

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM NASCIDO (RN) PREMATURO

NURSING CARE FOR THE PREMATURE NEWBORN (NB)

Ursolino Martins dos Santos¹

Yan Rodrigues Barbosa²

Paulo Roberto Ferreira Morais³

Resumo: O recém-nascido pré-termo são todos aqueles que nascem com idade gestacional inferior a 37 semanas, pode ser considerado a partir da idade gestacional e peso ou em conformidade dos aspectos relacionados ao nascimento e à idade gestacional. O artigo foi elaborado mediante pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo e exploratório, e abordagem qualitativa, sendo utilizados, artigos e sites relevantes sobre o tema abordado. Assim, partiu da seguinte problemática: Por que a assistência de enfermagem inadequada pode levar ao óbito do prematuro? O artigo teve como objetivo geral em discutir sobre a assistência oferecida ao prematuro e seus familiares. Ressaltar a importância que o enfermeiro tem em cuidar do prematuro. E desenvolveu na perspectiva de que: a prematuridade espontânea corresponde a 75% dos casos e decorre do trabalho de parto prematuro. Assim, ao nascer um bebê prematuro, a mãe poderá muitas vezes se sentir culpada, angustiada e com medo, pelo fato de ser um bebê pequeno e dependente de cuidados diferentes e especiais. O cuidado ao neonato pré-termo é algo muito complexo que compreende não só o conhecimento técnico da enfermagem, mas também emocional e psicológico, já que é impossível não se envolver no cuidado intensivo a esses bebês, devido a sua dependência de uma assistência efetiva e qualitativa. Percebe-se que a assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro é um assunto bastante estudado e que já evoluiu muito, porém ainda há muito que aperfeiçoar nessa área, no que se refere à humanização ao cuidado do prematuro.

Palavras-chave: Recém-nascido. Prematuro. Cuidados. Assistência de Enfermagem.

Abstract: Preterm newborns are all those who are born with a gestational age of less than 37 weeks, which can be considered based on gestational age and weight or in accordance with aspects related to birth and gestational age. The article was elaborated through bibliographical research, with a descriptive and exploratory character, and a qualitative approach, using relevant articles and websites on the topic addressed. Thus, it started from the following problem: Why can inadequate nursing care lead to premature death? The article had the general objective of discussing the assistance offered to premature babies and their families. Emphasize the importance that nurses have in caring for premature infants. And it developed from the perspective that: spontaneous prematurity corresponds to 75% of cases and results from premature labor. Thus, when a premature baby is born, the mother may often feel guilty, anguished and afraid, due to the fact that it is a small baby and dependent on different and special care. Preterm newborn care is something very complex that includes not only technical nursing knowledge, but also emotional and psychological knowledge, since it is impossible not to get involved in the intensive care of these babies, due to their dependence on effective care and care qualitative. It is noticed that nursing care for premature newborns is a well-studied subject that has already evolved a lot, but there is still much to improve in this area, with regard to the humanization of premature care.

1 Enfermeiro. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3416901854309081>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-0844-5588>. E-mail: ursolino-martins@gmail.com

2 Enfermeiro. Pós graduado em Urgência e Emergência. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0911629786388484>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9703-7496> E-mail: yanbarbosa@gmail.com

3 Enfermeiro. Pós-graduando em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7033410358415451> Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-8789-4946> E-mail: pauloroberto9@gmail.com

Keywords: Newborn. Premature. Care. Nursing assistance.

Introdução

Recém-nascido é o nome dado à criança que tem a idade entre o nascimento até o 28º (vigésimo oitavo) dia de vida. O recém-nascido é classificado conforme os protocolos de neonatologia em pré-termo, termo e pós-termo, de acordo com a idade gestacional e peso de nascimento. Os recém-nascidos pré-termo são aqueles nascidos prematuros, com idade gestacional inferior a 37 semanas e/ou de baixo peso, com menos de 2.500 kg (OMS, 2013).

Esses recém-nascidos pré-termo, corriqueiramente precisam de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) necessitando de maior atenção em relação a morbidades clínicas e à evolução do desenvolvimento neuropsicomotor (OMS, 2013).

Assim, a Organização Mundial de Saúde(OMS) define que os recém-nascidos pré-termo podem ser identificados de acordo com a idade gestacional, com o peso ou a conformidade do nascimento. O nascimento pré-termo ou prematuro causa dano ao feto, visto que na última etapa dentro do útero, ele exhibe órgãos ainda em evolução, com imaturidade no funcionamento e morfologia. Quanto menor o período gestacional será mais baixo o desenvolvido do sistema imunológico de forma que o recém-nascidos prematuros indica maior risco infecção 5-10 vezes que o recém-nascido a termos (OMS, 2013; NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Prematuridade quer dizer passar rapidamente de um ambiente seguro e confortável (meio interno), para um totalmente diferente contrário (meio externo). Por isso pratica mente todos esses prematuros começam suas vidas extra-útero em uma UTI Neonatal, que é um local considerado importantíssimo para manter este RN vivo. E é nesta ocasião que a enfermagem deve estar prestando todos os cuidados necessários para uma adaptação melhor de este ser, diminuindo agravos e mortes neonatais. Tudo o que os pais esperam é uma gestação tranquila, calma e sem problemas. Mas, infelizmente nem sempre isso acontece, pois às vezes ocorre um parto prematuro, ao qual por causa de algum transtorno o bebê chega ao mundo antes do tempo previsto (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010; BRASIL, 2016).

