocasionar sua morte ou seqüelas que interferirão no seu desenvolvimento<sup>2</sup>.

O recém-nascido (RN) de risco pode ser definido como sendo um bebê, a despeito da idade gestacional ou de peso de nascimento que corre risco mais alto que a média de morbidade e mortalidade em decorrência de distúrbios ou circunstâncias superpostas ao curso normal de eventos associados com o nascimento e ajustamento à existência extra-uterina<sup>3</sup>.

O período de risco ao recém-nascido envolve o crescimento e o desenvolvimento, desde o momento da viabilidade até 28 dias após o nascimento e inclui ameaças à vida e à saúde que ocorrem durante os períodos pré-, Peri- e pós-natal e são classificados de acordo com o peso no nascimento, idade gestacional e problemas fisiopatológicos predominantes<sup>3</sup>.

O RN de risco pode ser identificado antes do nascimento pela anamnese, condições da gestação ou por alguma intercorrência durante o parto. Mas, também, pode ocorrer uma gravidez e parto sem intercorrências e ao nascer a criança necessita ser internada no centro de tratamento intensivo<sup>4</sup>.

A anamnese inclui a investigação de qualquer doença ou condição que possa afetar a criança. É preciso ser feita uma revisão das histórias materna e familiar acerca de qualquer problema prévio<sup>4</sup>.

Durante o parto, o sangramento excessivo ou prolongado constitui problema para a criança, pois pode acarretar anemia, hiperglicemia e síndrome de disfunção respiratória<sup>4</sup>.

O líquido amniótico fétido ou a ruptura precoce das membranas indica infecção bacteriana durante o período expulsivo<sup>4</sup>.

A avaliação do RN revela sinais que indicam a necessidade do tratamento intensivo como alto ou de baixo peso, anomalias congênitas e outros fatores como bebê prematuro, RN com idade superior a 43 semanas, trigêmeos ou nascimentos múltiplos<sup>4</sup>.

Assim, acredita-se que o cuidado a ser implantado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal necessita ser exercido e vivenciado em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do bebê, provocando nele manifestações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais<sup>2</sup>.

Diante do exposto o objetivo deste trabalho foi caracterizar a assistência de enfermagem ao RN de risco, de acordo com os cuidados realizados, os fatores que favorecem a melhoria da assistência e a presença da família para a recuperação do bebê, a partir das opiniões de enfermeiros e auxiliares de enfermagem de unidades de terapia intensiva e semi-intensiva neonatal.

## Casística e método

Para esta pesquisa foi utilizado o método descritivo exploratório. A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. A pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma<sup>5</sup>. O estudo foi realizado no período de agosto/2005 a julho/2006, na Unidade Intensiva e Semi-intensiva Neonatal de um Hospital de Ensino, localizado na cidade de São José do Rio Preto. Foram incluídas neste estudo as equipes de enfermagem que atuam nas referidas unidades que consentiram participar. A amostra foi constituída de 19 auxiliares de enfermagem e 3 enfermeiros, que trabalham nos três períodos de jornada, ou seja, manhã, tarde e noturno. Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado (Anexo), o qual foi entregue aos sujeitos da pesquisa, no local de trabalho, com explicação de como deveria ser respondido e esclarecendo dúvidas; posteriormente foi recolhido com o enfermeiro responsável pela unidade. O questionário foi validado por uma pessoa da área antes de sua aplicação. Respeitando as questões éticas, a coleta dos dados foi realizada após parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e assinatura no consentimento informado pelo sujeito da pesquisa.

## Resultados

A amostra do estudo constituiu-se de 22 funcionários que trabalham nas unidades de cuidados intensivos e semi-intensivos da referida instituição, sendo 3 (14%) enfermeiros e 19 (86%) auxiliares de enfermagem. Verificou-se que todos são do sexo feminino, a faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos (55%), com tempo de atuação na área de enfermagem variando de 1 a 25 anos e o tempo de atuação na unidade de UTI neonatal entre menos de 1 ano (18%) a 13 anos (4%).

