## UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO CURSO GESTÃO EM SAÚDE

## **EUGENIA MARIA SCHEER**

IMPORTÂNCIA DO CUIDADO NEUROPROTETOR DE NEONATOS DE BAIXO PESO E PRÉ-TERMO. Quanto aos aspectos psicoafetivos e à qualidade de gestão hospitalar.

Pólo: São Lourenço do Sul

2012

## **EUGENIA MARIA SCHEER**

# IMPORTÂNCIA DO CUIDADO NEUROPROTETOR DE NEONATOS DE BAIXO PESO E PRÉ-TERMO. Quanto aos aspectos psicoafetivos e a qualidade de gestão hospitalar.

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao Curso de Gestão em Saúde, da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador Prof. Dr. Takeyoshi Imasato Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Pólo: São Lourenço do Sul

2012

Jodo prematuro tem direito ao tratamento estabelecido pela ciência, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Sendo assim, todo prematuro tem o direito de ser cuidado por uma equipe multidisciplinar capacitada a compreendê-lo, interagir com ele e a tomar decisões harmônicas em seu beneficio e em prol de seu desenvolvimento.

(Artigo IV - Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro)

Esse Trabalho de Conclusão de Curso, uma forma de contribuir à qualificação crescente das ações em Unidade de Tratamento Intensivo de Neonatos, é dedicado aos bebês de risco, com quem se aprende que a força para superar obstáculos e enfrentar o desafio de evoluir, desde as primeiras horas de Vida extrauterina, está conosco.

#### Agradecimentos

A Deus por ter me dado a vida e, nela o dom de cuidar, iluminando-me diante dos obstáculos, sem me deixar desanimar guiando sempre meu caminho.

A meu pai, pelo exemplo de perseverança e paciência. Contigo, pai, aprendi que o amanhã será sempre um dia melhor, (in memórian).

À minha mãe, pelas lições de vida. Com grande sabedoria e amor, cedo, me empurrou do ninho, para que alçasse meus próprios vôos e encontrasse meu caminho, (in memórian).

Aos meus irmãos, às cunhadas e aos sobrinhos. Em especial às minhas irmãs Gerda e Margarida que estão sempre presentes em minha vida. Amo todos vocês!

Ao prof<sup>o</sup>. Takeyoshe Imasato, por ter aceitado ser meu orientador. Sem sua ajuda, a realização deste estudo não seria possível. Minha eterna gratidão!

À tutora Danielle, por se manter presente, pronta para ajudar, transmitindo segurança em todos os momentos de ansiedade com palavras de carinho e incentivo. Muito obrigado!

À minha amiga, colega e terapeuta Nara Vieira, que me auxiliou e orientou quanto a Abordagem Centrada na Pessoa, emprestando seus livros e seu conhecimento. E mesmo atarefada sempre me orientou quando me sentia perdida, me apoiando dizendo-me palavras que me acalmavam e me faziam pensar em meio a um turbilhão de preocupações. Obrigada pela confiança que depositastes em mim e no que eu idealizava conhecer. Serei eternamente grata a ti!

Aos meus colegas do Hospital Escola da UFPEL: médicos e enfermeiros (as), técnicos e auxiliares de enfermagem. Em especial à Dr<sup>a</sup>. Maria Amália Saavedra, por ter me apontado a importância do Cuidado Neuroprotetor, e que este seria um bom tema para um TCC, ao qual me lancei em desafio, espero não desapontar nenhum de vocês. E que, juntos, possamos cuidar ainda melhor dos nossos pequenos pacientes. Adoro essa equipe, da qual faço parte!

# Sumário

RESUMO	8
PREÂMBULO	9
I. INTRODUÇÃO	12
2. APORTE TEÓRICO: Abordagem Centrada na Pessoa e Humanização, Políticas d	e
Saúde e Humanização do Atendimento	
2.1- Abordagem Centrada na Pessoa	19
2.2- Políticas de Saúde	23
2.3- Do Direito à Saúde	24
2.3- O Paciente como Centro	31
2.4- Humanização do Atendimento	34
B. METODOLOGIA	43
3.1- Problema:	43
3.2- Objetivos	43
4. ANALISE TEORICA SOBRE CUIDADOS NEUROPROTETOES DE NEONAT DE BAIXO PESO OU PRE-TERMO	
4.1- A UTI Neonatal e seu Impacto no Neonato de Baixo Peso ou Pré-termo	47
4.1.1- A Humanização do Atendimento a Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo	
4.2- Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-Termo, em UT Neonatal	
4.2.1- Práticas de Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pro	
termo	57
1- Controle e/ou redução do estresse	57
A-Sinais de Estresse do Neonato	
B- Conduta do Profissional ante Sinais de Estresse do Neonato	
a- Pausa	61
b- Manobras de Organização	62
c- Suspensão do Procedimento ou da Interação	62
C- Interveniências do Estresse nos Estados Comportamentais dos Neonato	s de
Baixo Peso ou Pré-termo	63
2- Transporte Intrautero	65
3- Método Canguru	66

4. Estimulação Vestibular, Auditiva, Olfativo/gustativa, Visual e Tátil,	<b>67</b>
modulada	
a. estimulação vestibular	
a1. Estratégias de Cuidado	68
b. estimulação auditiva	68
b1. Estratégias de Cuidado	69
c. Estímulo Olfativo e Gustativo	70
c1. Quanto ao Sistema Olfativo	
c2. Estratégias de Cuidado	
c3. Quanto ao Sistema Gustativo	
c4. Estratégias de Cuidado	
d actionals visual	70
d. estimulo visual	
d1. Estratégias de Cuidado	12
e. Estímulo Tátil	73
f. Manejo da Dor	73
f1. Estratégias de Cuidado	
5- Apoio ao Aleitamento Materno	76
6- Monitoração da Temperatura	77
7- Atenção ao Refluxo Gastroesofágico	77
8- Atenção à Apnéia	78
9- Nutrição	78
4.3- Aspectos Psicoafetivos e Cuidados Neuroprotetores	79
4.3.1- Para o Neonato	
b- O Desenvolvimento Cognitivo	
4.3.2- A Parentalidade	
4.3.3- A Formação de Laços Afetivos	
4.3.4- O Cuidador e sua Importância para a Psicoafetividade do Neonato	
4.3.5- Para Promoção da Saúde da Criança	
4.4- Vantagens de Implantação	97
5. DISCUSSÕES	102
6. CONCLUSÕES	105
REFERÊNCIAS	
REPERENCIAS	109
ANEXOS	112

Anexo 1			• • • • • • •					113	
~		ocumentos pe ano de pub	-	1	elaboração projeto To	CC, cf	me.	tipo,	
Anexo 2			• • • • • • •					117	
Quadro 2. Etapas do processo emocional dos pais na UTI neonatal									
Anexo 3			• • • • • • •					118	
Quadro	3:	Benefícios	dos	cuidados	desenvolvimentistas	para	0	prematuro	

# IMPORTÂNCIA NO CUIDADO NEUROPROTETOR DE NEONATOS DE BAIXO PESO E PRÉ-TERMO. Quanto aos aspectos psicoafetivos e a qualidade de gestão hospitalar.

#### **RESUMO**

O trabalho é resultante de pesquisa qualitativa, com base na análise documental de legislação de saúde, Constituições, Lei Orgânica do Município; artigos em bancos virtuais e/ou livros sobre o tema; livros de psicologia; e, de observação participante. Identificou-se qual a importância dos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo em UTI Neonatal para os aspectos psicoafetivos de neonato, parentalidade e de profissionais de saúde; para a qualidade de gestão de serviços prestados por instituições hospitalares; na prevenção de distúrbios no desenvolvimento; e, na redução de custos do Estado. Um Cuidado que se identificou como fundamental, atravessa todos os demais: o estresse do neonato que se reflete também nos profissionais e na resposta positiva aos tratamentos, reduzindo o impacto psicoafetivo da internação hospitalar, geradora de incongruências perceptivas.

#### Palavras-chave:

Neonatos. Baixo Peso. Pré-termo. Cuidados Neuroprotetores. Abordagem Centrada na Pessoa.

#### **ABSTRACT**

The present work is a result of qualitative research, based in documental analysis of legislation of health, Constitutions, Municipal Organic Laws; articles in virtual banks and/or books about the subject; books of psychology; and, participant observation. There identified which the importance of Neuroprotector Care of low weight of Neonates or daily preterm in Neonatal (ICU) for the aspects of affectivity of neonate, your parents and the professionals' health; for the quality of management of services given by nosocomial institutions; in the prevention of disturbances in the development; and, the reduction of costs of the State. A care that was identified how basically, it crosses all other: the stress of the neonate that is reflected also in the professionals and in the positive answer to the treatments, reducing the impact on affectivity of the nosocomial admission, creator of perceptive incongruence.

#### **Key Words:**

Neonates. Low weight. Preterm. Neuroprotector Care. Person Centered Approach.

#### **PREÂMBULO**

Ao desenvolver-se o desenho da pesquisa bibliográfica sobre neonatos de baixo peso ou pré-termo o primeiro passo desenvolvido foi a leitura seletiva de textos específicos. No decorrer da mesma, foram se evidenciando aspectos psicológicos que pareciam necessitar de maior esclarecimento e que salientaram observações, reflexões freqüentemente presentes na prática em UTI Neonatal da autora, na qualidade de auxiliar de enfermagem. Em seguida, chegou-se à identificação dos autores básicos, relativos à psicologia, e que eram citados nos textos pesquisados. A finalidade dos mesmos era a identificação das possibilidades de ampliação de modos de compreender os aspectos relacionados a essa situação tão especial para neonatos e famílias.

Nesse caminho de construção do projeto de pesquisa, antigas conversas com uma psicóloga (segunda carreira da autora), sobre as vivencias do neonato e de profissionais de saúde em UTI Neonatal vieram à lembrança. Ao procurá-la, receberam-se indicação de bibliografia, informações sobre a teoria com que trabalha há 25 anos: Abordagem Centrada na Pessoa, sistematizada pelo psicólogo norte americano Carl Ransom Rogers. Foi a oportunidade de insight para a autora do Trabalho de Conclusão de Curso: essa teoria poderia efetivamente auxiliar nas reflexões do mesmo. A gestão de serviços de saúde não pode prescindir de oferecer aos seus usuários qualidade da atenção prestada; melhora da qualidade de vida, em internação; condições de trabalho humanizadas; e, prevenção secundaria aliada a custos compatíveis com as realidades municipais, estaduais e nacionais. E, isto, apontaram essas conversas, está em conformidade com serviços de

saúde em que a pessoa seja o centro\_ o que equivale a dizer: a pessoa como centro (filosofia básica da Abordagem Centrada na Pessoa).

No corpo do texto do TCC, à medida que avança a exposição dos conteúdos vai se incluindo reflexões oriundas da possível ligação da psicologia com as práticas em UTI Neonatal e, incluem-se aspectos psicológicos inspirados e embasados na Abordagem Centrada na Pessoa como forma de contribuir para o desenvolvimento dessas práticas com mais consistência. Nesse Trabalho não se pretende aprofundar os temas que se amparam nessa vinculação prática de enfermagem neonatal e psicologia. Essa seria uma tarefa de fôlego, que iria requerer mais tempo de produção, pesquisa e recursos. Contudo, ao chegar à conclusão do Trabalho ficou evidente que pode ser muito importante para os trabalhadores com esta população especifica chegar-se a produzir mais, nessa direção.

Os elementos básicos que nortearam o desenvolvimento desse trabalho vêm da enfermagem; e, da Abordagem Centrada na Pessoa. Do primeiro, a teoria utilizada é aquela apontada pelo Ministério da Saúde, a partir do Método Canguru, ampliada com pesquisa na produção de conhecimento de outros autores da área de saúde. Integra-se a essa, a teoria psicológica oriunda da Abordagem Centrada na Pessoa que, parece mais apropriada para dar maior consistência à esta atenção que, de acordo com a orientação do Ministério da Saúde sobre o Método, a política nacional de saúde e com os atributos da gestão em Saúde (Barbosa e Carvalho, 2010), tem o paciente como centro.

Quanto ao último, vai-se apresentar: o que é a psicologia oriunda da Abordagem; os pressupostos básicos conforme Carl Rogers os desenvolveu em meio século de prática clinica ambulatorial, em hospital de saúde mental, com grupos de tensões interraciais, interculturais, agencias de reintegração social de crianças, famílias e ex-combatentes

norte-americanos; a sua teoria da personalidade. Supõe-se que tais aspectos trazem luz à leitura do conteúdo desenvolvido no corpo do Trabalho de Conclusão de Curso.