Com base nisso surge a seguinte problemática: Por que a assistência de enfermagem inadequada pode levar ao óbito do prematuro. Desta forma, justifico esse trabalho, ressaltar a importância que o enfermeiro tem em cuidar do prematuro e seus familiares, auxiliando-os nos cuidados com este pequeno ser.

O presente artigo tem como objetivo geral abordar sobre a assistência oferecida ao prematuro e seus familiares. Tendo como objetivos específicos: conhecer as principais causas de risco para os partos prematuros; destacar características do RN pré-termo; ressaltar a importância de preparar as mães ou os familiares para cuidados domiciliares ao RN; discutir a importância do trabalho interdisciplinar da enfermagem para redução de agravos e mortes de prematuros.

O artigo foi elaborado mediante pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo e exploratório, e abordagem qualitativa, sendo utilizados, artigos, revistas e sites sobre o tema abordado. Os artigos foram pesquisados por meio dos sites SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde e Google acadêmico, utilizando as

seguintes palavras-chaves: Recém-nascido, Prematuro, Assistência, Enfermagem.

Revisão de literatura

Principais fatores de risco para partos prematuros

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota como medida para classificar, de acordo ao tempo gestacional do recém-nascido (RN) no sentido de caracterizar que o pré-termo são aqueles nascidos abaixo de 37 semanas de idade gestacional (ou com menos de 259 dias de gestação), atermo aqueles nascidos entre 37ª e 41ª semanas e seis dias de idade gestacional, e pós-termo aqueles nascidos com 42 semanas ou mais de idade gestacional. É válido ressaltar que a idade gestacional é baseada na data da última menstruação, na altura do útero, no início dos movimentos do feto, na insinuação e biometria fetal apresentados pela ultrassonografia (RAMOS, 2009).

Assim, a prematuridade pode ser classificada como: Extrema –quando ocorre antes 28 semanas de gestação; e acentuada, quando ocorre entre a 28ª e 32ª semana de gestação. A realização de uma anamnese minuciosa é o principal passo para se indicar o risco de prematuridade à gestante. O rastreio por indicadores clínicos deve se estabelecer, a preferência, antes da percepção, para proporcionar o controle dos riscos e oferecer um desenvolvimento adequado da gestação (CLOHERTY; STARK, 2007).

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde vêm sendo demonstrado que os recém-nascidos prematuros mantem-se constante nos últimos anos na população brasileira, em média de 6,6%, sendo volúvel de Estado para Estado, podem atingir uma taxas de até 9% com tendência à ocasionalmente nas metrópoles. Segundo o Ministério da Saúde nascem por ano 15 milhões de prematuro no mundo todo. Consisti em que mais de um milhão morre ou sofre por algum tipo de deficiência física ou neurológica, gerando custos para os familiares e a sociedade (OMS, 2013; BRASIL, 2006).

Entre as principais causas de internação dos recém-nascidos em uma UTIN estão as características anatômicas e fisiológicas apresentadas pela prematuridade e baixo peso, bem como patologias congênitas e/ou decorrentes de complicações no parto (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010; CLOHERTY; STARK, 2007).

Dentre as patologias mais comuns inerentes aos recém-nascidos internados em uma UTIN estão as cardiopatias e as relacionadas ao sistema respiratório, como a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo e as pneumonias, bem como as relacionadas ao sistema cardiovascular, e ainda a Doença Metabólica Óssea – DMO (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010; BRASIL, 2006).

Nesse contexto, deve-se ressaltar que, nem sempre os bebês internados nas UTIN estão doentes, sendo que em diversas vezes eles apenas precisam de um ambiente adequado para crescerem e estarem aptos para respirar, sugar e deglutir, normalmente, até sua alta hospitalar (BRASIL, 2016).

Os bebês internados em UTIN seja pela sua patologia ou apenas pelas características anátomo-fisiológicas da idade são bastante vulneráveis e necessitam de cuidados adequados que levem tal aspecto em consideração, de modo a propiciar uma melhor estabilidade de seu quadro clínico, bem como um desenvolvimento efetivo, que culmine na alta hospitalar eficaz (BRASIL, 2006).

Dentre os prováveis fatores que contribuem para a prematuridade estão histórias de parto antecipado espontâneo, agemelaridade e os sangramentos constantes de segundo trimestre. O Brasil, tem um apontador de antecipação que varia entre 5% e 15%, dos partos prematuros conforme as analogia direta entre os plausíveis fatores de risco e o parto antecipado espontâneo, sendo muitas vezes complicado e difícil de ser informado (BRASIL, 2006).

