

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LOUANNA SILVA DE MACEDO ADRIANO

**CARTILHA EDUCATIVA: ORIENTAÇÃO AOS PAIS E FAMILIARES
SOBRE A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LOUANNA SILVA DE MACEDO ADRIANO

**CARTILHA EDUCATIVA: ORIENTAÇÃO AOS PAIS E FAMILIARES
SOBRE A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal 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: Mariana de Oliveira
Fonseca-Machado**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CARTILHA EDUCATIVA: ORIENTAÇÃO AOS PAIS E FAMILIARES SOBRE A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL** de autoria do aluno **LOUANNA SILVA DE MACEDO ADRIANO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Ms. Mariana de Oliveira Fonseca-Machado

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Obrigada a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	14
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo elaborar uma cartilha educativa e ilustrada sobre os cuidados prestados ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal, destinada à orientação de pais, cujos filhos encontram-se internados na unidade da Maternidade Escola Januário Cicco, no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Refere-se ao desenvolvimento de um material educativo – tecnologia de educação, com a confecção de uma cartilha de ensino para os pais/familiares. A cartilha será entregue todos os dias da semana e em todos os turnos de trabalho (diurno, vespertino e noturno) pelos profissionais de enfermagem. Foi desenvolvida com base nas teorias de Paulo Freire, em que todos os seres vivos aprendem por meio da interação com o ambiente. Escolhemos a metodologia participativa, na qual mães, enfermeiros e técnicos de enfermagem poderão atuar efetivamente no processo de construção do conhecimento sobre os cuidados com o bebê premature. A cartilha está estruturada em três seções, a saber: i. primeira seção: nesta seção as mães serão orientadas sobre o que é a UTIN e sobre como é organizado este setor; ii. segunda seção: nesta seção as mães serão informadas sobre como elas devem proceder durante as visitas; iii. terceira seção: nesta seção as mães serão orientadas quanto aos cuidados a serem dispensados a seu bebê. Essa metodologia mostrou-se adequada, de fácil compreensão e condução para o alcance do objetivo proposto, abrindo novo e estimulante caminho para as atividades de Educação em Saúde.

Descritores: Recém-Nascido; Cuidados Intensivos; Família; Enfermagem Pediátrica.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento técnico-científico tem contribuído para o progresso das ciências da saúde e, em particular, para a eficiência do atendimento ao recém-nascido pré-termo (RNPT), diminuindo, assim, os índices de morbidade e mortalidade nessa população (TAMEZ; SILVA, 2010).

Esse avanço, vivenciado nos últimos 30 anos, proporcionou tamanho conhecimento, que atualmente é possível cuidar simultaneamente de vários problemas orgânicos do RNPT. Este cuidado amplo é prestado por profissionais treinados para oferecer assistência específica e de qualidade e em ambiente altamente especializado, denominado Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (ALMEIDA et al., 2010).

A UTIN é uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de neonatos de alto risco, entre zero e 28 dias, que necessitam de assistência médica e de enfermagem altamente capacitada e presente 24 horas por dia. As crianças de uma UTIN caracterizam-se por: neonatos pré-termo, aqueles que nascem antes de 37 semanas completas; neonatos a termo, nascidos com idade gestacional entre 37 e 41 semanas; ou neonatos pós-termo, com idade gestacional de 42 semanas ou mais, todos com patologias graves (KENNER, 2001).

As principais indicações para o encaminhamento de um recém-nascido (RN) para a UTIN são: prematuridade, pós-datismo, intercorrências durante o parto, malformação congênita, broncoaspiração, instabilidade dos parâmetros normais dos sinais vitais, entre outras (KENNER, 2001).

A assistência ao prematuro em UTINs tem passado por importantes transformações. O modelo tradicional de assistência centrado no bebê vem cedendo espaço para um novo modelo que permite a presença dos pais e a incorporação da família no cuidado. Nesse contexto, algumas intervenções têm sido recomendadas e implementadas para instrumentalizar o trabalho da equipe de saúde, tais como: a liberação de visitas de outros membros da família, a permanência contínua dos pais junto ao filho internado, a implementação de grupos de apoio aos familiares, o incentivo à participação da mãe no cuidado ao bebê e na tomada de decisão sobre o tratamento, dentre outras (NÓBREGA; SAKAI; KREBS, 2007).

Sabe-se que, para os pais, a internação do RN na UTIN é algo diferente, pois este ambiente, para muitos, reflete a ideia de morte, o que ocasiona insegurança e medo. Estudo

realizado por Camargo et al. (2004) com o objetivo de conhecer os sentimentos maternos durante a visita ao RN internado em UTIN, demonstrou que durante a primeira visita as mães apresentavam sentimentos de dor, medo, tristeza e culpa. O medo, segundo os autores, pode estar diretamente relacionado ao ambiente e ao desconhecimento da real situação do filho (CAMARGO et al., 2004).

Inúmeros estudos mostram a importância da presença dos pais na UTIN e da sua participação nos cuidados ao filho hospitalizado, não só para o estabelecimento do vínculo afetivo, mas também para a redução do estresse causado pela hospitalização e para o preparo do cuidado a ser prestado no domicílio (DIAZ, 1992; BOWLBY, 1995).