Embora essa produção não esteja vinculada à população específica de que trata esse TCC, pode-se perceber que ela embasa com consistência alentadora, aos profissionais de saúde, as práticas desenvolvidas em UTI Neonatal. No corpo do trabalho, então, o leitor irá encontrar a integração de conhecimentos da Abordagem Centrada na Pessoa que complementam com esclarecimentos os resultados do exercício de Cuidados Neuroprotetores de neonatos de baixo peso ou pré-termo. Pretende-se com isso, chegar ao resultado final de um texto de leitura simples, agradável, que possa ser compreendido por técnicos e leigos. Contribuir para uma gestão eficaz de pessoas que prestam serviços fundamentais à pessoas é, em nossa opinião, uma feliz oportunidade de gerenciamento de qualidade para facilitar qualidade de vida.

Como preparação à leitura do trabalho, apresentam-se as concepções rogerianas da primeira sistematização completa de pesquisa de Carl Rogers com Marian Kinget, em 1977, no item 2. É essa obra que serve de fundamentação teórica para os desenvolvimentos posteriores quanto aos aspectos psicológicos dos cuidados neuroprotetores de neonatos, no corpo do trabalho, além de, eventualmente, incluíram-se acréscimos de autores locais com prática psicoterápica que se encontra delineada em livros. Alem disso, apresentam-se aspectos considerados pela autora como relevantes sobre políticas de saúde e humanização do atendimento ao paciente.

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, em seu Título VIII, Capítulo II, Seção II, Da Saúde, em seu Art. 196 estabelece a nova configuração do que trata esse Capitulo. Se antes a saúde era vista apenas pelo aspecto médico, o movimento de saúde anterior à Constituição traz em acréscimo uma visão social e econômica. Em decorrência, consta do referido Art.:

(...) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) embasou-se na integração de uma rede de ações e serviços públicos de saúde. Essa rede estaria organizada de forma regionalizada e hierarquizada. Conforme consta no art. 198, da Constituição Federal suas diretrizes eram:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade.

No atendimento integral aos usuários do Sistema de Saúde está prevista a hierarquização de ações nos âmbitos de recuperação (na atenção terciária) com o de promoção (atenção primária) e prevenção (atenção secundaria) vem deixando a desejar. Por atenção primária entendem-se as ações de promoção de saúde (informação, educação de saúde e, eventualmente, a prevenção primária). Estas são ações que podem

ser desenvolvidas a partir do posto de saúde, como a vacinação. Também pode integrar o trabalho dos agentes de saúde, p. ex. A atenção secundária inclui as ações preventivas e as ambulatoriais (ações nos postos de saúde, unidades de pronto atendimento). A atenção terciária esta vinculada aos cuidados hospitalares de recuperação da saúde. Em linhas gerais, nos anos 90 do século XX, afirmava-se a seguinte hierarquia: promoção, prevenção, recuperação.

A observação do sistema de Saúde e dos relatos que chegam ao cidadão através da mídia tem apontado para as dificuldades e/ou rompimentos da hierarquização das ações de saúde. Com relação à criança, p.ex., têm chegado à grande mídia questões graves de descuido com a criança e pais. Tais situações geram, às vezes, situações de perda de vida e/ou conseqüências à saúde (física, afetiva, mental e social) da criança e sua família. O custo social e econômico cresce para a família, instituição e/ou Estado, mas também para a sociedade como todo cresce a desconfiança nos serviços de saúde, gerando estresse adicional quando da necessidade de procura dos serviços de saúde e dos trabalhadores da saúde.

Em decorrência disso, considera-se que acréscimos em qualidade de atendimento, em especial de estratégia de humanização em geral e, especifica em UTI Neonatal, em muito podem contribuir para a confiabilidade da instituição, bem como para contribuir com o fortalecimento da Política Nacional de Saúde original. Deste modo, contribui-se com a oferta de subsidio teórico para a instituição que pode motivar-se para oferecer mais qualidade de serviço:

- à população especifica, fazendo prevenção secundaria de novos distúrbios orgânicos, reduzindo sobrecarga ao sistema de saúde;
- à população em geral, oferecendo serviços cada vez mais qualificados;

- aos profissionais de saúde, oferecendo a oportunidade de trabalhar de modo mais integral; e,
- à sociedade local, que passa a ter mais motivos para fortalecer a imagem positiva que tem do Hospital, voltado para o desenvolvimento sadio do novo cidadão.

Sabe-se que no Brasil as estatísticas apontam para o fato de que a mortalidade neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil (Lansky et al, 2002). Em decorrência, a preocupação com a humanização das ações de saúde neonatal leva a busca de estratégias de Cuidado Neuroprotetor de Neonatos (CNN) como, p. ex., o Método Canguru. Esse método foi normatizado pela Portaria nº 693, de 5/7/2000 que instrumentaliza profissionais da área de saúde no uso de Cuidado Neuroprotetor de Neonatos.

Em nível municipal, dados da Secretaria Municipal de Saúde/Plano Municipal de Saúde 2007/2009, apontam que em 2006, 10,3% dos nascidos vivos, tinham peso abaixo de 2500 g. Das causas de óbitos, no mesmo ano, 3,2% foram relativos a causas perinatais. Entre 2000 e 2006, pode ser observada redução na taxa de mortalidade relacionada a essas causas (Pelotas, 2007:34). Pode-se observar, cfme. Tabela 18, 6,4% de óbitos relativos a prematuridade ou imaturidade extrema (Pelotas, 2007:35).

A observação no desenvolvimento de rotinas em UTI Neonatal permite verificarse aumento da incidência de neonatos de baixo peso e prematuros, com aumento de
demanda a serviços para esta população, no extremo sul do RS. Por isso, é interessante
estabelecer estratégias de fortalecimento e/ou de ampliação de práticas de atenção à
saúde que, além de facilitar redução do percentual de morbidade e de mortalidade dessa
população, integrem prevenção secundária de problemas cognitivos, emocionais. A

adoção destas estratégias pode reduzir também os custos dos cuidados com esta população (inclusive a posteriori) e, com as interveniências do estresse profissional.

Trabalhos pioneiros como os de Lamy et al (2005) e Klaus & Kennell (2000), destacam a importância de cuidados maternos para o melhor desenvolvimento do bebê, alertando para os efeitos da separação precoce e prolongada entre mãe e bebê. A separação pode trazer como fator de risco para atraso no desenvolvimento e seqüelas neurológicas. Também afirmam que há dados que indicam ser possível reduzir também custos ao Sistema de Saúde, já que integra no nível terciário (hospital) o aspecto da prevenção secundaria. Portanto, com o seu uso pode haver redução significativa de novos impactos aos Serviços de Saúde.

Além disso, o aumento da qualidade de atendimento, com estratégias de humanização do atendimento, em muito podem contribuir para a confiabilidade da instituição, bem como para o fortalecimento da Política de Saúde.

A humanização no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é aspecto de importância crescente na qualidade da atenção ao recém-nascido (Lamy et al, 2005). Humanização e qualidade da assistência são aspectos integrados que valorizam pacientes, instituição e políticas públicas. Por humanização entende-se a qualificação dos modos de assistência que valorizem a qualidade do cuidado à saúde do paciente do ponto de vista técnico, integrada aos direitos dos usuários dos serviços de saúde, de sua subjetividade, das referencias culturais e, com a valorização do profissional (Deslandes: 2004 in Lansky et al, 2005). Portanto, também supõe autovalorização da pessoa do profissional no desenvolvimento de condições de facilitação de saúde (Langone e Vieira, 1995). É preciso considerar que a humanização em saúde é desafio a todos os envolvidos nas ações de saúde de neonatos de baixo peso ou pré-termo em especial e, em geral de saúde dos pacientes que demandam por esses serviços. É desafio a usuários dos serviços

de saúde e de outros profissionais, além dos profissionais de saúde. Contudo não podemos e não devemos esquecer que a humanização também deve ser estendida ao profissional através de ações que envolvam seu processo de trabalho.

A UTI-Neonatal do Hospital Escola UFPel, foco de motivação para esse estudo, oferece 6 leitos, e foi até a segunda semana de novembro de 2011 uma das duas UTIs-Neonatais, do município de Pelotas, a atender pacientes de Pelotas (RS) e região. Ela apresenta qualidade de atenção à criança, à mãe e/ou pai, podendo, contudo, solidificar mais a mesma, de conformidade com os Direitos da Criança e do Adolescente e com o Ministério da Saúde/Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso.

Com esse estudo, espera-se contribuir com a oferta de subsidio teórico sobre a importância do Cuidado Neuroprotetor de Neonatos para a instituição, que pode motivar-se para oferecer mais qualidade de serviço:

- à população especifica, fazendo prevenção secundaria de novos distúrbios orgânicos, reduzindo sobrecarga ao sistema de saúde;
- para a população em geral, oferecendo serviços cada vez mais qualificados;
- para os profissionais de saúde, oferecendo a oportunidade de trabalhar de modo mais integral; e,
- para a sociedade local, que passa a ter mais motivos para fortalecer a imagem positiva que tem do Hospital voltado para o desenvolvimento sadio do novo cidadão.

Com a finalidade de ampliar a sustentação ao tema, integram-se às informações técnicas e normativas algumas categorias de trabalho da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), escola de psicologia, sistematizada pelo psicólogo norte-americano Carl Rogers e, de seus colaboradores, que teve grande participação na educação de psicólogos,

médicos e na atualização de filosofia de atenção a pacientes em hospitais norteamericanos. Ela oferece bases para relações interpessoais facilitadoras do desenvolvimento de condições de saúde. Entre elas ressaltam-se: a empatia, o respeito a si e ao outro, a aceitação incondicional que se complementam em relações de pessoa a pessoa. Desse modo, supera-se a relação meramente técnica ou científica com o estabelecimento de relações horizontais, reduzindo a rigidez hierárquica.

A pesquisa em questão focalizou-se mais detidamente em qual a importância dos Cuidados quanto a aspectos da relação profissionais de saúde, neonatos e pais no desenvolvimento de condições de saúde, integrantes dos Cuidados Neuroprotetores a neonatos de baixo peso ou pré-termo, e, para a gestão do serviço e das instituições hospitalares. Vai-se buscar agregar reflexões, usando o método dedutivo, sobre a importância preventiva das ações neuroprotetivas do neonato, oferecendo subsidio à instituição.

A base de pesquisa qualitativa é a análise documental de legislação de saúde, Constituições, Lei Orgânica do Município; artigos em bancos virtuais e/ou livros sobre o tema; livros de psicologia, em especial da Abordagem Centrada na Pessoa.

Os avanços nos cuidados biomédicos aos neonatos de baixo peso ou pré-termo, além de aumentarem as oportunidades de sobrevida dos mesmos, aumentam a probabilidade de sequelas decorrentes da imaturidade neurobiológica Véras e Traverso-Yépez (2010). Essas sequelas irão demandar atendimento especializado e investimento de tempo, esforços, recursos financeiros e sociais que os pais, irão ter dificuldade em atender, à exceção de pais de classe social alta.

Os bebês pré-termo são susceptíveis à mortalidade bem como às complicações decorrentes das infecções e das lesões, as quais podem levar à paralisia cerebral, ao retardo mental e a outros distúrbios físicos e neurológicos. Precisam, portanto, ao

nascer, de cuidados especiais intensivos, sendo, muitas vezes, internos em unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN), até saírem da situação de risco, que pode demorar entre dias e meses.

Nessa perspectiva, o impacto da condição da prematuridade e/ou do baixo peso no curso do desenvolvimento e na adaptação psicossocial da criança impulsionou o interesse do governo brasileiro em editar portarias e normas, através do Ministério da Saúde, amparadas em um discurso humanizador nessa área.

Em 5 de julho do ano de 2000, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 693/GM, estabelecendo as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Porém, essa portaria foi revogada, entrando em vigor a Portaria 1.683, de 12 de julho de 2007, observando-se pequenas mudanças em relação à elaboração textual, à ordem de alguns itens e à exclusão de outros. Uma das modificações foi a recomendação da posição canguru na terceira etapa, ou seja, em nível domiciliar. De acordo com a portaria anterior, essa prática deveria ser determinada exclusivamente em função do bem-estar da criança, entretanto, na nova portaria passa a estar em função do bem-estar da díade mãe e filho.