Quando questionados sobre o ser capaz para assistir o RN com risco, a maioria (73%) disse estar capacitada e (96%) sabe definir um RN de risco. Sendo que a identificação do RN de risco é feita por prematuridade (30,30%), baixo peso ao nascer (15,15%), seguido de RN que necessitam de cuidados intensivos (12,12%) e os que nascem com má formação (12,12%) como mostra a Tabela 1.

**Tabela 1.** Identificação do RN de risco segundo opinião dos funcionários. São José do Rio Preto. 2006.

Como identifica o RN de risco	Nº	%
Prematuro	10	30,30
Baixo peso ao nascer	5	15,15
Cuidados intensivos	4	12,12
Má formação	4	12,12
Na gravidade de suas patologias	2	6,06
Aspiração mecônio	2	6,06
Não respondeu	2	6,06
Problema após nascimento	1	3,03
Que exige todos tipos de cuidado	1	3,03
Procedência do parto	1	3,03
Incubadora	1	3,03
Total	33	100,00

Obs: houve funcionários que relataram mais de uma característica.

As complicações mais frequentes encontradas são infecção (38%) e problemas pulmonares (38)

Quanto à assistência prestada ao RN de risco, a Tabela 2 mostra que a maioria (69%) realiza cuidados para o conforto do RN, 4 (9%) relataram manipular menos possível o RN e 3 (7%) realizavam cuidados específicos e integral para cada RN.

Obs: houve mais de uma resposta dada pelos funcionários.

Quanto às dificuldades encontradas na assistência, 11 (44%) relataram falta de recursos humanos, 3 (12%) falta de materiais e equipamentos, 3 (12,00%) o acesso venoso e o envolvimento familiar e 3 (12%) relataram não encontrar dificuldades.

As facilidades encontradas para 4 (19,06%) funcionários é o trabalho em equipe, 4 (19,06%) relataram médicos capacitados 24 horas e 3 (14,28%) relataram médico e enfermeiro à disposição.

Quanto à questão do que pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, o treinamento em serviço é relatado por 9 (34%), o dimensionamento de pessoal adequado por 8 (31%) e para 4 (15%) maior número de equipamentos.

Quando questionados se há diferença na evolução do RN com a mãe presente ou ausente, a maioria (77%) disse que há diferença, 10% relataram que o RN fica mais calmo, há uma integração entre mãe e filho, enquanto 13% disseram que não há diferença.

Todos relataram que as mães têm dificuldades em estar junto ao RN, sendo a disponibilidade, morar em outra cidade, o espaço e acomodação na unidade os motivos apontados.

Quanto às ações implantadas para que a mãe possa estar junto ao RN, as mais relatadas foram: orientação da rotina da unidade e sobre o RN, importância da sua presença para o RN e o toque, e colocar o RN junto à mãe.

## Discussão

Nas instituições de saúde, os serviços de enfermagem, parte integrante das organizações, vêm compreendendo a necessidade de promover oportunidades de ensino para seu pessoal, no sentido de melhorar a prática da enfermagem<sup>6</sup>.

Como foi verificado neste estudo, há uma parte da equipe de enfermagem que acredita não estar capacitada para prestar assistência de enfermagem ao RN de risco, e nesse sentido há uma preocupação em criar um serviço de educação continuada para todos que integram essa equipe. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) considera a educação contínua

como “um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinada a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científicas e as necessidades sociais”<sup>7</sup>.

Por tudo isso é que a equipe de enfermagem da unidade de neonatologia deverá permanecer sob a supervisão constante de um enfermeiro com treinamento específico em neonatologia. Todo o pessoal auxiliar deve ser submetido a treinamento prévio e mantido em atualização constante e fixo no setor.