Neste contexto, informações e orientações sobre o estado de saúde do RN e sobre os equipamentos, procedimentos, normas e rotinas próprias do setor, devem ser oferecidas diariamente aos pais, pois na prática clínica, percebe-se que estas ações diminuem sua ansiedade (LOUREIRO et al., 2009). No estudo realizado por Almeida et al. (2010), sobre a percepção dos pais em relação ao atendimento do RN prematuro em UTIN, os autores observaram que os pais demonstram confiança na equipe de saúde e na assistência prestada ao RN quando recebem informações sobre as condições de seus filhos. Assim, a confiança e o vínculo dos pais com a equipe de saúde que presta cuidados ao RN deve pautar-se em uma abordagem clara, objetiva e acolhedora e no uso de uma linguagem adequada e compreensível (ALMEIDA et al., 2010; FROTA et al., 2007).

Conforme Costa, Chagas e Souza (2009), no momento da admissão do RN na unidade e até mesmo antes, a mãe puérpera deve ser orientada sobre as rotinas, equipamentos, procedimentos e principalmente sobre o estado de saúde do seu bebê. Porém, devido aos sentimentos intrínsecos à internação, como preocupação, medo e ansiedade, as mães não focam sua atenção às informações recebidas neste primeiro momento. Portanto, torna-se de grande importância que as informações sejam oferecidas por meio de uma cartilha educativa com orientações claras, breves e com linguagem compreensível, para que as mães em um momento mais oportuno leiam e se interessem sobre os equipamentos e procedimentos realizados nesta unidade.

No entanto, apesar dos avanços da literatura e do advento da legislação dos direitos da criança, a situação dos prematuros internados na UTIN de uma Maternidade da cidade de Natal, no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, não mudou muito. Neste serviço, que dispõe de 22

leitões neonatais, sendo 13 de alto risco e nove de médio risco, a visita dos pais/família aos RNs internados ainda é restrita e controlada por normas rígidas. Destarte, a inserção da mãe no cuidado ao prematuro ainda é limitada, pois no cotidiano da UTIN é comum a não permissão da sua presença, justificada pela execução de procedimentos invasivos, horário da visita médica, espaço físico pequeno e escassez de recursos humanos. Quanto aos outros membros da família, a situação é ainda mais difícil, pois o serviço não autoriza a entrada de familiares que não os pais, além de não permitir que participem dos cuidados.

Neste sentido, propomos a elaboração de uma cartilha educativa direcionada aos pais e familiares de RNs internados na UTIN da Maternidade Escola Januário Cicco, em Natal, no Rio Grande do Norte, Brasil. Acreditamos que as orientações e esclarecimentos contidos neste material serão de grande valia durante a permanência do RN na unidade e permitirão a melhora da relação entre equipe de enfermagem, RN e familiares.

As cartilhas são uma espécie de guia, tendo como proposta ser um caminho para as pessoas alcançarem, de maneira organizada, o conhecimento pretendido. Diferentemente dos folders, elas têm um formato parecido com os livros e, desta forma, não são tão facilmente descartadas. As cartilhas ficam guardadas com as pessoas que imaginam usá-las algum dia.

OBJETIVO

Elaborar uma cartilha educativa e ilustrada sobre os cuidados prestados ao RN internado em UTIN, destinada à orientação de pais, cujos filhos encontram-se internados na UTIN da Maternidade Escola Januário Cicco, no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neonatologia significa o conhecimento sobre o RN humano (KENNER, 2001). Dentre os fatores de risco gestacionais e do RN que devem estar sob vigilância da equipe neonatal, destacamos: RNs prematuros e pós-maturos; baixo-peso ao nascer, que é o RN com peso menor do que 2.500g ao nascimento; RN macrossômico, que é aquele que apresenta um peso maior que 4.000g ao nascer; gestações de gemelares; suspeita ou presença de malformação congênita já aventada durante o pré-natal; história de infecção materna ou outras alterações como diabetes gestacional, hipertensão arterial, rotura prematura de membranas, infertilidade anterior prolongada, idade materna maior que 35 anos, gravidez em adolescentes, posicionamento anômalo do feto ou da placenta, anemia, incompatibilidade sanguínea; ingestão de drogas; problemas emocionais maternos e depressão (TAMEZ; SILVA, 2010). Em neonatologia é necessária a conscientização de que quanto mais cedo forem identificados estes fatores de risco para o RN, melhores as condições para estes serem ajustados. Este é um dos papéis da enfermagem neonatal, que visa a promover segurança ao RN (COSTA et al., 2009).

O trabalho da enfermeira dentro de uma UTIN é um desafio constante, pois requer vigilância, habilidade, respeito e sensibilidade, pois o paciente que vai ser atendido não fala, é extremamente vulnerável e altamente dependente da equipe que lhe está prestando assistência. Segundo Lefrak-Okikawa e Lund (1995), o planejamento e o oferecimento de cuidados de enfermagem a neonatos gravemente enfermos constitui um processo muito complexo e cuidadoso, e requer uma cuidadosa avaliação para determinar a eficácia das terapias médica e de enfermagem.

