

Humanização na Unidade de Terapia Neonatal: percepção das mães

RESUMO

Objetivou-se descrever a percepção das mães quanto ao cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva neonatal. Este estudo tem um caráter descritivo, observacional com abordagem quantitativa e teve como cenário de pesquisa um hospital da rede privada da Região dos Lagos. Os sujeitos que compuseram o estudo foram quinze mães que tinham seus filhos internados na UTIN da unidade. O método de coleta de dados utilizado foi uma entrevista, por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas. A análise dos dados se deu pela análise estatística, através de gráficos, tabelas e índices. A média de idade das entrevistadas foi de 32 anos, destas, 46% possuem mais de 35 anos. Em relação a profissão das mães, 54% destas trabalham fora. Sobre os bebês, determinou-se que o tempo de permanência na unidade foi em média, superior a 3 semanas. Percebe-se então a necessidade da adoção de mudanças na UTIN, voltando a assistência da equipe e os meios de humanização para o investimento na criação, no estabelecimento e ampliação do vínculo mãe-bebê, incluindo a mãe na assistência e explicando os procedimentos e rotinas do setor, estabelecer medidas efetivas de humanização e melhora do ambiente da UTIN, como a hora do soninho e o método canguru, e disponibilizar cursos de atualização para a equipe de enfermagem.

DESCRITORES: Enfermagem; Neonatologia; Equipe de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

This study aimed to describe the mothers' perception of humanized care in the neonatal intensive care unit. This study has a descriptive, observational and quantitative approach and had as research scenario a private hospital in the Lakes Region. The subjects that made up the study were fifteen mothers who had their children admitted to the unit's NICU. The data collection method used was an interview, through a questionnaire with open and closed questions. Data analysis was performed by statistical analysis through graphs, tables and indexes. The average age of the interviewees was 32 years, of these, 46% are over 35 years. Regarding the profession of mothers, 54% of this work abroad. About babies, it was determined that the length of stay in the unit was on average more than 3 weeks. Then, the need to adopt changes in the NICU is noticed, turning the team's assistance and the humanization means towards the investment in the creation, establishment and expansion of the mother-baby bond, including the mother in the care and explaining the procedures and routines. the sector establishes effective measures for humanization and improvement of the NICU environment, such as the sleep time and the kangaroo method, and provide refresher courses for the nursing staff.

KEYWORDS: Nursing; Neonatology; Nursing Team; Neonatal Intensive Therapy Unit; Humanization of Assistance.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir la percepción de las madres de la atención humanizada en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Este estudio tiene un enfoque descriptivo, observacional y cuantitativo y tuvo como escenario de investigación un hospital privado en la Región de los Lagos. Los sujetos que formaron el estudio fueron quince madres que admitieron a sus hijos en la UCIN de la unidad. El método de recolección de datos utilizado fue una entrevista, a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. El análisis de datos se realizó mediante análisis estadístico a través de gráficos, tablas e índices. La edad promedio de los entrevistados fue de 32 años, de estos, 46% son mayores de 35 años. En cuanto a la profesión de madres, el 54% de estos trabajan en el extranjero. Con respecto a los bebés, se determinó que la duración de la estadía en la unidad fue en promedio de más de 3 semanas. Luego, se nota la necesidad de adoptar cambios en la UCIN, volcando la asistencia del equipo y los medios de humanización hacia la inversión en la creación, establecimiento y expansión del vínculo madre-bebê, incluida la madre en el cuidado y explicando los procedimientos y las rutinas. del sector, establecer medidas efectivas para la humanización y la mejora del entorno de la UCIN, como el tiempo de sueño y el método canguro, y ofrecer cursos de actualización para el personal de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Neonatología; Equipo de Enfermeira; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Humanización de la Asistencia.

RECEBIDO EM: 27/09/2019 APROVADO EM: 01/10/2019

Roseni Soares da Silva

Enfermeira, graduada pela Universidade Veiga de Almeida, pós graduada em UTI neonatal e pediatria pela universidade Unyleia, tec. de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal (CLIPPEL), professora do curso de especialização em neonatal para tec. de enfermagem, (CESAP).

Marcia Oliveira Barbosa

Enfermeira graduada pela Universidade Veiga de Almeida, tec. de enfermagem no hospital municipal da mulher (Cabo Frio).

Patricia da Costa Teixeira

Enfermeira mestre em enfermagem pela universidade do estado do rio de janeiro, Professora da Universidade Veiga de Almeida.

Geandra Quirino da Silva

Enfermeira especialista em cardiologia pela EEAN/UFRJ mestre em IC pelo MPEA/UFF professora titular da Universidade Veiga de Almeida.

Priscila Pradonoff Oliveira

Enfermeira especialista do ensino superior pela UVA, especialista em prevenção de infecção hospitalar pela gama filho, especialista em clínica médica e cirúrgica pela Unirio, mestre em Psicanálise em saúde e sociedade pela UVA, coordenadora da graduação de enfermagem de UVA Cabo-Frio.

Giselle Barcellos Oliveira Koeppe

Enfermeira, mestre e doutora em enfermagem pela escola de enfermagem Anna Nery, professora de curso de graduação de enfermagem da UVA.

Juliana Regina Cardoso Rocha

Enfermeira pós graduada pelo instituto Fernandes de figueira em neonatologia, graduanda em psicologia pela Universidade Veiga de Almeida, pós graduada em teoria psicanalista pelo instituto capacitar. coordenadora geral do hospital municipal da mulher (Cabo Frio).