# 2. APORTE TEÓRICO: Abordagem Centrada na Pessoa e Humanização, Políticas de Saúde e Humanização do Atendimento

## 2.1- Abordagem Centrada na Pessoa

A Abordagem Centrada na Pessoa é uma escola de psicologia sistematizada pelo psicólogo norte-americano Carl Ransom Rogers, nos Estados Unidos, entre os anos 30 e meados dos 80, do século XX. A produção de Rogers passou a ser conhecida como integrante da terceira força em psicologia: a das escolas humanistas, sendo alternativa ao predomínio da psicanálise e do comportamentalismo norte-americano. Sua influencia estendeu-se a diversas áreas do conhecimento que lidam com o mistério humano como: o aconselhamento vocacional; aconselhamento e psicoterapia infantil; psicoterapia; criatividade; desenvolvimento grupal; redução de tensões interraciais e interculturais; desenvolvimento de psicoterapeutas; desenvolvimento de habilidades de relacionamento de outros profissionais de saúde e de educação, entre outras. Sua evolução esteve vinculada a pesquisas, com apresentação criteriosa aos pares em associações especificas.

Em diversos países, de culturas bem diferentes, a Abordagem fez sentir seus efeitos: no Japão, no Brasil, na África do Sul, na Inglaterra, na Polônia, na Alemanha, em países da América Central, entre outros.

Sua característica marcante é considerar fundamental o relacionamento de pessoa para pessoa entre o profissional e o cliente. Com isso, acentua o poder pessoal do profissional como significativo, sem desconsiderar a importância do conhecimento técnico-científico. O relacionamento entre ambos tem uma característica mais horizontal

já que não considera que o profissional tem poder sobre o que vem à ajuda ou ao atendimento. Em conseqüência disso, a Abordagem substitui o termo paciente por cliente, desejando denotar o mesmo como aquele que busca ativamente pelo serviço que necessita (embora às vezes possa não saber muito bem a extensão do que necessita). Além disso, o papel do profissional que lide com pessoas não é meramente técnico mas, pessoal e técnico.

Pode-se considerar dois os pressupostos básicos sobre os quais se assentam os demais: organismo e tendência à atualização. Em muito, esses pressupostos foram clarificados pela física quântica, no caso do último pressuposto, designado como tendência formativa.

Por organismo, Rogers compreendia o todo mente, emoção, corpo em interação permanente onde a alteração em um fator, tinha interveniência nos demais por alterar o equilíbrio dinâmico da pessoa. Essa concepção implica abrir mão da visão linear de mundo. Conforme Rogers e Kinget (1977:42) a saúde e o bem estar físico da pessoa têm se revelado condicionados por sua experiência, isto é, por seus sentimentos, pensamentos e emoções, tanto quanto pela nutrição, pelo exercício e outros fatores físicos. Igualmente, o comportamento está relacionado tanto à bioquímica como a sua experiência. Não só comportamento observável, mas pensamento, atitudes e sentimentos sofrem influencia de fatores corporais, como ser percebe nos designados distúrbios psicossomáticos.

A tendência à atualização preside as realidades físicas e experienciais da pessoa (Rogers e Kinget, 1977:42) e visa o desenvolvimento das potencialidades da pessoa para garantir sua conservação e enriquecimento (tudo o que envolve o desenvolvimento integral da pessoa: tudo o que é, talentos, saber, prazer, posses, felicidade, etc), tendo em consideração as potencialidades e limites do ambiente (Rogers e Kinget: 1977:41).

A percepção pode ser definida, conforme autores como Hebb, Riesen e outros autores, como o efeito consciente de excitantes luminosos e sonoros que atingem o organismo do exterior (Rogers e Kinget, 1977:163). Na concepção rogeriana é um prognóstico que emerge na consciência, em resposta à ação de excitantes que atuam sobre o organismo e que se refere a determinadas operações verificáveis (Rogers e Kinget, 1977:164). Em geral, se emprega essa designação em relação ao efeito de excitantes de fontes externas. A percepção pode ser classificada como discriminativa ou subliminar.

A designação experiência se refere ao que se passa no organismo em qualquer momento e que está potencialmente disponível à consciência, isto é, tudo o que pode ser apreendido pela consciência. Ela integra tanto os acontecimentos de que a pessoa está consciente, quanto aqueles dos quais ela está inconsciente. Por exemplo: a fome, a estimulação física do organismo por excitantes sonoros, visuais ou quaisquer outros, a influência da memória, experiência passada (na medida em que reduzam ou ampliem a experiência imediata). Essa noção não inclui fenômenos fisiológicos ou bioquímicos. É, uma definição psicológica e não fisiológica (Rogers e Kinget, 1977:161).

Autenticidade é a capacidade de mostrar-se em acordo interno entre o que se percebe, o que se sente, ou se é (Rogers e Kinget: 1977:108). Ela exprime, portanto, a unidade interna e se exprime como facilidade ou convicção aos que estão à volta.

A autenticidade supõe também a redução do uso de máscaras na comunicação interpessoal. No caso do facilitador, deve haver preferencialmente a atitude de não mostrar-se técnico prioritariamente, deslocando a identidade pessoal presente no técnico.

A necessidade de aceitação incondicional ou de consideração incondicional é, cfme. Standal, uma necessidade adquirida que se desenvolve durante a primeira infância

(Rogers e Kinget, 1977:175). Contudo, a psiconeurologia tem apontado para essa necessidade ou percepção presentes desde a vivência inicial extrauterina.

A consideração ou aceitação incondicional está presente quando a pessoa se percebe como objeto desta por parte de uma outra pessoa e conscientiza que afeta o campo experiencial da outra de uma maneira positiva. Ela envolve, via de regra, sentimentos e atitudes de calor, de acolhida, de simpatia, de respeito e de aceitação (Rogers e Kinget: 1977:173).

Empatia, também designada compreensão empática, é a percepção correta do ponto de referência de outra pessoa, com as variáveis subjetivas e os valores pessoais que lhe são atribuídos. É perceber como se fosse o outro, sem perder a condição de como se, para que isso não se transforme em identificação.

Por que agregar compreensão psicológica da Abordagem Centrada na Pessoa aos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo? Em primeiro lugar porque nessa escola psicológica a pessoa (o paciente, estudante ou trabalhador) é o centro da atenção do cuidador. Em segundo, porque essa filosofia de trabalho apresenta afinidade com a filosofia do Sistema Único de Saúde e, terceiro, a afinidade com os delineamentos de Políticas de Saúde especificas a essa população, presentes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Além disso, a Abordagem oferece a possibilidade de fazer-se uma compreensão fenomenológica da importância dos Cuidados Neuroprotetores para o neonato como todo, em especial por delinear uma teoria da personalidade desde a infância que pode enriquecer a compreensão do profissional de saúde que lida com essa população específica. Veja-se, cfme. Rogers e Kinget (1977:196):

- a criança percebe sua experiência como sendo a realidade;
- ela tem tendência inerente a atualizar potencialidades de seu organismo;

- reage à realidade direcionada por essa tendência fundamental à atualização.
   Ela comporta-se constantemente orientada para a satisfação de suas necessidades de atualização, tal como as percebe;
- em sua interação com a realidade, comporta-se como todo organizado e indissociável;
- sua experiência é acompanhada por processo contínuo de avaliação. Valoriza
  positivamente as experiências percebidas como favoráveis à preservação e
  valorização do organismo; e, negativamente aquelas que são percebidas como
  contrarias a essa função.
- tende a procurar experiência que percebe como positivas e evitar as experiências que percebe como negativas.

A criança vive num mundo de sua própria criação (Rogers, 1977:196). Essa é uma contribuição fundamental para o cuidador que, então, pode perceber o alcance de suas práticas e a importância de suavizar o quanto possível a interferência no mundo do neonato de baixo peso ou pré-termo, em especial, por toda a alteração de ambiente e vínculo dessa criança.

#### 2.2- Políticas de Saúde

Ao delinear os aspectos conjunturais em que se insere a saúde e, em especial, os cuidados com neonatos de baixo peso e/ou prematuros com internação em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), apresentam-se os aspectos relativos à legislação de saúde, ao status do paciente sob o amparo do Sistema Único de Saúde, esclarece de que humanização de atendimento se trata e, sobre normatização da atenção humanizada ao neonatal de baixo peso e/ou prematuros com internação em UTI Neonatal.

#### 2.3- Do Direito à Saúde

No período que antecedeu a Constituição Federal de 1988, a saúde era vista apenas pelo aspecto médico. O movimento de saúde que articulou os mais diversos setores da vida nacional teve como resultante a sua 'presença' na Constituição que, em seu Art 198, traz em acréscimo à visão médica do binômio saúde e doença, uma visão social e econômica. Também está presente em seu Art. 196 que torna a saúde dever do Estado e direito de todos.

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, é a garantia maior do cidadão brasileiro em seu acesso à saúde. Consta do Titulo VIII, Capitulo II, Seção II\_ Da Saúde, à p. 91-92; CMSPel, p. 1-2:

Art. 196- (...) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O texto Constitucional apresenta as bases do gerenciamento das ações e serviços de saúde, que integram, conforme o Art. 198 (Brasil: 1989:91) uma rede regionalizada e hierarquizada [constituindo] um sistema único (...) organizado com as seguintes diretrizes:

- descentralização do gerenciamento, com direção única em cada esfera de governo;
- integralidade das ações, com prioridade para prevenção, sem prejuízo dos serviços assistenciais e,
- com participação da comunidade. Essa participação se dá através da representação social nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde,

posteriormente regulamentados em Leis Especificas (Lei 8148, de 28/12/1990; Lei Estadual nº 10097, de 31/01/1994).

A partir de 1988, o Ministério da Saúde publica Portarias Ministeriais e Interministeriais, que orientam ações de saúde alicerçadas na humanização, a serem implantadas ou implementadas pelos serviços públicos de saúde.

O estímulo à humanização das ações desenvolvidas pela rede de saúde vinculada ao Sistema Único de Saúde vai se consolidando com premiação a instituições que se destaquem nesse aspecto. Em 4 de junho de 1998 é publicada a 1ª Portaria GM/MS nº 2.883, que institui o *Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo*, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede do Sistema Único de Saúde, que se destaque no atendimento obstétrico e neonatal. Nessa portaria a humanização é referida em um dos itens iniciais.

A Constituição Do Estado do Rio Grande do Sul, promulgada em 3 de outubro de 1989, afirma em seu Capitulo III, da Saúde e do Saneamento Básico, SEÇÃO I\_ da Saúde, Art. 241 (RS, 1989:12), que a Saúde é direito de todos e dever do Estado e do Município, através de sua promoção, prevenção e recuperação.

As diretrizes são reafirmadas, incluindo quanto à integralidade das ações, que as mesmas sejam, conforme o Art. 242 (RS, 1989, 12), adequadas às diversas realidades epidemiológicas.

No atendimento integral aos usuários do Sistema de Saúde está prevista a hierarquização de ações nos âmbitos de recuperação (na atenção terciária) com o de promoção (atenção primária) e prevenção (atenção secundária) vem deixando a desejar. Por atenção primaria entende-se as ações de promoção de saúde (informação, educação de saúde e, eventualmente, a prevenção primária). Estas são ações que podem ser

desenvolvidas a partir do posto de saúde, como a vacinação. Também pode integrar o trabalho dos agentes de saúde, p. ex. A atenção secundária inclui as ações preventivas e as ambulatoriais (ações nos postos de saúde). A atenção terciária esta vinculada aos cuidados hospitalares de recuperação da saúde. Em linhas gerais, nos anos 90 do século XX, afirmava-se a seguinte hierarquia: promoção, prevenção, recuperação.

A consistência à discussão da integralidade das ações foi ampliada no período em que a psicóloga Sandra Fagundes (coordenando o PAISMental) e o psiquiatra Gabriel Neves Camargo encontravam-se no Programa de Assistência Integral à Saúde Mental (PAISMental), da Secretaria Estadual de Saúde. Na década de 80, do século XX, esses profissionais levavam a diversos municípios do Rio Grande do Sul a discussão e a facilitação da renovação das práticas de saúde que, em síntese, focalizava o paciente como centro das ações de saúde. Além de oferecer subsídios à integralidade das ações de saúde mental, eles estimulavam a hierarquização do sistema como todo em nível municipal.

A Lei Orgânica Municipal (LOM) de Pelotas (RS) promulgada em 3 de abril de 1990, reafirma à Seção VIII, da Saúde (Pelotas, 1990:38), o direito à saúde em seu Art. 234, e aponta em seu Art. 236, itens I e II, a integração de duas instâncias colegiadas, sem prejuízo das funções legislativas (Pelotas, 1990:39). Uma é a Conferência Municipal de Saúde, que se reúne a cada 2 anos para avaliar a situação da Saúde em nível local e para propor diretrizes. A outra instância é o Conselho Municipal de Saúde, com caráter permanente e deliberativo, com representação do Legislativo, do Executivo Municipal, de profissionais da saúde e de usuários.