A enfermeira 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 dos 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 (DIAZ, 1992).

No dia a dia de uma UTI muitas vezes é difícil garantir a humanização do atendimento ao paciente e a seus familiares. A pesada rotina de trabalho e a desgastante função de lidar com pacientes graves podem fazer com que os profissionais de saúde que atuam nesse espaço, consciente ou inconscientemente, banalizem a dor ou se mostrem indiferentes a ela. Muitas vezes, essas são as formas encontradas pelo profissional para lidar com essa situação estressante. É preciso, no entanto, estar atento. O distanciamento e/ou o não envolvimento podem trazer dificuldades na assistência, principalmente em UTIN, já que a recuperação do bebê não depende unicamente dos cuidados médicos, mas também dos cuidados e do carinho que possa vir a receber de seus pais. Dessa forma, a atitude do profissional de saúde deve primar por promover a aproximação dos pais (MIURA, 1991).

Com o avanço da medicina em geral, e da neonatologia, em específico, cada vez mais novas tecnologias são incorporadas na assistência ao RN. Essa incorporação pode, em algumas situações, transformar o bebê em um objeto de cuidados e seus pais, em meros observadores. Nesse sentido, faz-se necessário que, paralelamente ao desenvolvimento tecnológico, seja promovida uma assistência humanizada, que reconheça o bebê enquanto sujeito com individualidades, mantendo relações com o seu cenário social (DINIZ et al., 1994).

O momento exige um novo pensar sobre a Educação e a Saúde, não mais como educação sanitarizada (educação sanitária) ou localizada no interior da saúde (educação em saúde), ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado em que se atingisse depois de educado). É preciso recuperar a dimensão da Educação e da Saúde/Doença e estabelecer as articulações entre esses dois movimentos (organizados e não organizados) sociais (MEDEIROS, 1995).

A educação em saúde, pela sua magnitude, deve ser entendida como uma importante vertente à prevenção, e que na prática deve estar preocupada com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações (DAVINI, 1995; HADDAD et al., 1994). A educação tem sido considerada como instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade. As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e de services (DAVINI, 1995).

No âmbito da educação e da saúde, a acumulação do conhecimento, traduzido em tecnologias e indicadores da qualidade dos processos de trabalho, tem influenciado a organização do trabalho, exigindo que os trabalhadores adquiram novas habilidades de forma dinâmica. O

desenvolvimento tecnológico está associado à crescente demanda e às necessidades, qualitativa e quantitativa, de saúde das populações e requer incorporação de processos de educação permanente, vinculados a um programa de desenvolvimento das pessoas em uma realidade concreta de vida e de trabalho (DAVINI, 1995; HADDAD et al., 1994).

Assim, compreende-se que a educação é uma estratégia para que o indivíduo tenha maior capacitação e maior possibilidade de construir-se dentro do mundo do trabalho, como sujeito que constrói e desconstrói, em um movimento dinâmico e complexo mediado, por valores políticos, culturais e éticos (FREIRE, 2006).

A relação do cuidado é uma interdependência baseada no dia-a-dia do profissional de enfermagem, segundo a qual:

“...a ação do cuidar é interdependente e se constrói no cotidiano das atividades de enfermagem, na sua dimensão objetiva, na subjetividade de quem cuida e do ser cuidado e, através da mediação das interações de espaço/tempo, parte-se para pensar nessa construção nas suas dimensões individual e coletiva” (Lopes, 1995).

A assistência à saúde dos bebês pré-termo passou por grandes transformações através dos tempos. Foi centrada na recuperação do corpo anátomo-fisiológico, tendo como finalidade a redução da mortalidade. Depois, transformou-se em assistência mais integral e humanizada com ênfase no processo saúde-doença, tendo como objetivo o crescimento e desenvolvimento da criança e a qualidade de vida (SCOCHI, 2000).

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 prematuro e participação no cuidado dele. À 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 morte, 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 (SCOCHI, 2000).

O treinamento da mãe para o cuidado domiciliar do bebê se dá durante toda a internação do prematuro, procurando-se desenvolver habilidades e transmitir conhecimentos específicos. A literatura tem enfatizado a importância do preparo das mães para a alta hospitalar durante toda a

hospitalização do bebê, reduzindo a ansiedade e aumentando a autoconfiança materna no cuidado domiciliar. Dessa forma, a adaptação da família à criança, após a alta hospitalar, é facilitada (EDWARDS, 1999; WIGGINS, 1999). Cabe ao enfermeiro, portanto, o preparo para a alta, por estar mais próximo da criança e da família e possuir visão mais ampla das necessidades de saúde da criança (MADEIRA, 1994).

3 MÉTODO

Tipo de estudo

Este trabalho refere-se ao desenvolvimento de um material educativo – tecnologia de educação. Assim, por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não serão utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas a tecnologia produzida.