INTRODUÇÃO

O interesse deste estudo surgiu devido aos relatos de alguns profissionais de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde foram relatados que passam despercebidos os conceitos de humanização da assistência, principalmente entre os acompanhantes, em razão da falta de conhecimento, em especial das mães, que muitas vezes não entendem ou acreditam nestes cuidados, levando os profissionais a serem mais tecnocratas e focarem em aparelhos e não em cuidados mais simples e humanizados.

Estes relatos ficam bem claros ao se observar as estatísticas de neonatos que precisam de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em relação ao número de leitos e, principalmente, levando-se em conta o número de profissionais capacitados disponíveis nas unidades. De acordo com o Ministério da Saúde, anualmente nascem no mundo 20 milhões de recém-nascidos prematuros (RNPT) e com

baixo peso, destes, uma parte morre antes de completar o primeiro ano de vida⁽¹⁾. No Brasil, nascem quase 40 prematuros por hora, ou 900 por dia. Os números do Ministério da Saúde indicam outra tendência preocupante, a mortalidade neonatal (número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade) por mil nascidos vivos que é inversamente proporcional ao número de leitos disponíveis. Nos estados onde o número de unidades é menor, a ocorrência de mortes tem sido mais alta, “isso reflete, além da inadequação do quantitativo de leitos, uma precariedade da rede de assistência, especialmente nos estados do Norte e Nordeste brasileiros”⁽²⁾, lamenta a presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Dentre as principais causas de internação, em ordem de ocorrência, estão as complicações respiratórias (81,1%), seguidas pela prematuridade (78,4%) e o baixo peso ao nascer (69%). O baixo peso ao nascer e a prematuridade são configurados fatores de riscos para a mortalidade

infantil, principalmente, nos primeiros meses de vida, isto demonstra a importância da UTIN⁽³⁾.

Humanização pode ser traduzida como uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, da família e da equipe. Então, humanizar é individualizar a assistência frente às necessidades de cada um, tendo um olhar holístico e diferenciado para o cuidado com o recém-nascido⁽⁴⁾.

O ambiente da UTIN, ao mesmo tempo em que fornece tecnologias avançadas, pode causar impactos às necessidades físicas e psicológicas destes recém-nascidos, suas famílias e para a equipe que exerce seu trabalho. Neste local, nota-se que os ruídos contínuos, os alarmes dos monitores, bombas de infusão e a necessidade de manter a luz sempre acesa, ocasionando a indiferença entre dia e noite, proporcionando estafa para todos os envolvidos neste processo de cuidado, incluindo os acompanhantes, o que acaba gerando mais estresse sobre mãe e filho. Os altos

níveis de barulho que comprometem seu sono e repouso, com consequente fadiga, agitação, irritabilidade e choro, os quais podem ocasionar graves consequências de ordens física e emocional⁽⁵⁻⁷⁾.

A incidência de luz intensa e contínua na incubadora pode diminuir a saturação de oxigênio, causando estresse, apneia, taquicardia, retinopatia, além, do que, quando essa iluminação não é proveniente do ambiente e sim da terapêutica, como a fototerapia, o recém-nascido está exposto ao risco de queimaduras⁽⁸⁾.

Partindo deste pressuposto, o estudo estabelece como objeto o olhar das mães sobre o processo de humanização na UTIN. A hospitalização não deve se constituir em uma experiência traumática ou uma interrupção no desenvolvimento, também não deve ser um momento de sofrimento para a mãe. Por isso, se faz necessária a utilização de recursos que permitam, de alguma forma, minimizar os efeitos da hospitalização para os recém-nascidos e seus familiares. Com tudo que foi exposto anteriormente, traçou-se então como objetivo descrever a percepção das mães quanto ao cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva neonatal.

Os esforços realizados pelos profissionais de enfermagem, no sentido de humanizar o cuidado em UTIN, é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. O enfermeiro deve identificar os estímulos que contribuem e os que prejudicam o desenvolvimento do recém-nascido de risco, internado na UTIN, e discutir as ações de enfermagem que promovem o estabelecimento de um ambiente terapêutico⁽⁶⁾.

O enfermeiro tem papel vital nas equipes que atuam na UTIN, cabendo a este exercer rotinas de procedimentos e manter tratamentos que visem diminuir o estresse e prevenir agravos no recém-nascido. Este profissional deve também incluir a família, em especial a mãe, neste ambiente, favorecendo o desenvolvimento do RN e ainda criando um vínculo entre bebê e família⁽⁹⁾.

A presente pesquisa viabilizará uma melhor visão sobre a percepção da mãe neste momento de permanência na UTIN, seu papel como acompanhante, a importância assistencial do profissional de enfermagem na UTIN, bem como da relevância de uma permanente busca por conhecimento para a prestação de uma assistência de qualidade.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, onde os resultados da pesquisa podem vir a ser quantificados e estão focados na objetividade dos fatos. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Este projeto se iniciou após sua aprovação na Plataforma Brasil⁽¹⁰⁾.

O estudo teve como cenário de pesquisa um hospital da rede privada da Região dos Lagos-RJ. A coleta de dados foi realizada na UTIN desta unidade, no período de setembro a outubro de 2018, e iniciada após a aprovação do projeto de Monografia I, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida (CEP/UVA).