Entre os principais fatores de risco também pode ser destacado: Baixo nível socioeconômico, condições socioambientais desfavoráveis dentre outras. Abaixo descreveremos esses apontador em quatro grupos que são considerados como indicador para as unidades básicas de saúde, está regulando ao pré-natal de alto risco (OMS, 2013).

O primeiro grupo é composto por distinções individuais e qualidades sociodemográficas adversas tais como: idade mínima de 15 e máximo que 35 anos; profissão (avaliar o esforço físico e a carga horária ampla, rotação dos horário de exibição a agentes químicos, físicos e biológicos, stress); situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; ocasião matrimonial insegura; baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular). As categorias socioambientais adversas destacam-se: Altura mínima de 1,45 m; peso mínimo de 45 kg ou elevado acima de 75 kg; se faz uso de drogas tanto lícitas ou ilícitas (SANTOS, et al., 2007).

O segundo grupo está inserida a história reprodutiva anterior até a gestação atual: morte perinatal (com ou sem justificativa); recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; aborto habitual, esterilidade/infertilidade, espaço interpartal mínimo que dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade ou multiparidade, síndromes hemorrágicas, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e macrosomia fetal (excesso de peso em recém-nascidos)(FONSECA; SCOCHI, 2015).

O terceiro grupo engloba as intercorrências ambulatoriais recorrentes: Cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, diabetes mellitus gestacional, hemopatias, hipertensão arterial contida ou grave e ou/ fazendo uso de anti-hipertensivo; afecção; infecção urinária, doenças infecciosas hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, doenças autoimunes e as ginecopatias, má-formação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros(SANTOS, et al., 2007).

Quarto grupo encontram as doenças obstétricas presentes na gravidez hodierna: anomalia tudo quanto ao desenvolvimento uterino, número de fetos e volume de fluido amniótico; trabalho de parto antecipado e gravidez contemporizada; ganho ponderal impróprio, pré-eclâmpsia eclâmpsia; amenorreia prematura (rompimento prematuro da bolsa das águas); hemorragias da gestação, isoimunização (antagonismo do fator Rh) e óbito fetal (FONSECA; SCOCHI, 2015).

A prematuridade ocorre por várias circunstâncias consideradas não esperadas, podendo acontecer em qualquer região e meio social. Tem como consequências para às famílias e à sociedade um alto custo financeiro. Acaba por exigidos profissionais que prestam assistência conhecimento técnico e equipamentos que às vezes não estão disponíveis. Os prematuros também afetam muito e desestrutura a família, mudando as expectativas e ansiedades dos familiares. É difícil dizer quais são os componentes que induzem e são induzidos pela complexidade do nascimento prematuro (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Características do RN pré-termo

As características do RN pré-termo se dão no fato deles não terem ficado dentro do útero tempo suficiente para amadurecimento fetal, então todos os seus sistemas internos, provavelmente serão imaturos, influenciando a transição neonatal da vida intra-útero para a extra-útero, o que acaba colocando o bebê em risco de ter complicações. O prematuro não tem o desenvolvimento completo, e assim os sistemas e órgãos não conseguem funcionar da forma adequada, não sendo suficiente para manter a homeostase fora do útero (SILVA; ARAÚJO; TEIXEIRA, 2012).

O neonato prematuro, devido sua imaturidade do cérebro, ele têm dificuldades de estar em alerta, pois apresenta um tônus predominante extensor, alguns reflexos orais não tem ou é muito pouco, sem contar nos muitos fatores que explicam as dificuldades de sucção e falta de coordenação na deglutição e respiração, tudo isso acaba retardando o ganho de peso e, com isso muitas vezes prolongando os dias no hospital (RICCI, 2008).

Como principais características os RNs prematuros possuem alguns sinais clínicos comuns. Pode-se perceber que os RNs pré-termos são: bastante magros e pequenos, por causa da ausência de gordura (tecido adiposo), estes nascem com a cabeça desproporcional(grande)no que se refere ao corpo, apresentam a pele rósea, lisa, clara, e brilhante, podendo estar edemaciada, ou com pequenos vasos sanguíneos, visivelmente por meio da epiderme transparente e fina, possuem uma fina penugem excessiva sobre o corpo, também apresentam a cartilagem da orelha mole, macio e flexível (CLOHERTY; STARK, 2007).

Tem como características também que, a parte inferior dos pés e as palmas das mãos têm pequenas falhas profundas na pele, que concede uma aparência lisa, os olhos são salientes e geralmente se mantêm fechados à maioria do tempo, apresentando sinais que mudam de acordo com o sexo da criança (RICCI, 2008).

Os RNPTs (recém-nascidos prematuros) do sexo masculino têm algumas manchas no saco escrotal e os testículos ainda não descolaram, o que consiste a dizer que eles desceram. Os do sexo feminino tem a vagina com os grandes lábios com pouco desenvolvimento e o clitóris saliente. Além dos sinais citados acima, é interessante ressaltar também que, o RNPT apresenta-se ocioso e quieto ao longo do tempo (DUARTE; BRAGA, 2011).