Entre os campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Art. 239, é disposta no Item II, a assistência total à gestante (Pelotas, 1990:39).

O Art. 241, da LOM, afirma a assistência à saúde como sendo livre à iniciativa privada, observados os princípios e normas da direção nacional do SUS quanto ao seu funcionamento (Pelotas, 1990:39). Pode o SUS recorrer, conforme Art. 242, a esses serviços quando da impossibilidade de assegurar a cobertura assistencial à população de determinada área (Pelotas, 1990:39).

A Lei Federal nº 8069, de 13/07/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da outras providências, no Titulo II, dos Direitos Fundamentais, Capitulo I\_ do Direito à Vida e à Saúde, afirma no Art 7°, o direito da criança e do adolescente à proteção à vida e à saúde, com a efetivação de política pública que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso.

Em seu Art. 10, encontra-se a disposição de que hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

No Art. 12, a Lei nº 8069 dispõe que, os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, em casos de internação de criança ou adolescente.

Atualmente, verifica-se que o Sistema Único de Saúde tem fortalecido uma filosofia mais médica e hospitalocentrica, estando menos presente a concepção preventivista relativa às diversas populações. Relatos freqüentes que chegam à sociedade, através da mídia, têm apontado as dificuldades e/ou rompimentos da hierarquização das ações de saúde.

Em relação à criança, por exemplo, têm chegado à grande mídia questões graves de descuido com a criança e pais. Tais situações geram, às vezes, situações de perda de vida e/ou conseqüências à saúde (física, afetiva, mental e social) da criança e sua família. Nesses casos, o custo social e econômico cresce para a família, instituição e/ou Estado,

mas também para a sociedade como todo cresce a desconfiança nos serviços de saúde, gerando estresse adicional quando da necessidade de procura dos serviços de saúde e dos trabalhadores da saúde. Além disso, desrespeita-se o que consta na Lei Federal nº 8069, de 13/07/1990, Titulo II, dos Direitos Fundamentais, Capitulo I\_ do Direito à Vida e à Saúde, afirma no Art 7º, acima citado.

Em decorrência disso, considera-se que acréscimos em qualidade de atendimento, em especial de estratégia de humanização em muito podem contribuir para a confiabilidade da instituição, bem como para contribuir com o fortalecimento da Política Nacional de Saúde original. Estratégias de humanização do atendimento ao neonato são de significância preventiva no desenvolvimento da personalidade e dos aspectos biológicos da criança. Em conseqüência, pode-se pensar na redução de dependências químicas, de adoecimentos emocionais e fisiológicos, redução de absenteísmo na escolarização, redução de problemas de aprendizagem, mais capacitação cognitiva para o aproveitamento de oportunidades de trabalho. Por este motivo, contribui-se com a oferta de subsidio teórico sobre os Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo, para a instituição que pode motivar-se para oferecer mais qualidade de serviço:

- à população especifica, fazendo prevenção secundaria de novos distúrbios orgânicos, reduzindo sobrecarga ao sistema de saúde;
- à população em geral, oferecendo serviços cada vez mais qualificados;
- aos profissionais de saúde, oferecendo a oportunidade de trabalhar de modo mais integral; e,
- à sociedade local, que passa a ter mais motivos para fortalecer a imagem positiva que tem do Hospital voltado para o desenvolvimento sadio do novo cidadão.

Em 1.º de junho de 2000, foi publicada a Portaria GM/MS nº 569, que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com os componentes: I-Incentivo à Assistência Pré-natal; II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal; III- Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto. Além disso, a Portaria identifica as competências de União, Estado e Municípios; estabelece recursos para o Programa.

No período de junho a dezembro de 2000, foram publicadas outras Portarias com a finalidade de desenvolver e validar uma *metodologia de humanização da atenção hospitalar*, que pudesse ser estendida a rede de hospitais do Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde faz a experiência, através de Projeto Piloto, com 10 hospitais públicos brasileiros, de várias regiões do Brasil, com diferentes realidades sócio-culturais, de diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão.

Com as estatísticas apontando para o fato de que a mortalidade neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil, no Brasil (Lansky et al, 2002), a preocupação com a humanização das ações de saúde neonatal leva a busca de estratégias de Cuidado Neuroprotetor de Neonatos (CNN) como, p. ex., o Método Canguru. Esse método foi normatizado pela Portaria GM/MS nº 693, de 5/7/2000 que aprova a Norma de Orientação do Ministério da Saúde para implantação do Método, em seu Art. 1º, e instrumentaliza profissionais da área de saúde no uso de Cuidado Neuroprotetor de Neonatos.

Em 2001, o Ministério da Saúde publica as Portarias GM/MS nº 881, de 19 de junho; a Portaria SAS/MS nº 202, de 19 de junho; e, a Portaria SAS/MS nº 210, de 20 de junho de 2001. Essas Portarias criam o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). A Coordenação Nacional do Programa esteve a cargo do Ministério da Saúde e sua realização se desenvolveu através de convênio com o

Instituto de Desenvolvimento e Pesquisa da Saúde Mental e Psicossocial (CASA), e sob a condução técnica do Comitê Técnico de Humanização/MS.

Em 2003, com o mesmo objetivo de consolidação dos processos de humanização na rede hospitalar são publicadas mais duas Portarias que instituem premiação a estabelecimentos com destaque no atendimento humanizado. São elas: a Portaria GM/MS nº 728, de 14.06.2003, que institui o *Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira*, destinado ao reconhecimento dos estabelecimentos hospitalares integrantes da rede do Sistema Único de Saúde, com destaque ao atendimento pediátrico; e, a Portaria GM/MS nº 2406, 19.12.2003, que estabelece o *Prêmio Nacional David Capistrano - HumanizaSUS*, seus objetivos, regulamento, critérios de avaliação e fixando valor. Decorrentes dessas Portarias há aquelas que regulamentam as premiações, não citadas nesse trabalho por considerar que não tem significância para o objetivo desse capítulo ou do texto como todo.

Em 2003, ano que alguns consideram marco na história da humanização no Ministério da Saúde, é lançada a *Política de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde* (PNH/HumanizaSUS), durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e Iº Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal/RN, de 17 a 20 de março de 2003.

Em 2008, é publicada a Portaria GM/MS nº 3.136, de 24 de dezembro. Ela define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade, de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento.

Em nível municipal, tem se observado em nossa prática profissional em UTI Neonatal como auxiliar de enfermagem, o aumento da incidência de neonatos de baixo peso e prematuros, com aumento de demanda a serviços para esta população. Por isso, consideram-se necessárias estratégias de fortalecimento e/ou de ampliação de práticas de atenção à saúde, em hospitais integrantes da rede do SUS, que facilitem reduzir o percentual de morbidade e de mortalidade dessa população. A adoção destas estratégias pode reduzir, também, os custos dos cuidados de saúde e educação com esta população (inclusive a posteriori) e, com as interveniências do estresse profissional.

#### 2.3- O Paciente como Centro

O movimento de saúde, dos anos 80 do século passado, instaura no foco dos debates o lugar do paciente nas ações de saúde; propõe um sistema único, em substituição à atenção à saúde fragmentaria dos Institutos vinculados a categorias profissionais e, em conseqüência uma nova gestão da saúde.

Se até então o paciente era mero fim a que a atenção médica se dirigia, a concepção de integralidade de saúde que se fortalece no decorrer do Movimento Nacional de Saúde o põe como centro do processo.

A partir do Movimento, reconceitua-se a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Em complemento, no RS, a saúde mental passa a ser conceituada como o estado de relativo equilíbrio entre essas condições e a vida psíquica, com direitos de cidadania.

Com isto, pode-se considerar que o paciente passa a ser foco com mais consistência e direitos que se firmam na Constituição de 1988, e na Legislação de Saúde nos diversos âmbitos gerenciais\_ União, Estado e Município. Ele passa a ser visto como

alguém ativo, participativo, integral\_ não um ser meramente biológico. Então se pode considerar que a Política Nacional de Saúde surge como uma filosofia centrada na pessoa. Como tal, não supõe que o paciente do Sistema Único de Saúde desenvolva uma condição totalmente passiva.

Em decorrência do caráter ativo do paciente, usuário do Sistema Único de Saúde pode-se considerar que as proposições quanto à integração da família ao processo de recuperação de neonatos de baixo peso e/ou pré-termo, com internação em UTI Neonatal, estão em acordo com a Política Nacional de Saúde. Estas proposições, em especial, são de modo a considerar e respeitar o novo brasileiro como cidadão\_ desde cedo, enquanto neonato.

Sendo um dos atributos da gestão de serviços de saúde a organização do cuidado com a clientela (Carvalho e Barbosa, 2010), considera-se uma boa estratégia de qualificação do serviço hospitalar prestado em UTI Neonatal, a inclusão de mais estratégias de humanização como, p. ex., o Cuidado Neuroprotetor de Neonatos de baixo peso e/ou pré-termo, com internação em UTI Neonatal. Além de privilegiar a filosofia do Sistema Único de Saúde, ela valoriza ganhos de eficiência e qualidade dos cuidados oferecidos a essa população: de recuperação, de prevenção e de promoção de saúde.

Ao fazer a integração da família aos primeiros momentos do desenvolvimento da criança, pode-se desenvolver o que a Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Ransom Rogers preconiza:

 foco na pessoa. Com paciente internado em UTI Neonatal, o foco deve ser no impacto do quadro de neonato de baixo peso e/ou prematuro, em sua qualidade de vida e na dos pais;

- ênfase no envolvimento do paciente e/ou familiar no processo (Langone e Vieira, 1995; Vieira e Langone, 2010) porque a pessoa é ser participativo, além de uno, próprio e indivisível;
- contato da equipe profissional e institucional com o paciente e /ou família baseia-se na sensibilidade, no respeito (Carvalho e Barbosa, 2010) e na aceitação incondicional (Rogers, 1987);
- prioridade ao atendimento das necessidades do paciente\_ no caso de neonato
  de baixo peso e/ou prematuro com internação em UTI Neonatal: proximidade
  com a mãe, contato físico (toque, afago, acomodação postural no leito com
  sensibilidade); contato verbal/auditivo (voz materna, voz do profissional com
  suavidade);
- facilitação da força emocional do paciente pelo profissional (pedindo licença antes do procedimento, avisando sinteticamente como será; avisando quando conclui; cumprimentando ao iniciar o turno; despedindo-se, ao concluir o turno; avisando que estará de volta; quando sua mãe estará junto, avisar; tom de voz baixo, sem pressa);
- apoio aos pais, informando, educando, com sensibilidade, respeito em conformidade com seus valores sociais, culturais, em conformidade com a ética profissional;
- compartilhamento de informação significativa com a família, feito de modo cuidadoso, visando tranquilizar e capacitá-los a lidar com a situação (Carvalho e Barbosa, 2010). Também se deve respeitar a privacidade da informação e os aparatos legais em defesa dos direitos da criança e do adolescente.

#### 2.4- Humanização do Atendimento

A consolidação de uma cultura de humanização no Sistema Único de Saúde surge com o Programa Nacional de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde. Com esse Programa, o Ministério da Saúde visava a melhora do contato entre profissionais de saúde e usuários do Sistema, entre os profissionais e entre o hospital e a comunidade, garantindo mais qualidade no funcionamento do Sistema Único de Saúde.

O Programa tem como prioridade o estímulo à comunicação nas instituições de saúde. A base para tal é o diálogo, a educação continuada, o respeito à diversidade de opiniões, entre outras. São especificidades do Programa:

- melhorar qualidade e eficácia da atenção aos usuários da rede hospitalar credenciada ao Sistema Único de Saúde;
- modernizar as relações de trabalho nos hospitais públicos, visando recuperar a imagem dessas instituições junto à comunidade;
- capacitar profissionais dos hospitais públicos para o conceito de saúde que valorize não só a integralidade das ações como também crenças, estilo de vida do paciente, sua subjetividade e cidadania;
- estimular parcerias e intercambio de conhecimentos, experiências e pesquisas
   em humanização, já existentes na rede hospitalar;
- fortalecer e articular iniciativas de humanização, já existentes na rede pública;
- conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar administradores, profissionais de saúde e usuários;
- desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e sistema de incentivos ao serviço de saúde humanizado.