Os sujeitos de estudo foram 15 mães que tinham seus filhos internados na UTIN da unidade. Sendo determinados como critérios de inclusão, mulheres acima de 18 anos e que aceitaram realizar a entrevista. E como critérios de exclusão, mães com recém-nascidos com menos de 24 horas de internação na unidade e que não aceitaram participar do estudo.

O método de coleta de dados foi realizado mediante uma entrevista, por meio de perguntas abertas e fechadas, os sujeitos receberam nomes fictícios para preservação de sua identidade, os quais foram nomeados com nomes de flores.

O método de análise dos dados utilizado será a análise bioestatística, onde através de cálculos de porcentagem, criação de índices e exposição dos fatos em gráficos e tabelas, foram expostas as informações colhidas e analisadas nas entrevistas.

O estudo respeitou os preceitos éticos

da legalidade da Resolução n.º 466, do Conselho Nacional da Saúde (CNS), de 12 de dezembro 2012, que legaliza o estudo com seres humanos em território brasileiro, e utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi realizada utilizando os dados dos sujeitos, respeitando o sigilo dos mesmos como disposto no Termo de Confidencialidade. Foi ainda utilizada a Carta de Anuência e o Termo de Isenção de Custos⁽¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao constatar com a pesquisa bibliográfica que as mães enfrentam num momento difícil ao terem seus bebês internados na UTIN, as quais nem sempre estão incluídas no processo de humanização e cuidado da criança e que isto pode vir a gerar problemas na relação mãe-bebê, percebeu-se a necessidade de realizar uma pesquisa que confirmasse esses dados em nossa região. Assim, entrevistou-se 15 mães que tinham seus filhos internados em uma UTIN.

A entrevista foi realizada com 15 mulheres, mães, que tinham seus filhos internados na UTIN da unidade alvo da pesquisa. A escolha foi feita de forma aleatória, de acordo com a disponibilidade e vontade das mulheres.

Encontrou-se nas entrevistas mulheres com idades de 20 a 42 anos, sendo a média de idade 32 anos, porém, ao ser analisado numericamente, percebeu-se que 46% das mães possuem mais de 35 anos. Este é um dado muito interessante e compatível com a literatura, visto que, mães mais velhas têm maior chance de terem filhos com patologias ou condições que necessitem internação em UTIs.

A pesquisa de Almeida⁽¹²⁾ apresenta dados de que mães com mais de 40 anos mostram maiores chances de um parto prematuro. O estudo de Reis⁽¹³⁾ também confirma essa informação e, ainda vai além, mostra que não só a maior idade materna está ligada ao parto prematuro, como também a ocorrência de pré-eclâmpsia e complicações no desenvolvimento fetal.

Analisou-se então outro dado, a profissão das mães, e estas relataram serem em 40% dos casos donas de casa, 6% estão desempregadas, 6% são professoras, 6% são advogadas e em 42% dos casos exerceram outras profissões. Unindo os dados de mães que trabalham fora de casa representam 54% e 46% as que não trabalham fora.

Já com relação aos bebês, buscou-se estabelecer o tempo de permanência dos mesmos na unidade para, durante a discussão, relacionar outros dados relativos à internação, visto que, o alto tempo de permanência imputa em aumento do estresse para a mãe e maior número de procedimentos e manipulação por parte da equipe nos bebês. Encontrou-se então que, 23% dos bebês estava de 1 a 10 dias internados, 23% de 11 e 20 dias e 54% de 21 a 34 dias. O que mostra a predominância de um alto tempo de internação, este, em média superior a 3 semanas.

Humanização na UTI Neonatal

Primeiro, é preciso entender o conceito de humanização, este corresponde à uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, da família e da equipe. Então, humanizar é individualizar a assistência frente às necessidades de cada um⁽⁴⁾. No que tange as UTINs, temos a Portaria n.º 930, de 10 de maio de 2012, que trata sobre as diretrizes e objetivos para a organização da Atenção Integral e Humanizada ao Recém-Nascido Grave. De acordo com o Art. 3º desta diretriz, a atenção integral e humanizada deve promover o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos, promoção da equidade, integralidade da assistência, atenção multiprofissional com enfoque nas necessidades do usuário, atenção humanizada e estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido⁽¹⁴⁾.

Assim, buscou-se identificar com as mães, o que elas compreendiam por humanização, ou ainda, se elas sabiam o que este conceito significava, e foi possível obter o conhecimento de que 73% das mães não sabia o significado.

Estes dados apresentam-se de forma surpreendente, afinal, 77% dos bebês estão internados por um período superior a 10 dias, o que é tempo mais que suficiente para explicar as mães sobre técnicas de humanização e os próprios protocolos de cuidados da UTIN. Afinal, envolver a mãe no cuidado e informá-la sobre ele é fundamental para a real humanização da assistência, em especial, para estimular a criação do vínculo com o bebê.

Assim, a humanização é uma ferramenta valiosa para estimular este vínculo, se exercida pela equipe de enfermagem, é capaz de “tornar fecundo os momentos com os pais”⁽¹⁵⁾. Entre essas estratégias de humanização que podemos usar para aproximar a mãe e o bebê, está a escuta ativa, ou seja, saber ouvir a mãe e levar suas queixas, anseios e dúvidas a sério. De acordo com o Ministério da Saúde isso deve ser feito de forma a:

“Dar espaço para a mulher se expressar. Para isso, é necessário ouvir, prestando atenção no que ela está dizendo e em seu significado. Algumas mulheres têm dificuldades de se expressar. Nesse caso, algumas técnicas são úteis, como por exemplo fazer perguntas abertas. [...] demonstrar empatia, ou seja, mostrar à mulher que seus sentimentos são compreendidos, colocando-a no centro da situação e da atenção profissional”⁽¹⁶⁾.