O trabalho do enfermeiro é indispensável, pois ele une o conhecimento científico à realidade e à prática da UTI neonatal. Com efeito, pode reconhecer as necessidades do bebê e planejar sua assistência<sup>2</sup>.

A importância da qualidade da assistência do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva baseia-se no planejamento e organização do serviço, seguindo normas estabelecidas em documentos que regulamentam esse serviço hospitalar. Esses destacam o planejamento como possibilidade para transformar a realidade, envolvendo questões como: gerenciamento, participação, recursos humanos e a transformação<sup>8</sup>.

Promover assistência na UTI neonatal exige do enfermeiro conhecimento e responsabilidade, estando o cuidado permeado de tecnologia e bebês graves. Aqui, além da competência, são exigidas do enfermeiro integrações de informações, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades, propiciando uma condição de homeostasia, tanto no atendimento biológico como no psicológico<sup>9</sup>.

Assim como foi relatado no estudo, a identificação de um RN de risco é realizada quando se depara com um RN que possui instabilidade fisiológica e / ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, prematuridade, asfixia perinatal, problemas durante a gravidez, necessitando de cuidados intensivos após o nascimento<sup>10</sup>.

E os riscos apresentados<sup>3</sup> são: alto risco relacionado com a maturidade: bebês prematuros, bebês pós-termo, sendo esta a característica mais utilizada pelos funcionários para a identificação na unidade; alto risco relacionado com complicações fisiológicas: hiperbilirrubinemia, complicações metabólicas, síndrome da Angústia Respiratória (SAR), complicações respiratórias, complicações cardiovasculares, complicações cerebrais; alto risco relacionado com processos infecciosos: sepse, enterocolite necrosante (ECN); alto risco relacionado com fatores materno: RN nascidos de mães diabéticas (RNMD), RN dependentes de drogas, infecções maternas e alto risco relacionado a anormalidades congênitas. Colaborando com os dados, Scochi<sup>11</sup> aponta que, além da vulnerabilidade biológica dos prematuros e do baixo peso ao nascer, os riscos originados no processo terapêutico em unidades de cuidado intensivo neonatal, a utilização de procedimentos de alta complexidade e o período de internação prolongado, tornam essas crianças mais suscetíveis às infecções e a outras enfermidades, situações que elevam mais os custos sócios e emocionais da família, pois envolve muito sofrimento humano e, assim, a prematuridade e o baixo peso ao nascer é considerado um problema de saúde pública.

Nas unidades onde foram coletados os dados, as infecções no período neonatal são complicações frequentemente encontradas, responsáveis por um índice bem significativo de mortalidade e morbidade neonatais, assim como o encontrado na literatura. Os fatores contribuintes são uma deficiência no sistema imunológico associada com procedimentos invasivos que são feitos na UTI neonatal<sup>10</sup>.

Um recém-nascido pode adquirir uma infecção da mãe antes ou durante o nascimento. Após o nascimento, a fonte de infecção de um RN é frequentemente o berçário do hospital. Ao nascimento, o RN passa de um ambiente estéril (interior do útero materno) para um ambiente repleto de microrganismos. Na evolução normal, é natural que alguns desses microrganismos se desenvolvam na criança. De fato, a digestão normal depende da presença de certas bactérias, as quais colonizam o intestino durante a primeira infância. No entanto, algumas bactérias presentes no meio ambiente podem causar doenças. Os RN prematuros são especialmente vulneráveis às bactérias nocivas, pois o seu sistema imune ainda não está maduro. Além disso, os RN prematuros são submetidos a mais tratamentos e procedimentos que os normais e, conseqüentemente, apresentam um maior risco de infecção<sup>12</sup>.

Ao nascer todo ser humano passa de uma condição estável, para uma dependência, no mundo. Retirada do aconchegante abraço do útero e atirado as incertezas da vida social, para se manter no mundo, algumas condições são essenciais, sendo as fisiológicas, as primeiras que devem atingir estabilidade para contribuir com sua chegada ao mundo<sup>13</sup>.