As atividades de reflexos neurológicos encontram desenvolvidas apenas em partes, a sucção é lenta, ausente ou ineficaz; a deglutição, a tosse e os vômitos são fracos; demais características neurológicas muitas vezes estão ausentes ou diminuídos em relação aos recém-nascidos a termo (KIMURA, et al., 2009).

No desenvolvimento do sistema imunológico sabe-se que quanto menor o período gestacional, menos desenvolvido será o sistema imunológico ao nascimento, de configuração que os bebês prematuros extremos são de idade gestacional menor que 28 semanas, proporcionando um risco 5 a 10 vezes mais alto de contaminação que um bebê a termo (KIMURA, et al., 2009).

O neonato é altamente subordinado da permuta materna passiva de anticorpos no começo da vida fetal e neonatal. O leite materno é um exemplo importante de permuta de imunidade passiva no período pós-natal. As barreiras mecânicas e a imunidade das mucosas, a epiderme do recém-nascido prematuro é imatura e impotente como barreira epidérmica. No desenvolvimento fetal normal, o estrato córneo é responsável pela função de barreira epidérmica, amadurecendo em torno da 32^a-34^a semana de gestação. Ainda que após o nascimento tenha a aceleração da maturação (ROLIM, et al., 2008).

Já sistema respiratório e o desenvolvimento pulmonar ocorrer em cinco fases: Embrionário 3-4 semanas; pseudoglandular 6-8 semanas, sendo que neste período é a fase da divisão das vias aéreas e bronquíolos; canalicular 17-26 semanas, que é quando ocorre a geração dos bronquíolos; e sacular primitivas e epiteliais 24-38 semanas, que acontece o amadurecimento e formação dos ductos alveolares da troca gasosa. Nesse período o sistema respiratório não está completamente formado para que tenha troca gasosa e musculatura pulmonar suficiente capaz para transportar o CO₂ e O₂. E por fim a troca gasosa depende da maturação estrutural das vias aéreas e dos músculos respiratório (OTAVIANO; DUARTE; SOARES, 2015).

O sistema digestório ainda está imaturo e os desempenhos digestório e motora do trato gastrointestinal são imaturas e a tolerância à nutrição por via enteral está comumente transtornada. A deliberação de alimentos ao bebê prematuro necessita levar em conta os limites incluídos ao acréscimo, bem como a progressiva amadurecimento intestinal de acordo a idade gestacional (MARQUES; MELO, 2012).

Já o neonato normal é diferente do prematuro, a adaptação do RN termo ao meio extrauterino é desencadeada quando ocorre a transição da circulação fetal para a de neonato, que acontece nas primeiras 24 horas, com isso haverá a perda da ligação placentária e consequentemente a perda de suporte metabólico especialmente suprimento de oxigênio e retirada de dióxido de carbono (RABELO, et al., 2007).

Para que haja uma adequada transição do meio intrauterino e extrauterino, durante as primeiras 24 horas diversos órgãos e sistemas passam por uma série de modificações e adaptações, principalmente nos sistemas respiratórios e cardiovasculares nos neonatos considerados saudáveis ou de baixo risco essas mudanças ocorrem sem nenhuma intercorrências (BARBOSA; SILVA, 2007).

Dessa forma, para um bebê nascido antes das 37 semanas, as consequências podem ir desde os esperados problemas respiratórios até: cegueira, surdez, paralisia cerebral, deficiências físicas e cognitivas, pois com o organismo frágil, a criança é mais suscetível a doenças de todo tipo, que podem afetar todo o seu desenvolvimento (RABELO, et al., 2007).

Assim, concernente às principais disfunções do período neonatal, de modo geral, são as doenças respiratórias que aparecem como a principal causa de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva

Neonatal (UTIN), sendo que sua incidência e gravidade estão relacionadas: à idade gestacional, a qual está relacionado o grau de desenvolvimento do pulmão; à presença de infecção materna, de acordo com os sinais de sofrimento fetal e ao uso do corticoide antenatal; a algumas práticas utilizadas no manuseio do recém-nascido grave, como estratégias ventilatórias; ao manuseio hídrico e nutricional; e ao manuseio do canal arterial e da infecção, que podem influenciar no aparecimento das doenças respiratórias crônicas associadas ao período neonatal (MARQUES; MELO, 2012).

Dentre as doenças respiratórias, a taquipneia transitória do recém-nascido – TTRM é a doença respiratória mais comum nos recém-nascidos a termo ou próximo do termo, a qual também é chamada de síndrome de angústia respiratória do tipo II ou pulmão úmido, sendo que apresenta boa evolução clínica, podendo ser resolvida de três a cinco dias com uma conduta medicamentosa e ventilação mecânica e manual. As literaturas também citam que outra disfunção do período neonatal é o comprometimento do desenvolvimento neuromotor como tônus muscular, reflexos primitivos e reações posturais, principalmente nos primeiros meses de vida (BARBOSA; SILVA, 2007).