Entre as citações das mães que compreenderam o conceito de humanização, pode-se destacar:

“Cuidar, valorizar o bebê” (Anis).

Assim, é perceptível, que mesmo as que disseram saber o que é humanização, focaram este conceito no bebê, e não nelas ou nas famílias como um todo, o que confirma que este conceito acaba ficando restrito à equipe profissional, e deixa de ser compartilhado com a família.

Ainda neste contexto, foi perguntado as mães como percebiam o ambiente da

UTI em relação à melhora ou não da saúde do bebê, e destaca-se as seguintes falas:

“Acho que não tem nenhuma coisa para melhorar. O ambiente hospitalar é propício para a melhora do bebê” (Margarida).

“Acho que às vezes tem barulho de mais” (Lírio).

Na primeira fala, percebemos que a mãe entende a necessidade do seu filho permanecer na unidade, apesar de ser um momento difícil, a maioria das mães entrevistadas sabia da real necessidade de seus filhos estarem internados e tinham plena convicção de que a UTIN era a melhor chance dos bebês melhorarem.

A fala de Lírio, porém, demonstra que ela foi além, e percebeu o fator ambiental da UTI, infelizmente, o barulho constante é algo que está presente na UTIN. Afinal, diversas pesquisas apontam que, o ambiente super estimulante das UTIN pode comprometer o processo de desenvolvimento e crescimento dos recém-nascidos, devido ao fato dessas crianças, em especial os prematuros, possuírem receptores sensoriais extremamente sensíveis. Além dos prejuízos causados nos RNs, os níveis críticos de ruído também provocam alterações fisiológicas e psicológicas aos profissionais expostos, em especial à equipe de enfermagem⁽¹⁷⁾.

Este fato é explicitado pelo Ministério da Saúde, onde objetiva a atenção integral ao recém-nascido grave, como: organizar a Atenção à Saúde Neonatal para que se tenha garantia de acesso, acolhimento e resolutividade, priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade⁽¹⁴⁾.

O avanço, a sofisticação e a inserção de equipamentos técnicos necessários para uma assistência de qualidade aos recém-nascidos internados em UTINs, geram altos níveis de poluição sonora, tornando este ambiente ruidoso e, muitas vezes, perturbador, o que pode contribuir para o

desenvolvimento de alterações auditivas, fisiológicas e comportamentais nas pessoas a ele expostas. A poluição sonora nas UTINs faz-se presente diariamente, ocorrendo tanto ruídos graves como agudos⁽¹⁷⁾.

Procedimentos realizados na UTIN

Sabe-se que o ambiente da UTIN é composto pelo excesso de procedimentos e que são necessárias para a tentativa de estabilizar o neonato grave. Na tentativa de melhorar o estado clínico, o recém-nascido receberá cuidados intensos, nos quais podem envolver os procedimentos de intubação, punção venosa, ventilação e administração de medicações, o que caracteriza um processo de excessivos episódios de manipulação, tanto na fase mais crítica, como para cuidados de rotina⁽¹⁸⁾.

A hospitalização do recém-nascido está associada à sua submissão a excessivos procedimentos, como: punções venosas, glicemias capilares, sondagens vesicais e orogástricas, curativos, aspirações das vias aéreas e intubação endotraqueal, dentre outros procedimentos que gerem desconforto e dor. Estímulos dolorosos agudos podem desencadear nos recém-nascidos uma resposta global ao estresse, que incluem: modificações respiratórias, hormonais, cardiovasculares, imunológicas, comportamentais, dentre outras, interferindo no equilíbrio do RN que já é precário⁽¹⁹⁾.

Assim, viu-se a necessidade de investigar se os neonatos passaram por algum tipo de procedimento que as mães não conseguiram compreender, seja sua função, ou a própria necessidade do mesmo. Pelo resultado anterior onde quase nenhuma mãe sabia identificar o que vinha a ser a humanização, pensou-se que a maioria das mães também teria problemas com os procedimentos, mas o resultado das entrevistas foi surpreendente.

Quando analisadas as respostas, percebe-se que a maioria das mães (73%), foram orientadas sobre os procedimentos e poucos foram os casos das que não entendiam a necessidade de realização de alguma intervenção, apesar destes existirem. Isso pode ser devido, muitas vezes, ao cuidado realizado em UTIN, que

Isso demonstra que alguns procedimentos mais invasivos chamam a atenção e, em especial, que algumas mães se sentiram inibidas a tirar dúvidas ou até mesmo questionar a equipe. E isto, infelizmente, acaba sendo um obstáculo para a assistência do enfermeiro, pois cabe a ele incluir a mãe no processo de cuidado o que é essencial à humanização.

acaba sendo realizado de forma generalizada, técnica, o que o torna exaustivo e estressante, para mãe e bebê, o que demanda um olhar da equipe de enfermagem para a família⁽¹⁸⁾.