Assim sendo, a assistência prestada ao RN de risco nas unidades de terapia intensiva do estudo vão ao encontro dos padrões mínimos para a assistência deste RN: deverá demonstrar oxigenação adequada; manter temperatura corporal estável; não mostrará indícios de infecção hospitalar; manter a integridade da pele; mostrar pressão intracraniana normalmente aumentada e nenhum indício de hemorragia intraventricular; não sentirá dor ou terá menos dor; receberá cuidado apropriado para o seu desenvolvimento; a família receberá apoio adequado, incluindo preparação para os cuidados domiciliares ou para a morte do RN<sup>3</sup>.

O enfermeiro é responsável por promover a adaptação do RN ao meio externo (manutenção do equilíbrio térmico adequado, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo), observar o quadro clínico (monitorização de sinais vitais e emprego de procedimentos de assistência especial), fornecer alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento (se possível, aleitamento materno), realizar controle de infecção, estimular o RN, educar os pais, estimular visitas familiares, elaborar e manter um plano educacional, organizar, administrar e coordenar a assistência de enfermagem ao RN e a mãe, desenvolver atividades multidisciplinares, orientar o ensino e supervisionar os cuidados de enfermagem prestados, entre outras atividades<sup>14</sup>. Por meio dos dados coletados, pode-se observar que a assistência prestada nessas unidades é a mais indicada para essa situação. Porém, a falta de recursos humanos foi apontada como dificuldade, o que pode prejudicar essa assistência. A demanda

de atendimento da clientela, com necessidades cada vez mais complexas, tem imprimido sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe de enfermagem, influenciando e dificultando a implantação de qualquer medida que favoreça a qualidade da assistência prestada<sup>15</sup>.

Como solução, tem-se o dimensionamento do pessoal de enfermagem, que deve ser realizado de forma a produzir resultados que possibilitem a conscientização do significado de um quadro de pessoal adequado às necessidades da clientela e da instituição<sup>16</sup>.

Utilizando métodos de dimensionamento de pessoal adequados, os enfermeiros devem propor um quadro de pessoal de enfermagem que atenda ao perfil da clientela, deixando claro os riscos a que os clientes estão expostos na ausência de recursos necessários para a prestação de uma assistência segura e humanizada<sup>15</sup>.

Também se observou que o trabalho em equipe é citado como um facilitador nessa assistência, onde se encontra que o trabalho em equipe é o conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares comprometidas umas as outras pela missão e objetivos comuns obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos e um plano de trabalho em comum<sup>17</sup>.

A UTI neonatal, por ser um local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, contribui para comportamentos automatizados, nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço, desviando o foco da atenção que deveria estar no paciente<sup>18</sup>. Portanto a relação interpessoal e o diálogo são essenciais no caso de bebês de alto risco, e imprescindíveis para efetivação do cuidado humanístico<sup>2</sup>.

Quanto à hospitalização da criança, essa é uma situação de crise emocional para ela e para sua família. Mesmo estruturada, a família sofre e adoce com esse acontecimento, quase sempre inesperado. Surge, então, a necessidade de auxílio para que esta revele a situação de angústia e sofrimento algumas vezes relatados, outras demonstrada<sup>19</sup>.

Em se tratando de crianças internadas em UTIs, tanto a hospitalização como a doença são experiências dolorosas para ela e para os pais e a comunicação franca entre eles e o enfermeiro ameniza a ansiedade gerada nos pais e alivia o sofrimento do bebê, pelo desenvolvimento de uma assistência conjunta<sup>20</sup>.

O enfermeiro, ao realizar o cuidado humanizado ao RN de risco deve considerar sua fragilidade física e emocional provocada pelas condições de seu nascimento e doença, pois, diante disso, torna-se indispensável a ele próprio desenvolver sentimentos de afeição, de respeito, de simpatia, de empatia, entre outros inerentes às necessidades do ser humano<sup>21</sup>.