Local

A tecnologia de educação desenvolvida será aplicada na UTIN da Maternidade Escola Januário Cicco, localizada na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. A unidade neoanatal deste serviço dispõe de 11 leitos na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCI NEO) e dez leitos na UTIN. A maternidade atende, prioritariamente, gestantes de alto risco e RNs procedentes do próprio hospital (centro cirúrgico, centro obstétrico, alojamento conjunto, enfermaria canguru) ou de outros serviços de saúde da capital e do interior do Estado. Os RNs internados na unidade são, principalmente, prematuros e de baixo peso. São admitidos, em média, 20 RNs por mês.

De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2011, o Estado do Rio Grande do Norte foi considerado a 16ª mais populosa unidade da federação brasileira e a décima mais povoada, com uma população estimada de 3.198.572 habitantes, distribuídos em 52.796,791 quilômetros quadrados (km²), resultando em uma densidade de 60 habitantes/km².

A Maternidade Escola Januário Cicco é uma maternidade pública da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), situada no distrito leste, no centro da cidade de Natal. É considerada a maternidade mais importante do Estado e presta atendimento à população feminina durante a fase reprodutiva, nos níveis ambulatorial e hospitalar. Ademais, é campo de estágio para alunos da área de saúde do nível médio, da graduação e pós-graduação e possui residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia e Enfermagem Multiprofissional.

Sujeitos alvo da tecnologia de educação

Todas as mães e familiares dos RNs admitidos na UTIN da Maternidade Escola Januário Cicco.

Período de trabalho

O trabalho (entrega da cartilha) será feito todos os dias da semana e em todos os turnos de trabalho (diurno, vespertino e noturno) pelos profissionais de enfermagem. A proposta é iniciar o desenvolvimento deste projeto de intervenção no mês de maio de 2014.

Tecnologia de educação

Elaboramos uma cartilha educativa, autoexplicativa e ilustrada, com uma linguagem simples e de fácil compreensão, a ser oferecida a todas as mães e familiares dos RNs internados na UTIN, pelos profissionais de enfermagem, no momento da admissão da criança nestas unidades.

A cartilha foi elaborada no formato de livro, observando as seguintes premissas: linguagem sucinta e adequação ao nível técnico e intelectual do público-alvo. Em caso de dúvidas relativas às informações contidas na cartilha, os profissionais de enfermagem serão os responsáveis por fazer os esclarecimentos necessários.

As cartilhas foram confeccionadas em papel tamanho A4 (210x297mm) e em formato de configuração "retrato". Os textos foram escritos utilizando-se a fonte Comic Sans MS de tamanho 14 pontos. Houve preocupação com a elaboração de mensagens breves, considerando que frases longas reduzem a velocidade do processo de leitura e geralmente os leitores esquecem os itens de listas muito grandes. Além disso, foi utilizada linguagem simples, objetivando promover a identificação das mães com o texto e manter a sua iniciativa no processo da educação em saúde.

Ademais, na cartilha produzida, foram utilizadas ilustrações, de forma a complementar e reforçar as informações escritas. A ilustração atrai o leitor, desperta o interesse pela leitura e auxilia na compreensão do texto.

Este material educativo foi desenvolvido com base nas teorias de Paulo Freire, em que todos os seres vivos aprendem por meio da interação com o ambiente. Escolhemos a metodologia

participativa, na qual mães, enfermeiros e técnicos de enfermagem poderão atuar efetivamente no processo de construção do conhecimento sobre os cuidados com o bebê prematuro (FREIRE, 2006).

A cartilha está estruturada em três seções, a saber:

- i. **Primeira seção:** nesta seção as mães serão orientadas sobre o que é a UTIN e sobre como é organizado este setor.
- ii. **Segunda seção:** nesta seção as mães serão informadas sobre como elas devem proceder durante as visitas.
- iii. **Terceira seção:** nesta seção as mães serão orientadas quanto aos cuidados a serem dispensados a seu bebê.

Essa metodologia mostrou-se adequada, de fácil compreensão e condução para o alcance do objetivo proposto, abrindo novo e estimulante caminho para as atividades de Educação em Saúde.

4. RESULTADOS – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Cuidados com o recém-nascido prematuro



Cartilha Informativa

O bebê chegou antes... encontrando os pais ainda prematuros!

Impossível não sentir-se frustrado, culpado. Num primeiro momento, somos pegos de surpresa... passado o susto inicial, buscamos possíveis explicações para o acontecido: o que fizemos de errado, qual o sinal que não percebemos, qual o cuidado que não tomamos, de que forma poderíamos ter evitado?

Imaginamos como seria o nosso filho, com quem seria parecido, seria tranquilo, dormiria muito e mamaría o tempo todo. E chega um outro bebê, diferente daquele sonhado.

O primeiro contato é muito importante, é a chance de finalmente sermos apresentados: mãe, filho e pai. Algumas vezes acontece ainda na sala de parto. Outras infelizmente, muitas horas depois, através das portinhas de uma incubadora.

Mesmo quando o bebê precisa dos cuidados especiais de uma UTI neonatal, o colo é possível e importantíssimo. Alguns pais tem receio de machucar o bebê e evitam tocá-lo. É uma pena, pois ambos estão perdendo a chance de se acariciarem.