Para Deslandes (2004) o termo "humanização" vem sendo utilizado no âmbito da saúde, para qualificar os modos de assistência que valorizem a qualidade do cuidado

desde o ponto de vista técnico e que estejam associadas ao reconhecimento dos direitos do paciente em sua diversidade: de subjetividade, de culturas. As estratégias de humanização também devem integrar a valorização do profissional e/ou equipe.

É bastante frequente a humanização em serviços de saúde ser apresentada como desafio que parece ser relativo apenas à responsabilidade exclusiva do profissional, em suas ações dirigida aos usuários dos serviços de saúde. Contudo, cfme. Deslandes (2004)

(...) não podemos e não devemos esquecer que a humanização também deve ser estendida ao profissional através de ações que envolvam seu processo de trabalho.

A humanização das práticas em UTI Neonatal pode ocorrer através dos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo ou de modos de abordar o neonato. Contudo, há que se considerar que a humanização não é mera técnica ou conjunto de técnicas. É processo vivencial que atravessa toda a atividade profissional das pessoas que assistem o paciente (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem), visando realizar as intervenções necessárias de modo a respeitar a individualidade, nas circunstâncias distintas em que se encontram em cada momento, na UTI neonatal. Deve ter em vista que o direito à Vida é também direito a Dignidade, ao Respeito como pessoa. Portanto, estratégias de humanização com Cuidados Neuroprotetores estão em acordo com a filosofia do Sistema Único de Saúde, que aponta para a necessidade de respeitar os direitos dos usuários do Sistema. Mas não é só isso que a humanização com os Cuidados Neuroprotetores deve visar: precisa manter o foco em que o desenvolvimento de condições adequadas ao desenvolvimento infantil irá se refletir no futuro, além do presente, desse jovem cidadão.

E, nesse ambiente, a humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível para manutenção da Vida, com promoção:

- de acolhimento e respeito ético e cultural ao neonato e sua família,
- de espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício profissional e,
- de saúde aos seus usuários e família.

Contudo, é preciso considerar que o cuidador também pode se beneficiar da humanização já que é integrante do processo como todo. A consideração, a valorização, a redução de estresse continuado que serve a neonatos de baixo peso ou pré-termo e família também se reflete nele e pode beneficiar-lo. Com melhor qualidade de vida, melhor qualidade dos vínculos de trabalho, o exercício profissional pode ser mais prazeroso e satisfatório para si, o paciente, a família e a instituição. Esses cuidados humanizados, assim como contribuem para a evolução psicoafetiva do neonato também contribui para a sua.

Na humanização do cuidado Neonatal, o Ministério da Saúde preconiza várias ações, voltadas para o respeito às individualidades e, à garantia da tecnologia que permita a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família, com ênfase no cuidado ao desenvolvimento e psiquismo, para facilitar o vínculo pais e bebê de alto risco durante sua permanência no hospital e após a alta. Sabe-se, contudo, que apesar de poder ser desejável a facilitação desse vínculo, muitas são as variáveis intervenientes no desenvolvimento do vínculo: entre essas se podem citar a idade materna, a condição socioeconômica, a condição cultural e educacional; perfil de personalidade, saúde emocional, apoio familiar, relação mãe e pai; gravidez desejada ou indesejada; saúde fisiológica, entre outras.

Por humanização do atendimento ao paciente, também se pode entender o conjunto de práticas em que se tome a pessoa como centro, focalizando a atenção em suas necessidades, potencialidades e dificuldades. Em decorrência desse foco, assumir atitude de respeito a estas, de consideração incondicional à pessoa como todo. Isso significa, observação comportamental apurada; comunicação facilitadora das relações interpessoais; atenção; empatia para com o que a pessoa sente, é e/ou pensa; aceitação incondicional. Não se pode reduzir a palavra, no caso do atendimento hospitalar, a simples descrição técnica dos sintomas e da evolução da doença. Quando se preenche uma ficha de histórico clínico, pode não se estar fazendo a escuta do paciente ou familiar. Precisa-se das informações; com certeza, elas são indispensáveis. Porém, é importante não excluir o aspecto humano. Na ficha de histórico, o humano não é privilegiado. O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra (Brasil, 2002).

A ciência e a tecnologia se tornam desumanizantes quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva. Um hospital pode ser nota dez do ponto de vista tecnológico e, mesmo assim ser desumano no atendimento. Isso acontece quando ele trata os pacientes como simples objetos de intervenção técnica e considera desnecessário e até mesmo perda de tempo ouvir suas angústias, temores expectativas. Ou quando os pacientes nem sequer são informados sobre o que esta sendo feito com eles (Brasil, 2002).

A Humanização da atenção à saúde do usuário do Sistema Único de Saúde como todo e, em especial, do neonato de baixo peso ou pré-termo supõe respeito pela condição humana, seu mistério e seus desafios. Supõe procedimentos integrados: o âmbito técnico com o do acolhimento, do respeito ético e cultural, da organização de espaços de trabalho que sejam favoráveis a essa integração, ao bom exercício técnico, à

satisfação dos trabalhadores e, à qualidade de vida de ambos\_ trabalhadores e pacientes. Por respeito, pode-se compreender na Abordagem, cfme. Vieira e Langone (2004), a condição de uma pessoa em relação à outra como todo, estabelecendo os meios, tendo como parâmetros os limites e potencialidades do outro e, os objetivos de sua conduta. Com base no respeito, Rogers alicerçava o pressuposto da aceitação de si e do outro que pode facilitar ou dificultar a relação ampla do Eu e Tu.Portanto, o respeito ultrapassa aquele vinculado ao ético e ao profissional, sem descartá-los.

O respeito por si e pelo outro é o não-julgamento dos valores implícitos nos processos da equipe profissional, mas, implícitos nos processos terapêuticos com base na congruência da história clínica do cliente. É, portanto, vivenciar uma atitude não-crítica com relação a qualquer coisa: emoção, saúde biopsicológica, idéias, comportamentos, que o paciente e sua família estejam experienciando. Conforme Rogers (1987:68), é quando o profissional (...) estima o cliente, de uma maneira total, em vez de uma maneira condicional, então o movimento para frente pode ocorrer.

Por empatia, Rogers (1985) considera o ato de captar de forma precisa os sentimentos e os significados pessoais que o paciente vivencia e, de comunicar essa compreensão de modo adequado ao paciente. No caso do neonato, pode-se considerar que a melhor forma dessa comunicação é através do toque; do tom de voz baixo, mais lento; do comunicar quando um procedimento será realizado; o despedir-se ao profissional na troca de turno e o aviso que irá voltar, entre outros. Conforme Rogers (1985:39):

Quando está em sua melhor forma, o terapeuta pode entrar tão profundamente no mundo interno do paciente que se torna capaz de esclarecer não só o significado daquilo que o cliente está consciente como também do que se encontra abaixo do nível da consciência. Este tipo de escuta ativa e sensível é extremamente raro em nossas vidas.

Por aceitação incondicional Rogers (1975) considerava o acompanhamento incondicional do paciente, sem inércia, sem prevenção ou defesa, sem pressionar para alcance de objetivos que, às vezes, só o profissional sabe o quanto ele pode ou não pode.

Quando há aceitação incondicional é estabelecido um equilíbrio não julgador das direções do processo de saúde do paciente. O profissional tem confiança na capacidade e na potencialidade da Vida em ação no paciente. Por incondicional se considera a atitude totalmente sensível aos movimentos das emoções, das reflexões, da vida do paciente (e/ou sua família), atentando para todas as possibilidades presentes.

Conforme Vieira e Langone (2004), na aceitação incondicional, a aceitação do paciente se dá pela essência deste, por seu ser, por seu Eu, não por rótulos ou por designações estereotipadas.

Na Abordagem Centrada na Pessoa, escola teórica que se usa de embasamento psicológico para o desenvolvimento deste trabalho a saúde é considerada, como totalidade, como conjunto indivisível que pode sofrer alterações (Langone e Vieira, 1995). Nesses casos, têm-se os quadros que se consideram doenças ou distúrbios. De acordo com esses autores, esses distúrbios ocorrem devido a fatores biológicos, psicobiológicos, ou quando a incongruência individual, social, econômica e/ou política aumenta. No caso dos neonatos de baixo peso, têm-se o primeiro caso, isto é, distúrbios resultantes de fatores biológicos. Contudo, há que se considerar que a pessoa é um todo: biológico, psicológico, social. Quando a ocorrência se da por incongruência, têm-se sinal de alerta para a necessidade de correção de rumo individual, para a reintegração do Eu ao seu processo de fluxo original. Nesse caso, têm-se os pais que passam por um adoecimento emocional decorrente da incongruência (ou estado de incoerência interna) devido a fator individual (psicológico-reacional ao quadro do filho); social (o nascimento sentido como fortemente traumático já que a normalidade da ida para casa com o bebê

vai ocorrer mais tarde que o esperado); econômico (em muitos casos, o custo financeiro eleva-se pelos deslocamentos casa-hospital; também o custo da economia de afetos é maior, com mais necessidade de autocontrole).

A concepção rogeriana, apresentada em *Psicoterapia e Relações Humanas*, em que o Eu é apresentado como configuração experiencial das percepções relativas a si, ao Eu/outro, ao Eu/meio e os valores que a pessoa atribui a essas percepções, é alterada na concepção de Langone e Vieira (1995) apresentada em *Sida/aids: Ação Integrada como Receita de Vida*, à p. 23, como:

(...) fluxo contínuo, originado no pulsar da concepção e que vai, no decorrer dos seus ciclos de atualização, integrando experiências de percepções relativas a si e das inter-relações Eu/outro, Eu/meio, Eu/vida e os valores a elas atribuídos. O self caracteriza-se, além disso, por ser dinamicamente organizado e potencialmente disponível à consciência (...).

Nesse conceito fica evidente a necessidade de consciência da importância da participação e da responsabilidade da pessoa no processo de saúde. Essa participação e responsabilidade não são só do paciente, mas também, da equipe profissional e da família. Conforme esses autores, sem isso, os resultados, em qualquer tratamento, podem ser relativamente reduzidos.

O paciente é o centro da relação terapêutica, descartando-se a conotação de passividade até então implícita no termo paciente. Por isso, no caso do neonato, cabe à equipe organizar seu tratamento, de acordo com suas peculiaridades individuais, sem considerar que o paciente é alguém que meramente sofre a ação de outro. Essa concepção entende que aspectos não-harmoniosos coexistem com outros que ainda estão em harmonia e em equilíbrio dinâmico; que estes harmoniosos podem e precisam ser estimulados.

Considerando-se o neonato como alguém que tem potencialidades para a saúde, apesar de apresentar desequilíbrios energéticos mais sérios, a equipe-facilitadora não tem como foco apenas distúrbios ou doenças. O objetivo é tratar o déficit energético (doença) e a facilitar o aproveitamento da terapêutica, oferecendo estímulos a aspectos saudáveis ainda presentes na organização do Eu dessa pessoa e apoio para integração da atenção da família conforme se mostre motivadora e/ou necessária à tranquilidade do paciente (que, nas internações em UTI Neonatal passa a ser o neonato e sua família: mais de dois como sendo um).

O equilíbrio do processo energético da pessoa pode ser re-estimulado através de, entre outros aspectos relacionados à saúde mental, cuidado adequado à saúde integral, facilitando a diminuição da incongruência biopsicologica (Langone e Vieira, 2010):

- Eu/outro: o neonato e mãe e pai ou família com profissionais da equipe;
- Eu/meio: o neonato e o ambiente da UTI Neonatal;
- experiência interna (psicobiologica) versus experiência externa (do ambiente de mais luz, barulhos diferentes, vozes diferentes, emoções diferentes que podem ser percebidas como ameaçadoras ao delicado equilíbrio psicológico), que facilita diminuição da ocorrência de distúrbios psicobiológicos.

Esse processo é importante tanto para o neonato e sua família quanto para a equipe profissional como todo e, individualmente. Através desse processo, as estruturas psicobiológicas da equipe estruturam-se com menos estresse. Isso ocorre porque se facilita compreender eventuais limitações de atuação e sua inclusão, como cuidador, no relacionamento terapêutico não como estressor, mas como facilitador de saúde. Desse modo, o profissional está mais capacitado para trabalhar com as diversidades de níveis de distúrbios energéticos/psicobiológicos, oferecendo segurança no atendimento, consideração incondicional para com o paciente, com a família e consigo.

#### 3. METODOLOGIA

Após reflexão árdua sobre o tema (Cuidados Neuroprotetores de Neonatos) que fosse significativo ao trabalho cotidiano e na organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), identificou-se o tema relacionado à qualidade de serviços prestados pelas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais de hospitais vinculados à rede do SUS, relativos a esses Cuidados.