Por meio da acolhida carinhosa, a enfermagem se mostra como um diálogo vivo, percebendo no olhar uma palavra contida pela angústia do desconhecido. Assim, os pais ficarão mais próximos, tocando e cuidando do seu bebê até o momento em que o possam acolher de forma mais íntima<sup>2</sup>.

Estudo relata que a participação da mãe/pais no cuidado ao filho prematuro ainda é incipiente, mas há interesse da equipe de saúde em implementá-la, reconhecendo a sua importância ao

favorecer a estabilidade clínica do prematuro e seu processo de crescimento e desenvolvimento, possibilitar a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo, bem como o treinamento materno para a alta do filho<sup>22</sup>.

As UTI neonatais devem cumprir o importante papel de guiar os pais a reassumirem o relacionamento com o filho e auxiliá-los a passar por este período estressante de hospitalização<sup>7</sup>. Se antes a mãe era excluída da assistência em berçário de risco, agora ela passa a ser também sujeito, uma aliada, no processo de assistência, sendo permitida sua maior permanência junto ao filho e a participação no cuidado dele. A medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, ela traz consigo suas necessidades no processo de vivenciar o nascimento prematuro, os sentimentos de ter um filho com riscos de danos e mortes, as dificuldades de ter que assumir o cuidado cotidiano de um filho que necessitará de cuidados especiais em longo prazo, além dos aspectos relacionados às condições socioculturais<sup>11</sup>.

Os pais e familiares próximos devem visitar a criança freqüentemente começando a fazê-lo o mais breve possível após o nascimento<sup>10</sup>, o que reflete na melhora da evolução da criança, como foi relatado em nosso estudo.

Os benefícios da participação materna e dos pais são amplamente reconhecidos, sendo apontado o ganho ponderal da criança, a redução do tempo de internação<sup>23</sup>, nas condutas comportamentais e cognitivas do bebê e na modelagem da arquitetura do cérebro<sup>24</sup> bem como benéfica para o tratamento e recuperação da criança hospitalizada<sup>25</sup>.

O cuidado proporcionado pelas mães na unidade neonatal é limitado e está ligado ao treinamento, formal ou informal, em que as mães aprendem sobre os cuidados, em especial a alimentação, e de acordo com o estado clínico do filho, fazem alguns cuidados especiais que dependerão delas no domicílio. Esse treinamento é realizado principalmente pelo enfermeiro<sup>22</sup>. O enfermeiro deve ajudar o bebê a tornar-se o mais humanamente possível em uma situação particular de sua vida, ou seja, quando o enfermeiro dirige o seu cuidar a esse bebê, vendo-o em sua totalidade, busca maneiras de valorizar o seu potencial, considerando suas limitações e imaturidade psicobiológica. O interesse do enfermeiro não deve estar direcionado apenas ao seu bem-estar, mas também ao seu estar-melhor<sup>26</sup>.

Assim, é de suma importância conhecer e estar atento à comunicação verbal e não-verbal emitida pelo bebê e pelos próprios profissionais durante o desenvolvimento do cuidado. A criança recebe influência do meio ambiente, nos vários contextos que exibem as pessoas e seus gestos, sons e movimentos, sendo o estímulo importante como eixo para prover seu bom desempenho, afetivo, cognitivo, psicológico e social<sup>27</sup>. A comunicação com o RN na UTI realizada pelos pais pode ser de várias maneiras. É importante incentivar os pais a tocarem o RN de acordo com as condições deste, pois o toque faz parte do mecanismo de apego e promove a integração mãe/filho<sup>10</sup>.