Mesmo quando o bebê que chega é diferente do que imaginávamos, não podemos esquecer que é nosso filho, que já está aqui, e que não podemos perder a chance de conviver com ele.

Não desista dele... pois ele não desistiu de você... chegou antes, mas está pronto para aprender tudo o que você quiser ensinar. Aproveite e aprenda um pouco com ele também!!!

Boa sorte!



A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Humanizar a UTI é objetivo fundamental que visa proporcionar um ambiente confortável para o bebê e ao mesmo tempo, oferecer a maior segurança possível.

Alguns cuidados são essenciais, como a manutenção de um "tempo de silêncio", quando

a quantidade de som, de luz e o número de vezes em que o bebê é incomodado é reduzida, dando-se maior atenção ao seu posicionamento e a tratamentos menos estressantes.

A participação dos pais é importante, e permite adoção do método Canguru, a utilização do leite materno, contribuindo para a saúde e fortalecimento do vínculo pais-filhos.



BEBÊ PREMATURO

O prematuro é a criança que nasce antes dos 9 meses, ou seja, antes de completar 37 semanas de gestação . É um bebê biologicamente mais vulnerável do que aquele nascido a termo (com 37 semanas de gestação ou mais), devido à sua imaturidade orgânica, necessitando, muitas vezes, de cuidados especiais como:

- ✚ Berço aquecido ou incubadora para ajudá-lo a manter a temperatura corporal;
- ✚ Sonda gástrica para alimentar-se;
- ✚ Aparelhos com oxigênio para respirar adequadamente;
- ✚ Medidas rigorosas de higiene para prevenir infecções.

Apesar dessas limitações transitórias, o bebê prematuro demonstra uma vontade fantástica de se superar.



Primeira visita

A primeira visita é repleta de medos, ansiedade e muitas expectativas.



Dreamstime.com

UTIs são centros de cuidados muito especializados, por isso eles possuem várias máquinas digitais e extremamente

modernas. E isso assusta. Encontrar seu pinguinho de gente cercado por tanta tecnologia impressiona.

Essas máquinas muito modernas apitam e fazem barulho, isso é importante para que a equipe que cuida dos bebês perceba imediatamente qualquer problema com qualquer um deles e, assim, possa agir.

Os nomes das coisas mais comuns também mudam: berço se chama incubadora; mamadeira se chama dieta; medir a temperatura se chama checar os sinais vitais, etc.

Mas o importante é que tudo isso é para cuidar, bem de pertinho, de cada bebê. E todos esses cuidados são repetidos a cada três horas. Essa frequência tão próxima para vocês, mães, parece ruim para o bebê, afinal ele mal pode dormir e já chega alguém para mexer em seu filho! Mas isso é muito importante, nós não deixamos que nada, nenhuma alteração, prejudique seu filho; a qualquer sinal de perigo os médicos são avisados e seu bebê é medicado e cuidado.

Antes da primeira visita, respire fundo e encha seu coração de amor. Prepare-se para ver além dos aparelhos. Para encontrar a perfeição nos detalhes.

Repare no formato dos olhos, nas mãos. Por um instante, não olhe para as máquinas. Converse com seu filho e diga o quanto está feliz por poder ver seu rosto.

Diga a ele que a UTI é uma situação temporária e que você estará sempre por perto.

Faça desse encontro um momento de emoção, apesar de toda a angústia.



Informação

A informação sobre seu bebê deve ser pesquisada sempre com seu médico ou enfermeiro(a). Cada caso é um caso. Cada criança é de um jeito e responde aos remédios de maneiras diferentes. Não adianta seguir a receita do outro, pois o que dá certo para um bebê, nem sempre dá certo para o nosso.

O trabalho da enfermeira dentro de uma UTIN é um desafio constante, pois requer vigilância, habilidade, respeito e sensibilidade, porque o paciente que vai ser atendido não fala, é extremamente vulnerável e altamente dependente da equipe que lhe está prestando assistência.

Acompanhante e acompanhamento

Como qualquer outro setor em um hospital, a UTI tem regras, e entre elas está a que regula a entrada de acompanhante do bebê ou da mãe.

Como funciona uma UTI? Os horários são rígidos, e existem tantas normas... E para que tanta coisa?

Para a segurança de seu bebê.

Pense como seria se pudesse entrar toda a família, se não tivéssemos que lavar com tanto cuidado as mãos cada vez que entramos.

Tudo isso é uma forma de evitar que bactérias e vírus que moram do lado de fora das UTIs consigam entrar e pegar nosso bebê. Nós carregamos esses bichinhos invisíveis em nossas mãos, em volta do anel, da aliança, no cabelo, enfim, em tudo que é canto! Então, cuidar da higiene, manter as unhas curtinhas e

o cabelo preso não é implicância da enfermeira,
é para cuidar ainda melhor do neném.

Avisos à família

Cada mãe acaba estabelecendo seu jeito próprio de dar as notícias à família. Essas notícias podem ser diárias ou não. Elas também podem ser feitas por uma pessoa próxima da mãe que seja sua porta-voz, que repasse a todos as informações do bebê.