Visto que, a mãe se depara com um bebê que está com risco elevado de morte, sua saúde está fragilizada, desta forma, ela tem um sofrimento muito grande, e nada a depara com esta imagem cada vez que vai visitar seu filho. Esta encontra-se com um bebê cheio de tubos, esmaecido e num ambiente extremamente tecnológico, muitas vezes, impessoal e estressante, com isso, os pais podem ter dificuldade de reconhecer seu filho e é neste momento que a equipe de enfermagem entra, pois é papel dela amparar esta mãe e incentivar a formação deste vínculo que não foi formado no momento após o parto ou que acabou sendo quebrado por esta internação⁽²⁰⁾.

Entre as mães que não entenderam os cuidados realizados, destacam-se algumas falas das mulheres que chamam a atenção:

“O que passou pela boca dela antes do CPAP, não foi explicado, também não perguntei” (Tulipa).

“Entendi tudo, mas fiquei com dúvida e fiquei com vergonha de perguntar novamente” (Anis).

“Acho que estou entendendo, né?” (Lírio).

Isso demonstra que alguns procedimentos mais invasivos chamam a atenção e, em especial, que algumas mães se sentiram inibidas a tirar dúvidas ou até mesmo questionar a equipe. E isto, infelizmente, acaba sendo um obstáculo para a assistência do enfermeiro, pois cabe a ele incluir a mãe no processo de cuidado o que é essencial à humanização.

Outra informação que cabe ressaltar é explicar à mãe e família sobre o risco da manipulação excessiva e o porquê em alguns momentos essa equipe não manipulará ou realizará procedimentos no neonato. Visto que o RN quando internado

em uma UTIN é excessivamente manuseado, tanto para os procedimentos dolorosos, como para os cuidados de rotina, o manuseio ocorre sem distinção entre dia e noite e levam em consideração apenas as rotinas das unidades, e não a necessidade de cada bebê⁽²¹⁾.

Esse excesso de manuseio pode aumentar os riscos de infecção, hipoxemia, apnéia, hipertensão, aumento da pressão intracraniana, aumento do fluxo sanguíneo cerebral, parada cardiorrespiratória, cianose, bradicardia, hidrocefalia, dentre outros. Devido ao excesso de manuseio, muitas vezes não sobra tempo para o descanso, que é fundamental, pois um simples procedimento de rotina pode atrasar o desenvolvimento neurocomportamental⁽²¹⁾.

Os recém-nascidos são manipulados durante o dia, sem agrupamentos de procedimentos, interrompendo seu sono, desencadeando o estresse. Estudos realizados demonstram que o excesso de manipulação aumenta o risco de infecção, hipoxemia, apnéia, hipertensão intracraniana e alteração do fluxo cerebral. A fim de diminuir estes riscos, foi proposto o Protocolo de Manipulação Mínima, que é mantido por 72 horas após o nascimento do RNPT (recém-nascido pré termo) <1000g. Neste protocolo, há horários denominados de horários do “PSIU”, onde o RN não é manipulado por nenhum profissional, não é realizado nenhum procedimento, exceto nos casos de urgência e há uma redução da luminosidade e do nível de ruído local^(22,23).

Questionou-se então as mães sobre uma faceta da humanização neonatal, que é a minimização da dor do bebê, quando necessário, realizados procedimentos dolorosos, então buscou-se saber quais procedimentos para minimizar a dor foram feitos nos neonatos. Foi apontado então que, a sedação foi utilizada em 33% dos casos, a sucção nutritiva realizada em 20%, a contenção facilitada⁽¹⁾ em 20%, as gotinhas de glicose em 13% dos pacientes, a analgesia 7% e 7% das mães apontaram que não houve nenhum destes procedimentos. Porém, a maioria das mães não está presente durante a realiza-

ção de procedimentos invasivos e dolorosos, e pode ser devido a isto, o fato delas não terem percebido estas medidas de humanização.

Os recém-nascidos são expostos a vários procedimentos dolorosos ou estressantes, sobretudo, eles não verbalizam o que sentem, possuem uma linguagem própria que se define pelo choro e expressões faciais que os profissionais muitas vezes não observam. Estes estímulos causam repercussões, tanto orgânicas, quanto emocionais, o que gera impacto na qualidade de vida futura dessas crianças⁽²⁴⁾.

Intubação orotraqueal, punção de acesso venoso, punção arterial para coleta e exames, punção lombar, aspiração de cânula endotraqueal, utilização de pronga nasal, ventilação mecânica, drenagem torácica, punção de calcâneo, dissecação venosa, cateterização da veia umbilical e sondagens são procedimentos dolorosos que recém-nascidos de risco são normalmente submetidos durante sua permanência nas UTIN, em uma fase de grande instabilidade e adaptação ao meio extrauterino⁽²⁵⁾.

É neste momento que a enfermagem tem papel primordial, pois evitar a utilização de técnicas dolorosas é, muitas vezes, impossível devido ao quadro do RN, mas tornar esse momento mais humanizado para o bebê é fundamental.

A enfermagem tem grande importância na humanização em ambiente de UTIN, porém, este ainda é um longo passo a ser percorrido, pois envolve a individualidade de cada um que deve ser lapidada dia após dia, não se esquecendo da necessidade tecnológica. As atualizações são primordiais para que se tenha uma concordância entre técnicas para manutenção da vida e humanização⁽²⁶⁾.