A importância do preparo de mães e familiares para a alta hospitalar do RN pré-termo

Assim, ao nascer um bebê prematuro, a mãe poderá muitas vezes se sentir culpada, angustiada e com medo, pelo fato de ser um bebê pequeno e dependente de cuidados diferentes e especiais. Ao tentarmos entender os sentimentos dos pais quanto ao nascimento do filho com prematuridade notamos que a experiência de se tornar pais de filhos prematuros provoca sentimentos com duplos significados, como: insegurança, dúvidas e incertezas, devido diferença entre o filho real e o da imaginação, e também por causa da separação entre o RN e seus pais o que pode tornar dificultoso a formação do afeto. Quando se nasce um bebê prematuro ou de alto risco a família vivencia uma situação sem explicação, um momento cheio de emoções (DINIZ; FIGUEIREDO, 2014).

Indubitavelmente, o diálogo e a interação do profissional enfermeiro com a família do recém-nascido pré-termo (RNPT) possibilita conhecer o contexto social, cultural e econômico, além de capacitar e estimular os familiares para a realização dos cuidados adequados à criança após a alta hospitalar (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

O modelo assistencial tradicional na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) passou e passa por modificações em relação ao cuidado centrado no RNPT, destinando espaço para os pais e incorporando novas medidas para humanizar o serviço. Para efetivar essa prática, a UTIN tem permitido livre acesso dos pais para visitar os filhos, além da permanência por tempo ilimitado junto ao bebê internado. No entanto, vários fatores contribuem para que, na prática, a dinâmica do serviço seja diferente, justificada pela realização de procedimentos invasivos, horário da visita médica, espaço físico pequeno e escassez de recursos humanos. Em relação aos outros membros da família, a situação é ainda comprometedor, poucos serviços permitem a entrada de familiar que não os pais (ANDRADE; GUEDES, 2008).

Apesar dos direitos adquiridos pelos pais após o surgimento da legislação dos direitos da criança, liberação de visitas e estudos evidenciando as vantagens do envolvimento materno no cuidado hospitalar, observa-se que pouco se tem evoluído no contexto do empoderamento materno e envolvimento mãe/bebê/profissional, o qual serviria de recurso para o cuidado do prematuro em domicílio (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

A alta hospitalar planejada, seguida de plano de cuidados, faz parte de um processo complexo que deve envolver, entre outras, a equipe de enfermagem, que se caracteriza como assistência vigilante, humanizada e individualizada. No entanto, observa-se que alguns profissionais ainda não visualizam a atividade como algo essencial na promoção da saúde do prematuro (MARCUIZZO, 2011).

Os profissionais tendem a priorizar aspectos imediatos da assistência, excetuando a atividade edu-

cativa e o preparo para alta, bem como a previsão de problemas que ocorrerão no domicílio e como solucioná-los, tornando a transição do hospital para o domicílio algo desafiador para a equipe de enfermagem (DUARTE; BRAGA, 2011).

Sob essa perspectiva, a promoção da saúde deverá ser envolvida no plano de cuidados da equipe de enfermagem a nível terciário, envolvendo os pais na responsabilidade do cuidado, considerando que os riscos e agravos no período pós neonatal não se dissipem à medida que o neonato seja assistido com segurança pela família (MARCUSO, 2011).

A humanização dos cuidados no setor hospitalar permanece em um contexto social no qual alguns fatores têm oferecido para a fragmentação do ser humano como alguém compreendido com necessária pureza biológicas: a técnica, a visão de que é a equipe de saúde que detém todo o saber e, a carência de percepção da integralidade do ser humano são modelos destes fatores. O aumento da ciência médica, fez com que, por muitas ocasiões, o cuidado se tornasse a aplicação de um metodologia especialista, a fim de cumprir com um material mecanicista (MOREIRA; LOPES; CARALHO, 2004).

Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso pelo Método Canguru é um dos programas implantados pelo Ministério da Saúde. Nas três últimas décadas, o Método-Canguru vem mundialmente despertando interesse de profissionais envolvidos com a assistência neonatal. Sua implantação, tanto em países onde não há uma boa estrutura de atendimento neonatal, quanto nos desenvolvidos que contam com toda uma organização de recursos tem sido crescente. O método da realização do cuidado canguru (o bebê é colocado pelado sobre o peito da mãe ou do pai, com cobertor, estando em contato com o corpo da mãe ou do pai) (MOREIRA; LOPES; CARALHO, 2004).

Os pais tem que ter o sentimento de que a RN é seu filho, e isso só irá acontecer no momento que começar ter contato fisicamente mais próximo dele, visitando-o sempre que possível, observando, conversando e olhando-o. Para um melhor convívio, os pais devem falar com ele antes de pegá-lo, como uma forma de fazer com que ele saiba que estão ali. A voz da mãe faz com que o neném se acalme e o toque da mesma transmite tranquilidade e segurança, e conseqüentemente ajudará no vínculo afetivo com o filho, até mesmo na questão da amamentação, outro método que ajuda muito. Realizar cuidados diários com o bebê (dar banho, trocar de roupa e alimentá-lo) também ajuda e auxilia na aproximação da mãe, do filho e da família (RIBEIRO, et al., 2016).