Grupos de apoio

Se for possível, reúna-se com outras mães, troque experiências e perceba outras formas de lidar com a situação. Tanto no hospital quanto em outros ambientes, a reunião pode promover o fortalecimento mútuo e romper com o isolamento, tão comum em casos de internações prolongadas.

O papel do pai

Esta cartilha é feita para orientar as mães, mas não pretende (nem pode!) excluir outro membro muito importante da família: o pai de UTI. Normalmente a mãe acompanha todo o tratamento, toda a internação, enquanto

o pai volta a trabalhar mais rapidamente. Por isso, muitas vezes está distante do hospital e não acompanha tão intensamente a rotina do bebê. Justamente para amparar a mãe nessa jornada quase sempre solitária é que escrevemos esta cartilha. Entretanto, é importante ressaltar que muitos pais estão mudando o conceito de que as obrigações com os cuidados da criança são apenas da mãe e participando ativamente do tratamento dos filhos.

O pai cuidador

Hoje, felizmente, verificamos que muitos pais estão assumindo suas funções de cuidadores e dividindo igualmente as responsabilidades com

as esposas. Entretanto, alguns hospitais ainda excluem os homens das tarefas do dia a dia, como a alimentação (se a mãe não está, que tal deixar o pai alimentar a criança, já que a tarefa terá de ser feita por outra pessoa?).

Pais ausentes

Infelizmente, ainda encontramos homens que não vão ou raramente aparecem na UTI. Se o pai do seu filho é ausente, não se culpe nem o culpe, cada um tem seu limite, e, mesmo sendo difícil compreender, aceite. Converse com ele sobre a importância da participação dele na vida da criança, diga o quanto é importante formar vínculos e que a criança,

mesmo na UTI, pode sentir muitas coisas, como a presença dos pais.



Apoio em casa de amigos e familiares

A família sempre fica angustiada, mas de uma angústia diferente da mãe, pois o vínculo da família é com a mãe, e o da mãe é com o bebê. Os familiares esperam proteger a mãe, e a mãe, proteger seu bebê, e é aí que costumam brotar os primeiros conflitos.

Quando há outro filho na família

Às vezes nos sentimos culpadas por ter que dar mais atenção ao filho que se encontra na UTI, em detrimento do outro filho. Não se culpe, é um período muito conturbado, portanto, é humanamente impossível dar atenção, como gostaríamos, ao filho que ficou em casa. Por isso, uma dica é passar alguns momentos com ele, abraçar bastante e explicar que a ausência é necessária no momento.

Como mãe, já estamos bastante fragilizadas, portanto nos cobrarmos por uma *performance* excelente só nos deixaria mais esgotadas.

Além disso, não é demérito nenhum precisar contar com outros membros da família nesse período (marido, mãe, irmãos etc.) para suprir emocionalmente o outro filho, que, muitas vezes, pela pequena idade, não entende o que está acontecendo, mas sente que algo não está correndo como o planejado.



Prognósticos de forma clara

Prognóstico é uma palavra que começa a fazer parte de nossa vida em UTI. Ela significa: a previsão dos médicos para nosso bebê.

Uma coisa é importante logo de início, você deve entender exatamente o que o médico disser; se não entender, pergunte de novo - vergonha não ajuda, só atrapalha!

Outra expressão que passa a acompanhar muito o dia a dia em UTI é: "sem alteração" ou "estável". "Sem alteração" ou "estável" significa que nada aconteceu, que está igual.

Essa expressão é muito angustiante e é a mais utilizada. Temos pressa, queremos que o bebê melhore logo, que responda logo ao tratamento, que os médicos nos respondam logo tudo o que queremos ouvir... Mas o corpo tem um tempo próprio para reagir, os bebês, as pessoas são como plantinhas que renascem lentamente. É preciso paciência, amor, cultivo, doação, persistência e fé. Lá está a fé outra vez.

Cotidiano na UTI

A rotina de uma mãe de UTI é cansativa, estressante, cheia de altos e baixos.

Tornamo-nos uma extensão dos pais

prognósticos. Com o tempo, novos laços vão-se solidificando, vamos nos abrindo, olhando outras mulheres que estão ali como nós, amizades vão nascendo entre as mães. E, com isso, o ambiente muda, juntas vamos recriando o ambiente de UTI.

Santinhos aparecem e são trocados entre as mães, receitas de vida, de bolo, de fé. A rotina da casa anda sem nossa presença, a comida desce mesmo sem fome, e novas atividades vão fazendo parte de nós: tricô, crochê, desenho, escrita, leitura... reza.

Quais são os aparelhos e por que estão lá?

A primeira coisa que você notará é que tudo que é tubinho pequeno, de plástico e molinho, eles chamam de sonda, e se for muito fininho é chamado de cateter. Eles levam coisas de que os bebês precisam: leite, remédio ou simplesmente ar.