A prática da enfermagem baseada em evidências científicas, a divulgação de pesquisas relacionadas ao cuidado de enfermagem e a capacidade de padronização do cuidado de supervisionar o trabalho da equipe e de priorizar e prestar o cuidado direto ao RN servirão de subsídios à enfermeira para a realização de cuidados humanizados e de qualidade⁽¹⁸⁾. Dentro desse quadro, surge o profissional de enfermagem como membro

da equipe multiprofissional que mais manuseia o RN e, dessa forma, cabe ao mesmo uma grande responsabilidade de evitar ao máximo a utilização de técnicas de forma incorreta e que tragam complicações futuras para o RN⁽²⁴⁾.

Desta forma, cabe destacar o papel de protagonista do enfermeiro neonatal dentro do ambiente da UTI. A importância do enfermeiro neonatologista é proporcionar ao recém-nascido o cuidado direto para haver melhora do seu quadro, supervisionar os técnicos de enfermagem e auxiliares, atendendo às necessidades dos pais, os orientando a tocar no bebê de forma a criar um vínculo entre mãe e filho, a busca pela qualificação quanto enfermeiros devido as constantes mudanças tecnológicas e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Vínculo mãe-bebê na UTIN

Observamos então, a necessidade de perceber se as mulheres conseguiam formar o vínculo mãe-bebê, apesar da permanência do neonato na UTIN, por isso, as mães foram questionadas se sentiam ou não a falta de uma maior interação com seus bebês.

Vê-se que os sentimentos maternos acerca da falta de um vínculo maior estão presentes na maioria dos casos (93%), e isto é perfeitamente compreensível e apontado em literatura. Isso ocorre porque o momento do nascimento é algo, na maioria dos casos, planejado, sonhado e idealizado. Toda família, em especial as mães, imaginam que quando seu bebê nascer ela vai pegá-lo no colo, amamentá-lo, acariciá-lo e que, principalmente, no momento em que ela tiver alta do hospital, vai levá-lo para casa e, assim, sua família vai estar completa. Infelizmente, quando o neonato vai para a UTIN e esse vínculo mãe-bebê acaba não sendo formado em um primeiro momento, muitas vezes ele tem dificuldade de ser estabelecido. Este momento em que o neonato vai para a UTI e precisa ficar internado traz um grande sofrimento para os pais e acaba com a fantasia idealizada pelo casal⁽²⁸⁾.

Perguntou-se então o que essas mães acreditavam que poderia aumentar esse vínculo com seus bebês, e as respostas mais impactantes foram:

“Passar a noite no hospital” (Alfazema).

“Pegando no colo [...], ainda não fiz isso” (Ranúnculo).

Isto demonstra que a separação, em especial a noite, e não conseguir formar o vínculo que vêm da amamentação acabam afetando as mães, pois estas têm durante a gestação uma visão de que tudo sairá bem e que elas terão o “sonho” quando seus bebês nascerem, e isso é quebrado com a ida para a UTIN.

De acordo com o estudo de Santos⁽¹⁵⁾, esta separação precoce do bebê “torna-o mais frágil e cria um déficit de carinho, afeto e ternura, indispensáveis para seu desenvolvimento”. Desta forma, este afeto da mãe, embora não constante pelo afastamento que existe em decorrência da internação, é essencial e deve ser estimulado pelo profissional que tem papel de mediador entre mãe e bebê. Assim, a humanização é uma ferramenta valiosa para estimular este vínculo, e exercido pela equipe de enfermagem ela é capaz de “tornar fecundo os momentos com os pais”.

O que também chamou a atenção foi a mãe que relatou não sentir falta de um maior vínculo, e quando explicado o porquê, sua fala foi:

“Acho que existe bastante tempo com meu bebê aqui, por ser uma UTI acho até que eles deixam tempo demais” (Rosa).

Isso mostra algo oposto à literatura, e acaba sendo uma exceção, que pode ser explicada justamente pela falta de vínculo, se a mãe não consegue se sentir inteiramente “mãe”, ela pode vir a se afastar do bebê e cabe ao enfermeiro estimular esse vínculo e inclui-la no cuidado.

Uma estratégia bastante utilizado na UTIN em busca da humanização é o método canguru, então buscou-se junto as mães, se conheciam a técnica e se ela foi usada em seus bebês. Identificou-se que 67% não conhecia o método canguru e 33% o conhecia. Quanto à questão de serem utilizados, 80% dos bebês realizou o método canguru e 20% não. Isto identifica que, apesar de grande parte dos neonatos utilizarem o método, a maior parte das mães não o conhecia (67%).

O Método Canguru é regido pela Portaria n.º 1.683, de 12 de julho de 2007, criou a atenção humanizada ao RN através do método canguru, incluindo o contato

pele a pele entre a mãe e seu recém-nascido. A utilização de redinhas em incubadoras, segundo Cole⁽¹²⁾, como recurso terapêutico em período neonatal, é uma prática que surgiu na Austrália em 2010. O posicionamento na redinha é utilizado, principalmente, na Região Nordeste do Brasil e, apesar da sua aplicação, há poucas evidências científicas quanto as indicações para seu uso, entretanto, vem sendo estudada em bebês prematuros e a termo, sem necessidade de oxigênio^(29,30).

Assim, identifica-se uma barreira de comunicação entre enfermagem e família, visto que o procedimento e seus benefícios não foram explicados às mães, o que acaba deixando-as afastadas do cuidado dos bebês, tornando ainda mais difícil a formação do vínculo mãe-bebê, pois estas não se sentem incluídas no cuidado e acabam “perdendo o controle” sobre os próprios filhos.