#### 3.1- Problema:

O problema colocado para a busca de resposta pela pesquisa bibliográfica desenvolvida foi:

Qual a importância dos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo na estrutura da UTI-Neonatal para a criança,os pais, os profissionais de saúde e a gestão humanizada,bem como suas vantagens para o Sistema?

Respondido o problema, a autora pretende oferecer à instituição (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), Hospital Escola da UFPel/RS) cópia do Trabalho de Conclusão de Curso, contribuindo com seu grupo profissional e institucional.

## 3.2- Objetivos

Os objetivos da pesquisa foram:

Objetivo Geral: identificar qual a importância de Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo.

### Objetivos Específicos:

- pesquisar qual a importância dos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo;
- identificar as vantagens do uso de Cuidado Neuroprotetor de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo;
- identificar os aspectos psicoafetivos da internação em UTI Neonatal, para os atores envolvidos no processo: neonatos, família, profissionais de enfermagem.

A investigação foi desenvolvida através de pesquisa bibliográfica, com análise documental, em:

- documentos oficiais do Ministério da Saúde;
- artigos de profissionais que lidam com a população específica;
- bibliografia de Carl R. Rogers e colaboradores;
- estatísticas disponíveis no município de Pelotas;
- contato com profissional de saúde mental (inicialmente pensado como entrevista), para levantamento de bibliografia da Abordagem Centrada na Pessoa.

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) propõe para produção de conhecimento e tomada de decisão que sempre seja 1) observada a realidade (prática: cuidados neuroprotetores); 2) siga-se, então, a teorização (afirmação sobre os mesmos, generalização); 3) volte-se à realidade (prática)e, 4) teorização (generalização). A construção do TCC inspirou-se, então, nesse método Centrado na Pessoa. Nesse caso, observada a realidade em UTI Neonatal, vai-se à pesquisa bibliográfica sobre os

Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo (fazendo achados teóricos), para refletir sobre o Método (valendo-se de método dedutivo) e, volta-se à observação da realidade para, então, fazer-se o fechamento do estudo teórico/bibliográfico em questão.

A Metodologia utilizada foi a qualitativa (Martins e Bicudo, 1989), com abordagem bibliográfica (Duarte, R., 2002:4) e análise documental (documentos oficiais). O estudo bibliográfico do tema específico, em banco de periódicos nacionais (Scielo) e de psicologia foi constituído por livros, artigos científicos e manuais.

Identificados os documentos, procedeu-se à leitura exploratória para verificar se as mesmas interessam à pesquisa em sua totalidade, em parte ou em nada. A leitura exploratória é feita a partir do título, do resumo e/ou índices, referências. Na etapa seguinte determinou-se a matéria a ser usado, fazendo leitura seletiva, embora ainda não definitiva.

Em anexo 1, apresenta-se listagem dos documentos com que se desenvolveu o projeto de pesquisa e os primeiros passos da construção do texto para submeter à Orientação do TCC e, a posteriori, enriquecê-lo de conformidade com as sugestões e reflexões recebidas. A interação com orientador e tutora acabou por evidenciar necessidade de mais esclarecimentos sobre o tema e a busca por mais diversidade de referencial. As referências completas encontram-se ao final do texto.

Com base nos achados teóricos e técnicos, procedeu-se gradualmente à observação participante, comportamental e laboral em UTI Neonatal na prática diária. A observação participante (White, W. F., 2005) é recurso de pesquisa qualitativa, utilizado em ciências sociais e humanas e supõe saber ouvir, escutar, ver, sem ter que se valer de entrevistas formais (White, W. F., 2005:304), já que a presença constante do observador

facilita a confiança dos envolvidos (White, W. F., 2005). É ação que supõe interação entre pesquisador e pesquisado, embasada no fato de sua presença ser justificada.

# 4. ANÁLISE TEÓRICA SOBRE CUIDADOS NEUROPROTETOES DE NEONATOS DE BAIXO PESO OU PRÉ-TERMO

A pesquisa apontou a importância integral dos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo numa gama variada de práticas que se desenvolvem por toda a extensão do trabalho de enfermagem neonatal. Essa importância se evidencia tanto para a saúde de neonatos, quanto para a família, de imediato. Contudo, os estudos permitiram através do método dedutivo, afirmar que essa significância se estende: à instituição hospitalar, ao possibilitar a qualificação da atenção à saúde; à sociedade, ao prevenir disfunções cognitivas e comportamentais; e, ao Estado, ao facilitar a redução de custos futuros com educação especial, assistência social, previdência, segurança, economia, entre outros.

A seguir, apresenta-se uma análise dos resultados da pesquisa qualitativa, fruto da análise documental, ordenados didaticamente em títulos e subtítulos, conforme a percepção da pesquisadora apontou para o seu encadeamento, com base em elementos do processo de observação participante na UTI Neonatal, da UFPel.

### 4.1- A UTI Neonatal e seu Impacto no Neonato de Baixo Peso ou Pré-termo

A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é um ambiente hospitalar onde se utilizam técnicas e procedimentos sofisticados, que são voltados ao atendimento à saúde de bebês considerados de alto risco. Sua finalidade é facilitar condições de atenção apropriadas para reversão de distúrbios que levam risco à vida destes bebês. Bebês de alto risco são aqueles bebês com baixo peso e/ou pré-termo ou prematuro.

São considerados bebês com baixo peso aqueles com peso abaixo de 1500 g. Eles podem apresentar problemas como deficiência neurológica e sensorial, além de outras deficiências de diversos sistemas fisiológicos. Podem apresentar incapacidade de sugar; de engolir; de respirar de modo coordenado; ter refluxo gastroesofágico, aumentando a necessidade de aspiração e a incapacidade de manter a temperatura corporal, entre outros. Neonatos pré-termo podem, p. exemplo, apresentar risco de hemorragia intracraniana e depressão perinatal, conforme apontam nossa observações em UTI Neonatal.

Do ponto de vista biológico, pode-se considerar que além de parâmetros de idade gestacional e peso ao nascer, devem se levar em consideração outras condições que podem definir mais precisamente o nível de comprometimento neonatal. Desse modo, facilita-se avaliar melhor as condições de desenvolvimento da criança e, estabelecer um prognóstico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS:2004) classifica a idade gestacional dos neonatos da seguinte forma:

- pré-termo é aquele nascido com menos de 37 semanas de idade gestacional
   (ou com menos de 259 dias de gestação);
- a termo aquele nascido entre 37<sup>a</sup> e 41<sup>a</sup> semanas e seis dias de idade gestacional;
- pós-termo aqueles nascidos com 42 semanas ou mais de idade gestacional.

A experiência da autora, em UTI Neonatal, permite afirmar que a maioria dos neonatos de alto risco pode apresentar deficiências fisiológicas. Entre elas, pode-se citar:

 a incapacidade de sugar, engolir e respirar de modo coordenado (correspondentes às habilidades alcançadas no período entre 34ª e 36ª semanas de idade gestacional);  refluxo gastroesofágico, aumentando riscos de aspiração de alimentos e incapacidade de manutenção da temperatura corporal.

Essas deficiências fisiológicas podem gerar dificuldades para adaptação à vida extra-uterina devido à imaturidade dos diversos sistemas orgânicos do neonato (Miltersteiner, A. R.; Miltersteiner, et al, 2003).

No ambiente de UTI, os neonatos de baixo peso ou pré-termo recebem cuidados intensivos e monitorização contínua de sua saúde. Já o neonato pré-termo permanece muitos dias ou meses internado nesse ambiente.

Entre as características do setor, verifica-se a presença de equipamentos cada vez mais modernos e importantes para o auxilio a condições de manutenção do desenvolvimento desses bebês de alto risco. Estes equipamentos e seu uso podem, contudo, apresentar fatores de risco ambiental, dentre os quais destacam-se (Alves et al, 2003 in Cruvinel e Pauletti, 2009):

- os ruídos dos equipamentos;
- ruídos da atividade dos profissionais (principalmente);
- iluminação forte e contínua, às vezes sem alternância dia-noite;
- ar condicionado regulado para conforto dos profissionais;
- manuseio excessivo;
- posturas corporais pouco adequadas ao desenvolvimento do neonato; e,
- procedimentos técnicos invasivos e dolorosos ao neonato

Embora o ambiente tecnológico da UTI Neonatal ofereça benefícios para o equilíbrio biológico, ele é físico e psicológicamente agressivo, devido aos aspectos acima citados que são muito diferentes do mundo intrauterino em que permaneceu durante o seu tempo gestacional. O ambiente da UTI Neonatal pode contribuir significativamente

para alterações comportamentais relacionadas ao estresse (Alves et al, 2003), embora não seja causadora exclusiva dos mesmos.

A hospitalização do neonato de baixo peso ou pré-termo, em UTI Neonatal, introduz o bebê em uma ambiente muito diferente daquele em que se desenvolveu. O ambiente é inóspito, repleto de ruídos muito diferentes daqueles que ele escutava no ventre materno, luz intensa e contínua. A exposição intensa aos ruídos, a procedimentos invasivos e a dor são freqüentes dado ao quadro de saúde do neonato. Estes são fatores que geram incomodo, inquietação e, conseqüentemente, estresse nem sempre percebidos pela equipe de saúde.

A UTI Neonatal é, em geral, repleta de tecnologia com diversidade de equipamentos. Os bebês de risco têm de conviver com terapias agressivas, dolorosas, apesar dos avanços tecnológicos de assistência. Essas terapias podem produzir desorganização fisiológica e comportamental e, portanto, mais estresse ao neonato. Tais situações refletem-se negativamente nos cuidados a eles: seja por resposta do neonato ao estressor (a terapia agressiva, o profissional), seja por resposta do profissional, que também sofre o efeito negativo do estresse, com freqüência sem lembrar-se da necessidade de ajustes de suas práticas às individualidades.

As admissões e intervenções no setor são contínuas. Em meio a essas, permanece a necessidade de cuidados especiais com o neonato: incubadoras para mante-los aquecidos; oxigênio para evitar asfixia; sondas ou cateteres para alimentação; berços aquecidos, entre outros.

A evolução da tecnologia melhorou o prognóstico e a sobrevida de neonatos de alto risco. Contudo, o maior órgão do corpo humano continua o mesmo: pele frágil. O quadro de desenvolvimento fisiopsicológico do neonato também continua o mesmo: imaturo. Apesar disso, os tubos e sondas também precisam continuar sendo usados.

Portanto, o sofrimento ainda é grande. Tantos estímulos estranhos e dolorosos levam agitação ao bebê, antes acostumado aos sons internos de sua mãe, menos intensos, numa integração de sons prazerosos e desprazerosos e sem a agressão de procedimentos invasivos.

Na UTI Neonatal, o neonato de baixo peso ou pré-termo é submetido a procedimentos necessários para a manutenção de sua vida, já que ele apresenta instabilidade clínica. E, como é incapaz de manter sua temperatura corporal, é acomodado em incubadoras; ou, em berços aquecidos, entre outros.

Os neonatos de baixo peso ou pré-termo podem necessitar de incubadora por vários dias ou meses. Em UTI Neonatais tradicionais, a mãe não tem contato com o filho, exceto tocá-lo através de portinholas das incubadoras, em horários de visita pré-determinados pela equipe da Unidade (Canotilho, 2002).

Para os pais, a UTI Neonatal é um ambiente gerador de estresse. O nascimento de um bebê pré-termo ou prematuro traz mudanças significativas, pois a maioria deles necessita de um longo período de internação hospitalar (Maldonado, 1997). Além disso, apesar dos recursos humanos e das tecnologias complexas que possibilitam a sobrevivência desses bebês, as seqüelas da prematuridade podem ser graves e/ou penosas, tanto para o neonato quanto para a mãe ou família (Andreani et al, 2006). A observação, em UTI Neonatal, permite identificar que os problemas dos neonatos de baixo peso ou pré-termo relacionam-se especialmente com o desenvolvimento:

- intelectual:
- neurológico;
- de visão;
- de audição;
- distúrbios de conduta.

Também se pode encontrar risco aumentado de vitimização infantil (Segre, in Andreani, 2006).

Consideramos, também, que é preciso lembrar que os fatores sócio-econômicos são fundamentais na qualidade de vida na atualidade. E para a mulher que trabalha fora, muitas vezes responsável pelo orçamento familiar, o fato de ter um filho nessas condições acarreta conseqüências significativas (financeiras, emocionais, sociais, familiares). Mais ainda, para aquelas mulheres que não tem o apoio emocional e até econômico do pai do bebê ou, que engravidaram muito cedo (como por exemplo, no início da adolescência).