Oxímetro - É importante para medir os batimentos do bebê e de que jeito o oxigênio

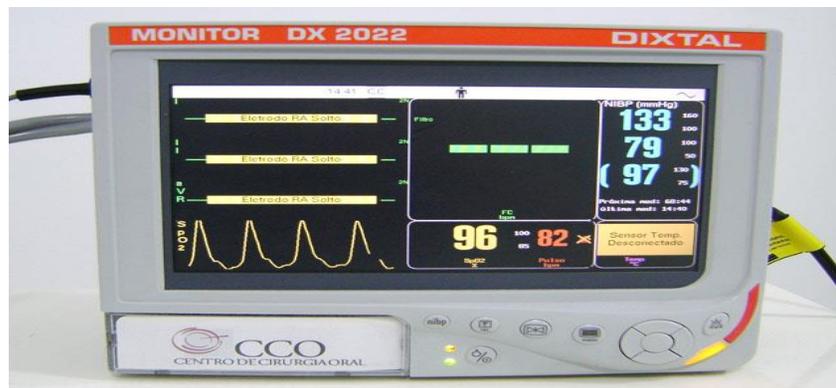
está circulando no sangue dele. É colocado no dedo do pé ou da mão e mede tudo isso por meio de uma luz ou por sensor óptico.



Bomba de medicação - O nome já diz, serve para o bebê receber seu remédio na quantidade e hora certas.



Bomba de infusão de dieta - Parecida com a de medicação, é um pouco maior e por ela passa o leite ou outra alimentação que o nutricionista tenha indicado. Os bebês recebem sua dieta por uma sonda ou um fio de plástico bem macio. Essa sonda leva o leite para o estômago; pode ir pela boca (sonda orogástrica), quando o bebê é pequenininho, ou pelo nariz (sonda nasogástrica), quando já é maiorzinho. Há outra sonda chamada "sonda nasoenteral", que leva a comida mais perto do intestino.



Eletrocardiográfico - Fica conectado ao lado do oxímetro ou até no mesmo monitor. É preso ao neném por eletrodos (bolinhas coladas na pele). Não causa nenhuma dor, e os médicos olham todos os batimentos que o coração faz.

Monitor de pressão arterial - É um aparelho que mede a pressão e fica programado para medir de tempos em tempos. Tudo definido pelo médico. Cada bebê tem uma necessidade diferente, e nem todos precisam ficar com esse aparelho conectado o tempo todo.



Respirador ou ventilador mecânico - É uma máquina que leva oxigênio e ajuda o bebê a respirar. Para levar esse ar para o bebê, pode ser pela boquinha - nesse caso o respirador estará ajudando o neném a inspirar e a expirar, ou a encher e esvaziar os pulmões. Alguns bebês recebem esse ar como um ventinho que assopra sem parar e chega até ele por um caninho que fica encostado na entrada do nariz.

Máscara ou cateter de oxigênio - Esses dois não precisam de nenhuma máquina, eles só oferecem mais oxigênio para o bebê, além de umidificarem o ar. Pode ser por meio de uma sonda ou caninho que só passa por fora do nariz, ou, ainda, por uma máscara parecida com aquelas de inalação.

Sonda vesical - Essa sonda serve para medir o controle e ver a cor da urina do bebê. Toda a urina que sai cai em uma bolsa coletora que fica ao lado do berço; a sonda entra pelo canal urinário e vai lá para a bexiga. Depois de um tempo, eles tiram essa sonda e começam a medir a quantidade de urina somente pesando as fraldas; primeiro são pesadas secas, e

depois do xixi pesam outra vez observando a diferença do peso da fralda seca e depois de molhada.

Cateter central - Cateter serve para dar remédio, sem precisar ficar toda hora picando com injeção. Ele fica lá direto; quando a técnica de enfermagem vai dar a injeção, em vez de picar o bebê, ela abre uma tampinha e coloca a medicação.

A rotina do bebê

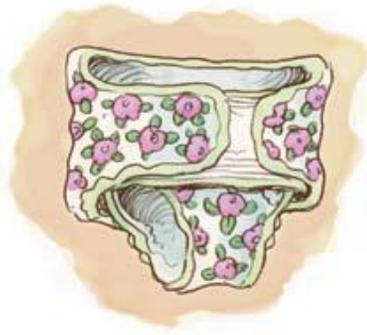
Nosso bebê também tem sua própria rotina, e esta é cercada de atenção. Os horários são sempre os mesmos: hora do banho,

da dieta (mamar), da troca de fralda, do remédio, dos sinais vitais (significa: medir a temperatura e ouvir o pulmão e o coração com o estetoscópio), hora da fisioterapia, do médico, do fonoaudiólogo etc.

A equipe sempre faz tudo no mesmo momento, por exemplo: se está na hora de trocar a fralda e verificar os sinais vitais, o fisioterapeuta posiciona-se ao lado, porque depois de a enfermagem realizar os cuidados de rotina, o fisioterapeuta aproveita para fazer o trabalho dele.

E o bebê se estressa, e nós mães nos estressamos ainda mais. Mas é melhor para o

bebê que seja tudo junto, assim, quando acaba, ele pode dormir quietinho e se recuperar.