Outra forma de estimular o vínculo entre as mães e os neonatos é a amamentação, esta talvez seja a ferramenta mais poderosa entre uma mãe a seu filho. Por isso, destacamos no questionário a questão de as mães terem ou não a amamentação (seja de forma normal ou pela retirada manual do leite) estimulada pelos profissionais de saúde e no caso desta questão ser afirmativa, qual profissional esteve envolvido neste processo.

Estes dados são fundamentais, visto que a amamentação é um dos principais métodos de humanização, se não o principal implantado na UTIN, o que une mãe e filho de forma muito forte é o aleitamento materno que, além de criar um vínculo afetivo, torna a mãe protagonista no processo de melhora do neonato. Visto que, esta prática “favorece o crescimento e desenvolvimento da criança, decorrente dos benefícios nutricionais e imunológicos do leite humano, que fortalece o vínculo mãe, filho e familiar, além de prevenir infecções bacterianas e patologias como obesidades, alergias e certas desordens metabólicas”⁽³¹⁾.

Outro autor⁽³²⁾, que cita esta forma como o método de criação de vínculo mais forte entre mãe e filho é Frigo, es-

Gráfico 1. Os Profissionais Envolvidos na Amamentação. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2018



clarece que “uma amamentação prazerosa acontece com o contato contínuo entre mãe e filho, certamente fortalece os laços afetivos, oportuna intimidade, desencadeia sentimentos de segurança e autoconfiança na mulher”.

Em contrapartida, percebe-se que em apenas 62% dos casos este método foi estimulado pela equipe de enfermagem, o que chama a atenção, afinal, este profissional deveria ser protagonista na humanização da unidade e algo tão importante como a amamentação não pode ser deixada de lado pelos profissionais. Portanto, há a necessidade de revisão do papel da equipe de enfermagem, em especial, feita pelo enfermeiro sobre a atuação de sua equipe, e a humanização do cuidado do neonato e o papel da mãe na assistência.

CONCLUSÃO

A cada ano mais neonatos acabam indo para a UTIN, seja pelo alto número de cesárias, aumento da idade materna, grande número de partos prematuros ou pela falha na assistência pré-natal. Com isso, percebeu-se a necessidade de garantir enfermeiros neonatais que tenham conhecimentos técnico e científico adequados para garantir a qualidade da assistência. Garantir unidades com tecnologia de ponta aliadas à humanização dos cuidados, visando o bem-estar do paciente.

A humanização se torna parte integrante da UTI, preparar o enfermeiro para prestar este atendimento voltado para o pacien-

te e também para a família é fundamental. E para conseguir humanizar, primeiro é necessário conhecimento, tanto por parte do enfermeiro de novas técnicas e determinações do Ministério da Saúde, quanto da família que deve ser orientada em especial às mães, sobre tudo que acontecerá com os bebês. E o estudo demonstrou exatamente isso, as mães não conhecem a humanização, e a equipe de enfermagem deve atuar nesta área, dando conhecimento à família sobre as técnicas necessárias.

Visto isso, é preciso focar em procedimentos, já que este é um dos principais obstáculos para a melhora ou piora do neonato, apesar de serem fundamentais, em excesso, trazem malefícios à criança, pois aumentam o estresse do neonato. Esse excesso de manipulação unido ao ambiente já estressor da UTIN, com barulhos, muitas luzes e outros incômodos, acabam trazendo problemas ao bebê e, por muitas vezes, agravando sua patologia. Por isso, implantar medidas como, a “hora do soninho” e explicar a mãe a necessidade de evitar a manipulação constante do neonato é fundamental.

O estabelecimento do vínculo mãe-bebê também foi parte fundamental do estudo, já que os dados demonstraram que a maior parte das mães sente falta de um vínculo maior, e isso deve ser estimulado pelo enfermeiro. Infelizmente, acabou não sendo encontrado na equipe de enfermagem grande protagonismo neste momento, grande parte das mães, por exemplo, não teve a amamentação

estimulada pela equipe de enfermagem o que demonstra um déficit que precisa ser solucionado e a equipe de enfermagem, em especial, o enfermeiro, precisa retomar seu papel de protagonista na humanização da unidade de terapia intensiva neonatal, unindo mãe e bebê através da estimulação do vínculo que está fragilizado ou nem pode ser formado, devido a internação na unidade.

Assim, percebe-se a necessidade da adoção de algumas mudanças no ambiente da UTIN, bem como na assistência de enfermagem. Primeiramente, é importante fundamentar a importância de direcionar a assistência da equipe e os meios de humanização para, de forma maciça, investir na criação, estabelecimento e ampliação do vínculo mãe-bebê. Para isso, é importante incluir a mãe na assistência e orientá-la sobre tudo que é feito com seu bebê, por isso, explicar os procedimentos e as rotinas do setor para as mulheres é de extrema importância.