A UTI Neonatal, contudo é motivo de esperança. Mas também é ambiente de medo. Esperança, por saber que este é um local preparado para atender melhor o seu bebê e aumentar chances de sobrevida. Medo, por saber dos riscos inerentes aos pacientes que vão para UTI Neonatal. E, ainda há os sentimentos de frustração, por não estarem, em geral, preparados para a separação que se impõe ao retirar o neonato do contato com a mãe. A equipe de profissionais que trabalha na UTI Neonatal, em especial a enfermagem, também é submetida a vários estímulos estressantes, entre eles o lidar com o estresse gerado ao neonato. A empatia com o neonato de baixo peso ou prétermo, e com suas necessidades, pode gerar angústia, inquietação, ansiedade, tensão física e emocional, hipersensibilidade. Além disso, o ritmo de trabalho em UTI Neonatal é intenso e exaustivo.

Diante disso, considera-se que esses fatores podem acarretar consequências aos bebês, aos seus familiares e à equipe de enfermagem da UTI Neonatal. Apesar desse cenário, às vezes, dificultar o atendimento humanizado por parte de profissionais de saúde aos neonatos hospitalizados, observam-se mudanças de consciência e de comportamento dos profissionais quanto à importância de oferecimento de assistência

humanizada. Sabe-se que, única e exclusivamente, a tecnologia não é facilitadora de saúde. Também se sabe que neonatos de baixo peso ou pré-termo sentem e percebem os estímulos a sua volta. Também sentem dor e tem medo, embora possam apresentar capacidade de resposta reduzida. Por isso, é oportuno repensar ações de saúde em UTI Neonatal quanto à estratégias de humanização para lidar com neonatos de baixo peso ou pré-termo, visando facilitação de respostas ótimas de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde dos neonatos.

## 4.1.1- A Humanização do Atendimento a Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo

Humanizar é desenvolver ações tendo em vista o compromisso com uma assistência integral. É compromisso como profissional, mas antes que isso, como pessoa. Deve estar voltado à pessoa que sofre, à comunidade hospitalar, e ao cuidado dos profissionais entre si. É colocar-se ao lado da pessoa que se encontra nas mais variadas situações e condições existenciais. Em meio a alegria e o sofrimento, ao nascer e ao morrer, na cura e na dor, visando o bem estar e o conforto do paciente, desenvolver ações com fé e com esperança, até o ultimo minuto do paciente.

A equipe da UTI Neonatal é importante para o oferecimento de suporte ao desenvolvimento neurocomportamental do neonato, que supõe as qualidades de empatia, de fé e de esperança como base para o suporte técnico. Esse suporte, contudo, pode não estar em acordo com o desenvolvimento do neonato, na maioria das vezes. Com isso, aqueles equipamentos e/ou conjunto de procedimentos que vem a garantir a vida, pode dificultar que o bebê consiga se autoregular, fazer a integração perceptual das experiências sensoriais da UTI. Os procedimentos técnicos adotados podem ser, muitas vezes, dissociados dos significados prazerosos vivenciados pelo bebê. O suporte

humanizado leva em consideração uma atenção mais cuidadosa em relação ao cérebro do bebê, às relações afetivas iniciais e sua cognição (Brasil, 2002). Contudo, pode-se considerar (Rogers, 1985; 1977; Vieira e Langone, 2010) que é importante lidar com o neonato como pessoa, como todo (mente, corpo, emoção). Esse suporte, humanizado, pode ser feito através:

- do manejo das condições do ambiente;
- de estratégias que promovam e integrem os cuidados focalizados no desenvolvimento neurocomportamental (cuidados Neuroprotetores);
- da integração da família com o neonato, em conformidade com o modelo médico e psicossocial.

Ao tratar da humanização do Cuidado Neonatal, o Ministério da Saúde preconiza várias ações, centrando-as no respeito às individualidades e à garantia da tecnologia, visando a segurança do neonato e o acolhimento dele e de sua família. A ênfase dada focaliza o desenvolvimento do psiquismo, busca facilitar o vínculo pais e bebê durante sua permanência no hospital e após a mesma. Para tanto, os procedimentos devem levar em consideração as capacidades sensoriais, a diferença de vivência do neonato no ambiente intrauterino (ausência de gravidade e do peso do corpo; ausência de sons altos; ausência de procedimentos invasivos) e extrauterino (gravidade, sons permanentes, alternância de pessoas lidando com ele, campos eletromagnéticos, luz, etc.) em especial o da UTI Neonatal.

Os procedimentos na UTI Neonatal devem levar em consideração as capacidades sensoriais, a diferença de vivência do neonato no ambiente intrauterino (ausência de gravidade e do peso do corpo; ausência de sons altos; ausência de procedimentos invasivos) e extrauterino (gravidade, sons permanentes, alternância de pessoas lidando com ele, campos eletromagnéticos, luz, etc.) em especial o da UTI Neonatal. Contudo,

sabe-se que muitas vezes em meio a uma rotina turbulenta é possível esquecer as adequações que a incongruência entre o ambiente atual do neonato e o original fazem a diferença.

Enquanto está no útero, o feto percebe o ruído basal de 28 decibéis (sons vasculares e gástricos), ruídos cardíacos e voz materna, com intensidade de 25 decibéis (Brasil, 2002). O líquido amniótico, em que o feto se encontra, reduz ate 35 decibéis nos sons intensos (500Hz) e a audição pela via óssea reduz 30 decibéis, mantendo o feto bem protegido dos ruídos externos. Na UTI Neonatal os ruídos são bem elevados: muito acima dos 55 decibéis recomendados como aceitáveis pela Academia Americana de Pediatria (1994), chegando a 85,8 decibéis (nos picos). Entre os ruídos presentes conforme consta no Manual Canguru (Brasil, 2002), na UTI Neonatal pode-se encontrar:

- esbarrão no corpo da incubadora;
- cuidados com o neonato;
- fechamento da portinhola da incubadora;
- alarme da incubadora;
- fechamento da porta da incubadora;
- batida com os dedos na incubadora, entre outros.

Verifica-se, na prática que, por si, a redução de intensidade dos ruídos na UTI Neonatal pode facilitar a redução de estresse sensorial do neonato de baixo peso ou prétermo, com suas conseqüentes alterações fisiológicas e comportamentais. Ao reduzir o estresse, o cérebro em desenvolvimento precisa gastar menos energia para autodefesa, liberando-se energia para os processos fisiológicos. Em decorrência, o potencial de saúde sofre menos interveniência e a resposta aos tratamentos pode ser mais positiva,

reduzindo o tempo de internação, prevenindo problemas futuros de saúde fisiológica, cognitiva e psicológica.

Brasil (2002:124) aponta como talvez um dos fatores mais significativos no cuidado com os ruídos da UTI, a revisão do design da mesma.

# 4.2- Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-Termo, em UTI Neonatal

Quando um neonato pré-termo ou de baixo peso é levado a UTI Neonatal, encontra um ambiente extremamente diferente daquele onde vivia até então. O neonato passa ser excessivamente manuseado, tanto para cuidados de rotina quanto para procedimentos invasivos. Brasil (2002) aponta que na fase mais crítica da internação, o bebê é manuseado cerca 134 vezes em 24 horas. Muitas vezes, procedimentos dolorosos são realizados sem cuidados adequados para redução do estresse e da dor. Nesses casos, o neonato reage com gasto energético, o que se reflete negativamente em sua fisiologia, em seu Sistema Nervoso Central e até na interação com a mãe e/ou profissionais de enfermagem.

Os Cuidados Neuroprotetores de Neonatos enriquecem as práticas de rotina que os profissionais já possuem. Também pode facilitar a redução de estresse para a equipe que, em geral, vive ansiedades, angústias, excesso de trabalho e conflito, presentes há muito tempo. Esses Cuidados podem ser caracterizados como um conjunto de práticas que visam a prevenção de quadros de atraso no desenvolvimento cognitivo, motor e social. Conforme Brasil (2002:107), neonatos

que apresentam, de forma crônica, altos níveis de cortisol são mais suscetíveis a apresentar mais atraso no desenvolvimento (...) do que outras crianças.

Há que se considerar que, além do estresse gerado na UTI Neonatal, por suas características, o neonato de baixo peso ou pré-termo também sofre a interveniência de aspectos fundamentais ao seu desenvolvimento fisiológico e psicológico, dos quais é privado por ocasião da necessidade de longo período de internação: a vivência no útero materno; a vivência de interação afetiva com os pais e, a vivência no meio familiar.

# 4.2.1- Práticas de Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Prétermo

A seguir são apresentados brevemente os quadros em que são necessários os Cuidados Neuroprotetores a neonatos de baixo peso ou pré-termo e as condutas aconselháveis. A ordem numérica em que estão apresentados não é indicativa de sua importância, à exceção do primeiro que se entende pode ser considerado básico.

### 1- Controle e/ou redução do estresse

Como o estresse é fator interveniente significativo no desenvolvimento de condições de saúde, consideramos que ações de controle e/ou redução do mesmo podem ser consideradas por si, o Cuidado Neuroprotetor Neonatal básico que antecede e atravessa os demais.

Sob estresse, há mais produção de cortisol, conforme o apontam neurocientistas. Essa produção excessiva pode gerar alterações no funcionamento do metabolismo, do sistema imunológico, do próprio cérebro (com alterações cognitivas, memória, atenção, entre outras). Tais alterações, como se pode deduzir, afetam não apenas o neonato mas, também, os profissionais de saúde que lidam com ele.

O avanço da neurociência vem apontando, com freqüência, para a capacidade de recuperação de habilidades e funções perdidas do cérebro. Contudo, isso significa que os

profissionais precisam estar atentos às oportunidades de estimulação e a responsabilidade na manipulação com esses seres ainda imaturos. Estudos apontam para a importância da ligação afetiva com pais para resguardar a criança dos efeitos do estresse (Brasil, 2002) já que a criança percebe o mundo através da representação que faz desse mundo (Rogers e Kinget, 1977:197). Autores como Klaus, Kennel e Klaus (in Brasil, 2002) consideram que o toque e a conversa diária, durante o período de internação, favorecem:

- a redução de ocorrência de paradas respiratórias;
- ganho de peso;
- progresso mais rápido de funcionamento cerebral, que podem persistir até meses após a alta.

Para Klaus, Kennel e Klaus (in Brasil, 2002:108)

o simples ato de acariciar um bebê pré-termo por cinco minutos a cada hora, por duas semanas, altera a motilidade intestinal, o choro, a atividade e o crescimento.

Também nesse ato, observa-se que é preciso levar em consideração a necessidade do neonato. Deve ser evitado um contato muito leve já que o neonato reage negativamente a este tipo de toque (Brasil, 2002), podendo ser experimentado como estressor. O contato tátil deve levar em conta os sinais apresentados na incubadora, quando o bebê tenta a busca de um limite, procurando máximo contato com superfícies firmes. Portanto, o contato tátil firme dará mais asseguramento e confiança ao neonato em seu contato com o mundo.

A demonstração de afeto é percebida como experiência de satisfação que ultrapassa o binômio prazer e desprazer (Rogers e Kinget, 1977:200), facilitando a busca de aprovação do outro e, deduz-se, em conseqüência, que facilita o desenvolvimento da possibilidade de adaptação aos procedimentos necessários, com menos sofrimento.

#### A-Sinais de Estresse do Neonato

A meta principal do neonato é a busca da homeostase ou estado de equilíbrio, apesar da variedade de estímulos para os quais não está pronto a enfrentar. Tais estímulos, na situação de internação na UTI, estão alterando o funcionamento do cérebro seja para melhor ou para pior. O enfrentamento desses estímulos, para os quais não está preparado, gera o estresse, conforme se descreve brevemente acima.

O estresse apresenta sinais de alerta, através dos quais, uma equipe de saúde atenta pode identificar as necessidades de ajustes no modo de lidar com o neonato, modulando estímulos e facilitando respostas do bebê. Há sinais de estresse importantes para serem identificados pela equipe (Brasil, 2002): sinais autonômicos, motores, de controle de estado e atenção, que são abaixo discriminados para facilitar a visão geral dos mesmos.