Os profissionais que trabalham em uma UTI infantil e neonatal

Pediatra intensivista - É o médico especializado em UTI e em criança, e deve ficar o dia todo lá. Às vezes está acompanhando um parto ou outra criança, mas deve estar sempre por perto. É ele quem vai

lhe passar as informações sobre seu filho e também quem deve solucionar suas dúvidas.



Enfermeiro - Também tem curso superior de Enfermagem e especialização em UTI neonatal ou pediátrica. Esse profissional é que fica o dia todo e sempre estará por perto verificando o trabalho dos auxiliares ou técnicos em enfermagem.

Técnico de enfermagem - Formados em escolas técnicas de enfermagem, são as

peessoas mais próximas dos bebês e das mães, pois executam as ações prescritas pela equipe médica.

Fisioterapeuta - É formado em Fisioterapia, com especialização em UTI pediátrica. Faz duas ou mais visitas por dia ao bebê. Na UTI, auxiliam nos movimento e na respiração.

Nutricionista - Formado em Nutrição, com especialização em UTI. Passa em visita uma vez ao dia, e é responsável por toda a alimentação do bebê.

Fonoaudiólogo - É formado em Fonoaudiologia, com especialização em UTI pediátrica ou neonatal.

Terapeuta ocupacional - É formado em Terapia Ocupacional. Em UTI, trabalha para o desenvolvimento sensorial e motor de crianças, o que as ajuda a desenvolver sua relação com o mundo pela via afetiva. Atende crianças para quem o medico indicou esse tipo de tratamento.

Psicólogo - Formado em Psicologia, tem especialização em hospital. Atende as mães, quando lhes pedimos ajuda.

Assistente social - Com curso superior de Serviço Social, auxilia mães e familiares em questões internas e externas ao hospital.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que esta 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, na medida em que este instrumento direciona as orientações, tornando-as mais interessantes e estimulantes, tanto para a equipe quanto para as mães.

Ademais, a participação dos profissionais de enfermagem da unidade nesse projeto possibilitará a aquisição de conhecimentos e a troca de experiências sobre os cuidados com o bebê prematuro.

Acreditando que nenhum conhecimento é estático, a cartilha poderá ser modificada a partir das experiências das mães e familiares com este instrumento. Uma nova cartilha poderá ser construída a partir de sugestões e de dúvidas que não sejam esclarecidas nesta que estamos propondo.

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 em: <http://revista.universo.edu.br/index.php/1reta2/article/viewFile/344/226>. Acesso em: 19 de Novembro de 2013.
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental.** São Paulo (SP): Martins Fontes; 1995.
- CAMARGO, C.L. et al. **Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva.** Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v.3, n.3, p.267-275, set/dez.2004.
- 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, n.3, p.37-40, 2009.
- DAVINI, M.C. **Educación permanente en salud.** Washington: Organización Panamericana de La Salud; 1995.
- DIAZ ROSELLÓ, J.L. **Participación materna en los cuidados del prematuro internado.** In: MARTINEZ G. Tecnologias perinatalis. Montevideo (URU): CLAP; 1992. p.237-46.
- DINIZ, E.M.A. et al. **Manual de Neonatologia.** São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, Physi Revinter, 1994, 342 p.
- EDWARDS, M. **Discharge planning.** In: Avery GB, Fletcher MA, Macdonald MG. Neonatology: pathophysiology and management of newborn. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999. p.3-7.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- FROTA, M.A. 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.
- HADDAD, Q.J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. **Educacion Permanente de Personal de Salud.** Washington: OPS; 1994.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: resultados preliminares - São Paulo.** Rio de Janeiro, 2011. v. 1, n. 4.
- KENNER, C. **Enfermagem Neonatal.** Editora Ernesto Reichmann; Ed.2ª; Rio de Janeiro; 2001.

LEFRAK-OKIKAWA, L.; LUND, C.H. **Prática de enfermagem na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal**. In: Klaus MH, Fanaroff AA. Alto risco em neonatologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 156-67.

LOPES, M.J.M. **Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos**: a integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.E., organizadoras. *Maneira de Cuidar, Maneira de Ensinar: A Enfermagem entre a Escola e a Prática Profissional*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p. 153-88.

LOUREIRO, L.L et al. **Reações dos pais diante da hospitalização de um recém-nascido em UTI Neonatal**. Unisalesiano; Lins/SP, 2009. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO17407100888B.pdf> Acesso 20 Novembro 2013.

MADEIROS, L.M. **Alta hospitalar da criança**: implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano* 1994; 4(2):5-11.

MEDEIROS, S.M. **Formas de conhecimento em saúde**: confrontos e viabilização em uma prática de educação em saúde. [Dissertação]. João Pessoa (PB): Centro de Educação/ UFPb; 1995.

MIURA, E. **Neonatologia: Princípio e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

NÓBREGA, F.S; SAKAI, L.; KREBS, V.L.J. **Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. *Rev Med (São Paulo)*. 2007 out.-dez.;86(4):201-6.

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

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI Neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.261, 2010.

WIGGINS, J.B. **Family-centered nursing care in the intensive care nursery**. In: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG. *Neonatology: pathophysiology and management of newborn*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999. p.68-75.