Posteriormente, mudar a rotina do setor ao estabelecer medidas efetivas de humanização e melhora do ambiente estressor da UTIN, como a hora do soninho, método canguru e a diminuição da manipulação do recém-nascido. Por último, disponibilizar cursos de atualização para a equipe e, principalmente, como enfermeiro, capacitar a equipe de enfermagem de forma a aprender a utilizar e estabelecer medidas de humanização, vínculo e educação continuada dentro da unidade. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria [Internet]. Faltam 3,3 mil leitos de UTI neonatal no país, denuncia a SBP ao cobrar medidas para o Nascimento Seguro de brasileiros [acesso em 10 de mar de 2018]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>
3. Souza KCL, Campos NG, Santos Júnior FFU. Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Bras Promoc Saude. 2013 out-dez; 26(4):523-529.
4. Lima AA. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. Salvador. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal da Bahia; 2013.
5. Oliveira JB, Francalino TR, Silva MLF, Araújo Junior AC, Lima LR. Atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Mostra Interdisciplinar do curso de Enferm. 2016 Dez; 2.
6. Coelho AS, Custódio DCGG, Rosso G, Silva R, Silva JSC, Carniel

REFERÊNCIAS

- F. Equipe de enfermagem e a assistência humanizada na UTI neonatal. *ReonFacema*. 2018 Jan- Mar; 4(1):873-877.
7. Magalhães FJ, Lima FET, Rolim KMC, Cardoso MVLML, Scherlock MSM, Albuquerque NLS. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em UTI neonatal. *Rev Rene*. 2011 Jan-Mar; 12(1):136-43.
8. Martins CF, Fialho FA, Dias IV, Amaral JAM, Freitas SC. Unidade de terapia intensiva neonatal: o papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. *R Enferm Cent O Min*. 2011 Abr-Jun; 1(2):268-276.
9. Brandão APM, Diniz CH, Santos LF, Souza MCF. Humanização da assistência de enfermagem frente a dor e ao estresse do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão de literatura. *RevCient FacMais*. 2017 Fev-Mar; 3(1).
10. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: UFRGS; 2009.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2013; Seção 1.
12. Almeida NKO, Almeida RMVR, Pedreira CE. Adverse perinatal outcomes for advanced maternal age: a cross-sectional study of Brazilian births. *J Pediatr*. 2015; 91(5):493-498.
13. Reis RP, Vieira MEB, Linhares MBM, Formiga CKMR. Influência entre o número de gestações e idade materna com o desenvolvimento motor de prematuros e com baixo peso de 0 a 6 meses [Apresentação no III Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEG; 2016 out 19-21; Goiás, Brasil].
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 26 de setembro de 2012; Seção 1.
15. Santos AAS. Humanização em UTI Neonatal: análise da literatura sobre a atuação da enfermagem na tríade mãe, recém-nascido. Florianópolis. Monografia [Especialização em Linhas de cuidado de enfermagem] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
16. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
17. Barbosa AMB, Lima CAP, Fernandes R, Sousa SM. Consequências dos ruídos para RN e profissionais de enfermagem em uma UTI neonatal. Goiânia. Monografia [Graduação em enfermagem] – Faculdade Padrão; 2015.
18. Rolim KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006 jan-fev; 14(1):85-92.
19. Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2012 mar-abr; 65(2):269-75.
20. Soares AM, Soriano SS. A formação do laço bebê e o outro primordial no espaço da UTI Neonatal [Apresentação na XV Jornada Científica dos Campos Gerais; 2017 out 25-27; Ponta Grossa, Brasil].
21. Magalhães FJ, Lima FET, Rolim KMC, Cardoso MVLML, Scherlock MSM, Coelho ADA. Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal. Encontro Norte-Nordeste de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica. 2012 jun; 24-27.
22. Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde (BR). Manual de rotinas de enfermagem da internação neonatal. São Paulo: Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelr Silva; 2012.
23. Santos, BR, Orsi KCSC, Balieiro MMFG, Sato MH, Kakehashi TY, Pinheiro EM. Efeito do “horário do soninho” para redução do ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. *Esc Anna Nery Ver Enferm*. 2015 jan-mar; 19(1):102-106.
24. Sousa MSM, Vieira LN, Carvalho SB, Monte NL. Os cuidados de enfermagem com os recém-nascidos na UTI. *Rev Saúde em Foco*. 2016 jan-jun; 94-106.
25. Rodrigues MS, Silva GF. Atuação do enfermeiro na monitorização do recém-nascido em unidades de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm Revista*. 2012 set-dez; 249-264.
26. Barreto AP, Inoue KC. Assistência humanizada em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): a importância dos profissionais de enfermagem. *Revista Uningá Review*. 2013 jul-set; 15:66-71.
27. Gomes AVO, Nascimento MAL. O processo de cateterismo central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 mar; 47(4):794-800.
28. Carvalho LS, Pereira CMC. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Rev SBPH*. 2017 Jul-Dez; 20(2):101-122.
29. Ministério da Saúde [Internet]. Método Canguru [acesso em 10 de mar 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br>.
30. Lino LH, Coelho PG, Fonseca FLA, Filipini R. Os benefícios da rede de balanço em incubadoras utilizadas em recém-nascidos na UTI neonatal: uma estratégia de humanização. *Rev Enferm Revista*. 2015 jan-abr; 18.
31. Baptista SS, Alves VH, Souza RMP, Rodrigues DP, Cruz AFN, Branco MBLR. Manejo clínico da amamentação: atuação do enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFSM*. 2015 Jan-Mar; 5(1):23-31.
32. Frigo J, Zocche DAA, Palavro GL, Turatti LA, Neves ET, Schaefer TM. Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Enferm UFSM*. 2015 Jan-Mar; 5(1):58-68.