RNs são mais susceptíveis a afecções em sua saúde pelo fato de ser uma criança desprotegida com imaturidade de vários órgãos e sistemas que na hora do nascimento ainda estava em processo de maturação. O enfermeiro que recebe a família do neonato prematuro deverá ofertar o mínimo de condições de conforto, com o objetivo de tentar responder às ansiedades e preocupações dos pais, deverá também ofertar orientações simples e na linguagem deles, sobre o estado de saúde do RN, equipamentos, tratamentos, e medicações usadas. Devendo ressaltar que a atenção deles deve estar voltada à criança e não ao equipamento, monitores e/ou doença (BRASIL, 2016). Lembrando também de ficar atento para as condições gerais de saúde da puérpera nos primeiros dias depois do parto (RIBEIRO, et al., 2016).

Outro aspecto relevante, que é interessante aqui destacar é a internação do prematuro que também gera sentimentos duplos aos familiares em geral. A internação é uma situação triste para a família toda, em especial para a mãe. O hospital é um ambiente assustador, diferente e estranho. Contudo, acolher os pais, exerce papel fundamental para que o conhecimento emocional que vai ocorrer nesta época sejam melhores aceitos e o sofrimento dos pais diminuídos (RUGOLO, 2011).

Sendo assim, o cuidado de enfermagem junto ao RN crítico e doente exige do profissional comprometimento e capacidade, juntando competência, destreza técnica e agilidade, atendendo o RN e seus familiares de forma holística sendo capaz de perceber as necessidades humanas básicas de cada RN e de seus familiares (ROLIM, et al., 2008). Desta forma, o cuidado integral ao recém-nascido prematuro promove um excelente desenvolvimento, o que acaba por prevenir o estímulo indesejado e estressante, conseqüentemente tendo mudanças significativas na evolução fisiológica e comportamental do RN (OTAVIANO; DUARTE, 2015). Diante disso tudo, a Enfermagem deverá observar e está atento ao RN não como um objeto, no entanto como um ser humano ativo e dependente de cuidados, independentemente da

idade em que nasceu (RUGOLO, 2011).

O enfermeiro é responsável por promover a acomodação do RN ao meio externo tais como: sustentação do equilíbrio térmico apropriado, umidade, claridade, equipamento sonoro e estímulo cutâneo; avisar o quadro clínico; monitorar os sinais e o avanço do tratamento do RN; apostar e acolher às necessidades do próprio; preparar e conservar um plano educacional; distribuir a assistência de enfermagem ao RN e a mãe e supervisionar os cuidados de enfermagem oferecidos dentre outras atividades (CAMARMEIRO, et al., 2009).

Com os avanços tecnológicos, acredita-se que países mais ricos apresentem taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia inferiores a de países nos quais a atenção à saúde é mais precária. No Brasil, sabe-se que o fator neonatal ainda é o principal responsável pela maior parte das taxas de mortalidade infantil nas últimas décadas (RUGOLO, 2011).

Os estudos enfatiza-se que para se obter a diminuição nas taxas de mortalidade, são necessárias medidas preventivas antenatais, intraparto e neonatais. Entre as antenatais, o uso de antibióticos e corticosteroides, introduzidos na década de 1990, trouxeram grandes benefícios aos RNP. Nas salas de parto, a introdução da monitoração e o tratamento do sofrimento fetal permitiram novos avanços. Após o nascimento, medidas importantes contribuíram para a diminuição da morbimortalidade, como a administração de surfactante, novas modalidades de assistência ventilatória, a prevenção e o controle de infecção hospitalar, o adequado controle térmico e manejo hídrico (VIERA; MELLO, 2009).

Mesmo com as comprovadas contribuições da tecnologia na implementação de novos e modernos equipamentos diagnósticos e terapêuticos, não se deve esquecer de que o uso dela tem merecido críticas. Essa tecnologia tem proporcionado benefícios à saúde, mas, em contrapartida, tem trazido também algumas consequências que podem ser consideradas danosas e que precisam ser cuidadosamente avaliadas. Essa realidade é demonstrada em várias pesquisas.

Importância do trabalho interdisciplinar da enfermagem para redução de agravos e mortes de prematuros

Estudos revelam e ressalta a importância dos profissionais de enfermagem neonatologistas possuírem profundos conhecimentos técnico-científicos, para então estarem seguros sobre suas opções assistenciais. Sendo que na UTIN acontecem procedimentos de grande impacto no estado respiratório e hemodinâmico do bebê e que causa grandes alterações nos parâmetros fisiológicos (BERNARDINO, et al., 2010).

Além disso, os RNs prematuros internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) sofrem vários procedimentos dolorosos durante sua internação, tais como: intubação, aspiração da cânula orotraqueal, coleta de exames através da punção arterial, acesso venoso, drenagem de tórax entre outros. Coloca o número que tenho menos (BERNARDINO, et al., 2010).