Nesse âmbito, o trabalho integrado da equipe multiprofissional envolvida no cuidado do RN enfermo deve incluir além da equipe médica e de enfermagem, os serviços de assistentes sociais e psicólogos especializados, fator importante para o

sucesso da recuperação desta relação pai - filho e auxiliar no relacionamento dos pais com a equipe multiprofissional envolvida no cuidado com o RN. Deve-se permitir que os pais visitem o RN assim que for possível. A visualização e o contato ajudam a aliviar o estresse e promover o apego<sup>10</sup>.

Na primeira visita dos pais deve-se explicar todo o equipamento envolvido no cuidado do RN, informar o estado atual do paciente, porque o mesmo necessita de cuidados intensivos e qual será o curso do tratamento<sup>10</sup>.

Envolver os pais nos cuidados básicos desde as primeiras visitas como troca de fraldas, gavagem, higiene corporal, exercícios, massagem, promovendo aproximação e proporcionado um senso de participação que os identifica no papel de pais também dá significado as visitas. Encorajar os pais a verbalizar suas preocupações e sentimentos, o que ajuda a aliviar o estresse, além de desenvolver nos pais uma percepção realista da evolução do RN e seu prognóstico, que irá reduzir o medo do desconhecido<sup>10</sup>.

Não se podem direcionar os conhecimentos somente ao funcionamento dos equipamentos, pois, o conhecimento mais amplo do pequeno ser a quem se devota assistência é primordial. Esse pensamento deve ser constante e buscar a sua execução faz a equipe cuidadora mostrar o seu empenho na prática do cuidado humanizado<sup>2</sup>.

Pode-se observar através dos dados, que a equipe de enfermagem implementa as ações para que ocorra uma assistência efetiva entre pais e filhos, assim como foi descrito acima.

### **Conclusão**

A equipe de enfermagem, em sua maioria, acredita estar capacitada para a assistência ao recém-nascido de risco, sabe defini-lo, porém, menos da metade identifica um RN de risco pela prematuridade, relatando a infecção como a complicação mais freqüente e a maioria identificam a assistência ao RN como cuidados de conforto.

Quanto aos fatores que contribuem para melhor assistência de enfermagem ao RN de risco relataram que as facilidades encontradas são o trabalho em equipe e médicos capacitados 24 horas, a maior dificuldade encontrada é a falta de recursos humanos e acreditam que o treinamento em serviço pode estar contribuindo para melhorar a qualidade desta assistência.

No que concerne ao sentimento da presença ou ausência da família interferindo na recuperação do RN, relataram que percebem a mãe como insegura, aflita, ansiosa e com medo durante o tratamento do RN, que há diferença na evolução do RN quando a mãe está presente, porém, apontam que as mães têm dificuldades em estar junto ao RN e que a maior dificuldade para a mãe é a sua disponibilidade. Identificam a orientação da rotina da unidade e sobre o RN, uma ação que quando implantada permite que a mãe possa estar junto ao RN de maneira mais tranqüila e segura.

Mediante os resultados, identificou-se necessidade de um melhor dimensionamento da equipe de enfermagem e um serviço de educação continuada.

Com isso espera-se que a assistência de enfermagem possa ir ao encontro das expectativas dos familiares em relação aos

pacientes, à melhoria na qualidade da assistência e que os RN possam sair da unidade neonatal com grandes expectativas de viver.