A equipe multiprofissional e o ambiente devem estar preparados para receber o RNPT quando o Trabalho de Parto Pré maturo não pode ser evitado. Em toda sala de parto deve estar presente pelo menos um profissional capacitado a reanimar de maneira rápida e efetiva (idealmente um pediatra), mesmo quando se espera um RN saudável (SOUSA; SILVA; GUIMARÃES, 2008).

No contexto administrar procedimentos técnicos é privativo que o enfermeiro consegue em uma UTIN, como: passagem de sonda nasogástrica, orogástrica e vesical; verificação do Cateter Central de Inserção Periférica, coleta de sangue para gasometria e hemocultura; aspiração orotraqueal e do tubo endotraqueal, bem como realiza curativos como o maior complexidade e fazer as ponderação da escala (CAMARMEIRO, et al., 2009).

Necessita também ser enfatizada a importância de se ter uma sincronia de cuidados e da delicadeza e precisão de movimentos, pois estes atos possibilitam uma assistência adequada e implicam no

desenvolvimento e crescimento normais, já que a prematuridade, como já mencionado, é a principal causa de morbimortalidade neonatal. A criança que nasce prematuramente está exposta a riscos decorrentes de sua condição biológica e social, sendo necessário acompanhamento de uma equipe multiprofissional visando intervenções precoces (SOUSA; SILVA; GUIMARÃES, 2008).

Agilidades burocráticas e administrativas do enfermeiro Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tem cada vez mais se destacado no setor da assistência hospitalar, destacado aqui, o seu trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), aonde expandem as atividades na assistência e no gerenciamento, as atividades estas estabelecem informação e capacidade técnica e científica, pois as determinações tomadas, assim como as condutas adotadas relacionam-se diretamente com a vida e a morte das pessoas. Assim, pertence ao enfermeiro do setor, dentre outras atividades, avaliar o paciente, planejar a assistência, supervisionar as ocupações tais como o laboratório de análises clínicas e hemoderivados (MARQUES; MELO, 2012).

Segundo a resolução 159 de 1993 do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), torna regular a consulta de enfermagem e determina sendo atividade privativa do enfermeiro. Com todo o embasamento teórico científico para ser capaz de entender o processo saúde doença, assim como, sinais e sintomas, atuando na prevenção, promoção, reabilitação, diagnóstico, prescrição de enfermagem e evolução (KIMURA, et al., 2009).

As unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) constituem importante campo de trabalho para a enfermagem. A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na UTIN é de fundamental importância, pois a assistência qualificada não deve se limitar a garantir a sobrevivência do prematuro, mas também planejar ações e implementá-las conforme as necessidades do cuidado. A SAE, enquanto processo organizacional é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos interdisciplinares e humanizados de cuidado (OTAVIANO; DUARTE, 2015)

Aliada a essa realidade, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 358/2009, afirma que é incumbência do enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Plano assistencial. O enfermeiro deve estar baseado num suporte teórico que o oriente a fazer a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções para que a avaliação dos resultados mostre que os objetivos de recuperação do paciente foram alcançados (ANDRADE; GUEDES, 2008).

As metodologias de cuidados, quaisquer que sejam as suas denominações, representam, atualmente, uma das mais importantes conquistas no campo assistencial da enfermagem. Entretanto, o profissional inserido nesse processo necessita ampliar e aprofundar continuamente os saberes específicos de sua área de atuação, sem se esquecer do enfoque interdisciplinar (RICCI, 2008).

Promovendo conhecimento científico específico, que pode ter na SAE a autonomia necessária para desenvolver um trabalho consciente, eficiente e gratificante do ponto de vista de resultados positivos na assistência prestada. É importante que todas as tarefas desenvolvidas devem estar baseadas na relação da equipe, tanto no que diz respeito à atuação interdisciplinar, quanto na responsabilidade de todos com relação às ações de humanização.

Considerações finais

O estudo apresentado nos trouxe conhecimento sobre a assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro. Não poderia ser outra a não ser a equipe de enfermagem, o destaque nos procedimentos como os cuidados prestados durante o período de internação hospitalar.

Percebe-se que a assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro é um assunto bastante estudado e que já evoluiu muito, porém ainda há muito que aperfeiçoar nessa área, no sentido de desenvolver uma assistência embasada na humanização do cuidado dispensado ao prematuro.

Por outro lado, esse estudo apontou como falta de conhecimento em relação as questões nas

quais se referem à qualificação dos profissionais que convive com esta realidade de cuidado ofertado ao bebê prematuro, mostrando assim que o cuidado especializado ao recém-nascido é indispensável para a organização de uma relação interpessoal de qualidade e em concordância aos pressupostos humanísticos.

Além disso, o profissional de saúde, especificamente os da equipe de enfermagem, necessitam revigorar o cuidado à família, assegurando dessa maneira uma assistência de enfermagem holística. Ter uma comunicação com o grupo de trabalho multiprofissional, para que assim seja possível a realização do cuidado completo aos pacientes.