#### Referências bibliográficas:

1. Ramos JLA. O recém-nascido normal. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y, organizadores. *Pediatria básica*. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 251-5.
2. Rolim KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev Latinoam Enferm* 2006;14(1):85-92.
3. Wong DL. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 215-53.
4. Waechter EH. *Enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979. p.171-3.
5. Cervo AL, Bervian PA. *Metodologia científica*. 4ª ed. São Paulo: Makron Brooks; 1996.
6. Oliveira MAN. Gerenciamento de novas tecnologias em centros cirúrgicos pelas enfermeiras nos hospitais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
7. Leite MMJ, Pereira LL. Educação continuada em enfermagem. In: Kurciant P, coordenadora. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991. p.1-17.
8. Rodrigues ZC, Costenaro RGS. Atuação do enfermeiro e equipe multiprofissional no centro de terapia intensiva: um estudo fundamentado na teoria de Wiedenbach. In: Costenaro RGS. *Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões*. Santa Maria: Unifra; 2001. p.131-42.
9. Ziin GR, Silva MJP, Telles SCR. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Rev Latinoam Enferm* 2003;11(3):326-32.
10. Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na uti neonatal: assistência ao recém-nascido de risco*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
11. Scochi CG. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
12. Manual Merck Saúde para a família. [citado 2008 jan 26]. Disponível em: [http://www.msd-brazil.com/msd43/m\\_manual/mm\\_sec23\\_253.htm](http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec23_253.htm)
13. Silva KL, Nóbrega MML. Necessidades psicobiológicas na teoria das necessidades humanas básicas: uma revisão da literatura. *Nursing (São Paulo)* 2006;93(9):680-6.
14. Viegas D. Aspectos psicológicos da assistência ao recém-nascido. In: Viegas D, Vilhena-Moraes R. *Neonatologia: clínica cirúrgica*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1989. p.276-91.
15. Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurciant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.125-37.
16. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

17. Kurciant P, coordenadora. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991.
18. Rossato LM, Tsuda MG. O recém-nascido de alto risco. In: Cursino MR, Rodrigues CR, Abe ESH, Hissayasu EN, Kuboyama H, Sanna MC, Inamini VI. (Org.). *Assistência de enfermagem em pediatria*. São Paulo: Sarvier; 1992; p. 45-8.
19. Costenaro RGS. *Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões*. Santa Maria: Unifra; 2001.
20. Rolim KMC, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. *Rev Latinoam Enferm* 2005;13(3):432-40.
21. Martinez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. *Rev Latinoam Enferm* 2007;15(2):239-46.
22. Barbosa VL. Conhecimentos e opiniões de enfermeiras sobre a participação da mãe na assistência ao recém-nascido prematuro [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1990.
23. Davis L, Mohay H, Edwards H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *J Adv Nurs* 2003;42(6):578-86.
24. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latinoam Enferm* 2004;12(2):191-7.
25. Paterson JG, Zderad LT. *Enfermeria humanística*. México: Limusa; 1979.
26. Cardoso MVLML. O cuidado humanístico de enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais: do neonato ao Toddler [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2001.

#### Instrumento para Coleta dos Dados

1-Identificação do sujeito:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Categoria:

Tempo de atuação na enfermagem:

Tempo de atuação na unidade:

2-Conhecimento sobre RN de risco:

2.1 – Você teve capacitação para atuar com RN?

2.2 – Você sabe definir o que é RN de risco?

2.3 – Como você identifica o RN de risco?

2.4 – Quais são as complicações mais frequentes apresentados pelo RN de risco?

3- Assistência de enfermagem ao RN de risco:

3.1 – Como é a sua assistência ao RN de risco?

3.2 – Quais as dificuldades encontradas nessa assistência?

3.3 – Quais as facilidades encontradas nessa assistência?

3.4 – O que pode estar contribuindo para melhorar a qualidade dessa assistência?

4- Percepção da mãe:

4.1 – Qual é a sua percepção quando a mãe está presente durante o tratamento do RN de risco?

4.2 – Há diferença na evolução do RN de risco quando a mãe está presente ou ausente?

- 4.3 – Você acha que as mães têm dificuldades em estar junto ao RN de risco? ( ) Sim ( ) Não .Se sim quais são estas dificuldades?
- 4.4 – Quais as ações que você implementa para que a mãe possa estar junto ao RN de risco durante sua permanência na unidade?
- 

**Correspondência:**

Maria Rita Rodrigues Vieira  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP  
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416  
15090-000 – São José do Rio Preto – SP  
Tel.: (17)3201-5722

---