A estrutura física inadequada, a falta de equipamentos ou mesmo danificados, o uso dos recursos inapropriados e o comportamento antiético de alguns profissionais, reflete na saúde como um todo. Mas isso não deve refletir nos cuidados da enfermagem aos bebês prematuros.

Portanto, a enfermagem tem uma fundamental atuação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, requerendo assim uma permanente busca por novas qualificações, assim como o sistema público de saúde deve assegurar a esses profissionais capacitações diariamente para garantir assim uma assistência de qualidade e livre de prejuízo para o cliente, principalmente por se referir a uma unidade onde os clientes são prematuros neonatos, que dispõe de carências próprias e uma maior prudência aos cuidados constante da equipe.

A temática abordada também aponta a necessidade de novos estudos, pois sempre está em constante transformação visto que na área da saúde sempre temos avanços tecnológicos, farmacêuticos e assistenciais e com isso poderemos ofertar um maior índice de sobrevivência ao RNPT juntamente com a equipe multidisciplinar.

Referências

ANDRADE, ISN; GUEDES, ZCF. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 2008.

BARBOSA, IA; SILVA, MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm.** 2007;60(5):546-51.

BERNARDINO, E; SEGUI, MLH; LEMOS, MB; PERES, AM. **Enfermeira de ligação:** uma estratégia de integração em rede. **REBEN.** 2010 maio/jun.; 63(3):459-63.

BITTAR, RE; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol. 31 nº 4 Rio de Janeiro Apr.

BRASIL. Ministério da Saúde MS (BR). **Atenção humanizada ao RN de baixo peso:** método canguru. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde MS (BR). **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada Brasília** – DF 2006 disponível http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

CAMARMEIRO, FPA; ALVES, NAC; FERREIRA, CPA; GOMES, FIA. Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensiva Neonatais. **Acta PediatrPort**, 2009.

CLOHERTY, JP; STARK, AR. Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro: Medsi, 2007.

Diniz, LMO; Figueiredo, BCG. O sistema imunológico do recém-nascido. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2014; 24(2): 233-240. Disponível file:///C:/Users/2017/Downloads/v24n2a14%20(9).pdf

DUARTE, ED; BRAGA PP. Anamnese e exame físico do recém-nascido. **Proenf**- 2011.

FONSECA, LMM; SCOCHI, CGS. **Cuidados com o bebê prematuro**: orientações para a família. Ribeirão Preto-SP: FIERP, 2015.

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

KIMURA, AF; YOSHITAKE, AP; BUENO, M; BELLI, MA. Avaliação da função respiratória do recém-nascido no período neonatal imediato. **Rev. bras. Enferm**; Brasília Nov./Dec. 2009.

MARCUZZO, S. **Desenvolvimento do sistema respiratório**. 2011. Disponível em: http://professor.ufrgs.br/simonemarcuzzo/files/desenvolvimento_do_sistema_respiratorio.pdf

MARQUES, PA; MELO, ECP. O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Esc. Enferm**. 10 nov. 2012; 45(2): 374-80.

MOREIRA, MEL; LOPES, JMA; CARALHO, M. **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from SciELO Books. Disponível: <http://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-10.pdf>

NEVES, PN; RAVELLI, APX; LEMOS, JRD. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS) 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde OMS. **Parto Prematuro**. 2013. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs363>.

OTAVIANO, FP; DUARTE, IP; SOARES, NS. Assistência da Enfermagem ao Neonato Prematuro em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (utin). **Rev. Saúde em foco**, Teresina, jan./jul. 2015; 2(1): 60-79.

RABELO, MZS; CHAVES, EMC; CARDOSO, MVLML; SHERLOCK, MSM. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paul Enferm**. 2007.

Ramos, HÁ. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2009 abr-jun.

RIBEIRO, JF; SILVA, LLC; SANTOS, IL; LUZ, VLES; COELHO, DMM. O prematuro em unidade de terapia in-

tensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. **Rev enferm UFPE online**, Recife, 10(10):3833-41, out, 2016.

RICCI, SS. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

ROLIM, KMC; et al. Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira. **Rev. Rene**. Fortaleza, out./dez. 2008; 9(4):107-15.

RUGOLO, LMSS. **Manejo do Recém-nascido pré-termo tardio: Peculiaridades e cuidados especiais em Maio de 2011 disponível**http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/Pre-termo-tardio-052011.pdf

SANTOS, MCL; MORAES, GA; VASCONCELOS, MGL; et al. Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. **Rev enferm UFPE online**. 2007 out./dez.; 1(2):140-49.

SILVA, LG; ARAÚJO, RT; TEIXEIRA, MA. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf**. 2012.

SOUSA, JC; SILVA, LMS; GUIMARÃES, TA. **Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família**. *Pediatria (São Paulo)*. 2008.

VIERA, CS; MELLO DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & contexto enferm**. 2009 jan/mar; 18(1):74-82.

Recebido em 13 de março de 2024.

Aceito em 04 de abril de 2024.