#### Sinais autonômicos

- Flutuações de cor: palidez; moteamento (alternância de áreas claras e escuras na pele, como mármore; cianose perioral; pletora (vermelhidão); coloração mais escura.
- Alterações cardiocirculatórias: bradicardia; respiração irregular; apnéia.
- Aumento ou diminuição na frequência respiratória.
- Movimentos peristálticos.
- Vômitos, engasgos, salivação, soluços, respiração ofegante, tremores, susto, espirros, bocejos, suspiros.

#### **Sinais Motores**

• Flacidez motora: flacidez de tronco; flacidez de extremidades; flacidez facial (olhar pasmo, boca aberta).

## • Hipertonia motora:

Com hipertensão de pernas: sentar no ar; abraçar as pernas;

Com hipertensão de braços: asa de avião, saudação;

Com hipertensão de tronco: arqueamento, opistótono (posição de lado, arqueada, cabeça quase encostada com as pernas); afastamento de dedos; caretas; extensão de língua; posição de guarda alta dos braços.

- Com hiperflexão de tronco e extremidades: postura fetal, mãos cerradas.
- Atividade frenética, difusa ou com movimentos de torção.
- Frequentes movimentos de estremecimento.

Sinais no Controle de Estado e Atenção

- Sono difuso, estados de alerta com choramingo, movimentos faciais bruscos.
- Olhos errantes, movimentos oculares vagos.
- Choro extenuado, inquietação.
- Choro silencioso.
- Olhar fixo.
- Desvio ativo do olhar, frequente.
- Alerta preocupado ou com expressão de pânico; hiperalerta.
- Olhos vidrados, alerta forçado, alerta com olhos semifechados ou com sonolência.
- Oscilações rápidas de estado, necessidade de muitos estímulos para acordar.
- Irritabilidade, acordar prolongado e difuso.

- Choro.
- Frenesi e inconsolabilidades.
- Dificuldade para dormir, inquietude.

A pesquisa bibliográfica permitiu considerar, à luz da experiência da autora como psicóloga, além da prática atual como auxiliar de enfermagem em UTI Neonatal, que desde o desenvolvimento de ações que visem a redução do estresse do neonato de baixo peso ou pré-termo, a equipe já está desenvolvendo Cuidados Neuroprotetores. Por si, a redução da produção de cortisol irá beneficiar o bebê por facilitar níveis de equilíbrio fisiopsicológicos mais próximos do que pode o seu nível de desenvolvimento e experiência organizar.

Diante dos sinais de estresse, é importante que os profissionais da equipe de saúde tenham claro que precisarão fazer adequações em suas condutas para a realização de procedimentos que, do ponto de vista fisiológico, são fundamentais para a Vida. Contudo, considera-se que eles precisam manter ao mesmo tempo a visão da necessidade de qualidade de vida para o neonato: isso supõe estímulos em momento adequado e em intensidade apropriada para reduzir a necessidade de gasto energético com autodefesa. Eis alguns ajustes à conduta, de acordo com Brasil (2002) que se consideram (tanto com base na pesquisa bibliográfica quanto nas observações) adequados para o manejo dos sinais de estresse do neonato: pausa, manobras de organização, suspensão do procedimento ou da interação.

#### B- Conduta do Profissional ante Sinais de Estresse do Neonato

#### a- Pausa

Ao observar sinais de estresse durante a realização de procedimento, é interessante fazer uma pausa no mesmo. Deste modo, aguarda-se que o próprio neonato demonstre sinais que indiquem a redução do estresse ou a possibilidade de continuar a interação ou procedimento com o mínimo de desprazer possível. Deste modo, reduz-se o fator estressor, conforme se encontra na análise da bibliografia e nas observações em UTI Neonatal.

## b- Manobras de Organização

A observação da dinâmica de trabalho em UTI Neonatal permite afirmar que, ao identificar os sinais de estresse é preciso empatizar com o neonato, buscando perceber o significado do procedimento e/ou da interação como se fosse ele. Observando as suas respostas, o profissional da equipe de saúde poderá instituir as manobras de organização do procedimento, que sejam mais adequadas ao perceber/sentir do bebê. Nesse caso, têm-se mais uma oportunidade de reduzir o estresse ao neonato.

## c- Suspensão do Procedimento ou da Interação

Caso o neonato não responda de modo adequado ou positivo às duas manobras citadas anteriormente e continue a apresentar sinais de estresse, o profissional deve interromper o procedimento ou a interação. Na retomada, serão observadas as mesmas condutas. Deste modo, também haverá redução do estresse ao neonato, melhorando sua qualidade de vida e resposta à terapêutica.

# C- Interveniências do Estresse nos Estados Comportamentais dos Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo

Há fatores que dificultam as condutas dos profissionais de saúde para com os neonatos por interferirem nos estados comportamentais do mesmo. Em Brasil (2002:117) encontram-se listados os seguintes fatores:

- três primeiros dias de vida, período de depressão e desorganização após o parto.
- Idade gestacional inferior a 36 semanas devido à imaturidade do SNC.
- Medicamentos, principalmente fenobarbital.
- Icterícia e fototerapia durante após alguns dias.
- Estresse: o bebê usa o rebaixamento no estado de consciência como uma defesa; no entanto, existe gasto energético.
- Aumento da temperatura.
- Piora clinica.

Contudo, há fatores que facilitam os estados comportamentais do neonato. A atenção dos profissionais da equipe de saúde, conforme é possível se observar na prática, é fundamental para estratégias que também ofereçam qualidade de vida ao bebê. Ainda em Brasil (2002:117) encontram-se:

- monitorar as pistas que o bebê oferece e saber quando parar o manuseio.
- Falar com o bebê.
- Desembrulhar o bebê.
- Abrir a fita adesiva da fralda.
- Afrouxar a fralda.
- Colocar sentado (como para arrotar), esfregar as costas.
- Usar estimulação vestibular.
- Tentar sucção não-nutritiva por 5 a 10 minutos antes da mamada.

Assim como há fatores dificultadores e facilitadores comportamentais, o profissional deve levar em consideração que também existem sinais de aproximação. Esses sinais indicam a adequação da estimulação (procedimento ou interação). Nesse caso, o bebê busca a estimulação e mantém o foco de atenção. Conforme Brasil (2002)

esses sinais são emitidos pelo sistema autonômico, pelo sistema motor, pelos sistemas de estados comportamentais e, pelo sistema de atenção/interação.

São sinais do Sistema Autonômico (Brasil, 2002:117): frequência cardíaca regular; frequência respiratória regular; boa oxigenação; cor de pele estável; funções digestivas estáveis; ocasionais sustos ou estremecimentos.

Tem de ser observados Sinais do Sistema Motor (Brasil, 2002:117-8), se: Mantém tônus muscular; atinge e mantém flexão de braços, pernas e tronco; aconchega-se/aninha-se no seio; abraça com pés/mãos o corpo da mãe; leva/mantém a mão na face ou na boca; sorri; faz movimentos bucais; lambe ('laps') leite como um gato; busca sucção; preensão (segura um dedo da mão, seio, etc.); amolda-se ao tronco da mãe; tem movimentos suaves e coordenados.

São sinais do Sistema de Estados Comportamentais (Brasil, 2002:118): períodos estáveis de sono/vigília; estados facilmente discerníveis; olhar interessado para mãe, bem focalizado; sono profundo; suave transição de estados: acorda de forma calma, adormece facilmente; acalma-se com facilidade; desliga-se dos estímulos com facilidade.

Do Sistema de Atenção/Interação (Brasil, 2002:118) encontram-se os seguintes sinais evidentes: dirige o rosto para a face da mãe, voz, outros objetos ou eventos; eleva sobrancelhas; franze a testa; franze os lábios ('ooh'); movimentos de fala: imita expressões faciais ('coo').

A observação na UTI Neonatal indica que a atenção ao conteúdo desses sinais de aproximação facilita o cuidado humanizado ao neonato e melhor qualidade de vida a este. Contudo, deve-se considerar que nesse período de internação na UTI Neonatal, apesar da manutenção em alguma medida do vínculo psicoafetivo com a mãe, há um compartilhamento desse vínculo psicoafetivo com os profissionais da equipe. A psicologia centrada na pessoa permite considerar que, embora não sendo mães e pais

desses bebês de risco, se estabelece um vínculo através da interação e/ou comunicação: seja de consciente (adulto) para inconsciente (neonato), seja de inconsciente (adulto) para inconsciente (neonato). A ampliação da compreensão desse vínculo pode ser, possivelmente, uma grande contribuição da psicologia.

### 2- Transporte Intrautero

Atualmente, quando da necessidade de UTI Neonatal em municípios onde não haja o serviço, é rotina a busca de leito disponível nos serviços de referência mais próximos. Nesses casos, a mãe é encaminhada em ambulância para que o parto ocorra na instituição onde o neonato receberá os cuidados naquela Unidade.

Sendo o nascimento a termo um acontecimento repleto de significados (bons ou não) para a mãe e, portanto, gerador de emoções variadas que afetam diretamente o bebê, imaginemos o que é para a mãe de pré-termo. As angústias, medos, ansiedades e culpas diante da possibilidade de perda do filho são bastante grandes. Um deslocamento em separado geraria uma carga possivelmente bastante maior dos mesmos. Sentimentos estes que são experimentados como intensamente desprazerosos pelo bebê e, em conseqüência, aceleradores do estresse intrautero, com os conseqüentes efeitos.

Identificando-se, a partir da pesquisa bibliográfica, a importância da redução do estresse para o neonato, consideramos que esse procedimento pode facilitar a redução de estresse ambiental para o neonato, bem como para a mãe. Assim, o transporte intrautero pode ser um outro importante Cuidado Neuroprotetor de Neonato que, antecede os demais.

## 3- Método Canguru

Um dos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo é o Método Canguru. A Organização Mundial de Saúde, visando melhorar a atenção a essa população, publicou um documento onde o descreve como alternativa para oferecer:

- proteção térmica;
- alimentação adequada;
- observação freqüente;
- proteção contra infecção.

O Método pode ser utilizado desde que o neonato esteja em respiração espontânea, em ar ambiente e, sem problemas clínicos significativos. Contudo, o contato pele a pele e a posição Canguru podem trazer benefícios, também, a neonatos instáveis, internados em UTI Neonatal. A estes bebês, o contato favorece estabilidade fisiológica e fortalecimento de vínculos. A análise da prática diária com neonatos de baixo peso ou pré-termo em UTI Neonatal, bem como do estudo bibliográfico, permite que se considere que ele também pode ser oportunidade de redução de respostas desadaptativas geradas pelo estresse ambiental, melhor repertório comportamental, menos exigência para as defesas imunológicas e, conseqüentemente seu melhor funcionamento. A ansiedade, o medo, a angústia tende a reduzir-se pelo contato reconhecido (com a pele, o batimento cardíaco e o corpo materno) que estão presentes como resposta ao estresse do ambiente e dos procedimentos invasivos e/ou dolorosos. Também pode se reduzir a ansiedade materna, gerada pela separação e disso resulta a conseqüente melhora na qualidade da construção do vínculo afetivo entre mãe e bebê.

Nesse trabalho, não se vai focalizar o Método Mãe Canguru por considerar que ele tem recebido quantidade considerável de estudos e análise em artigos publicados em periódicos nacionais e em diversos bancos de dados virtuais reconhecidos nacional e

internacionalmente. Vamos tratar de refletir sobre os Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo em geral, considerando que dessa forma, se poderá contribuir para conscientização sobre qual a importância dos mesmos na humanização do atendimento neonatal em Unidades de Tratamento Intensivo.

### 4. Estimulação Vestibular, Auditiva, Olfativo/gustativa, Visual e Tátil, modulada.

Na ontogenia dos sistemas sensoriais, sabe-se que eles se desenvolvem seguindo uma seqüência, durante a vida intrauterina, que vai do tátil, ao vestibular, ao auditivo, ao olfativo/gustativo e ao visual. Eles começam a funcionar antes que suas estruturas tenham amadurecimento completo e tem uma influência bidirecional de estrutura e função. A função e a experiência não têm apenas um papel na sua manutenção: também exerce influências indutoras do amadurecimento neural e no desenvolvimento Brasil (2002:120).

Análise documental aponta que resultados de pesquisa experimental (com grupo de controle) apontam que recém-nascidos que receberam estimulação vestibular, auditiva, visual e táctil modulada (White-Traut et al. in Brito et al, 2010) tiveram uma transição mais rápida para a alimentação plena por sucção e estados comportamentais significativamente melhores que os neonatos do grupo de controle, sem a referida estimulação.

A assistência respiratória prolongada, bem como a demora da introdução da alimentação por via oral, implicam (Brito, 2010), em distúrbios de deglutição, de vômitos e de ganho de peso mais lento para o neonato.

A estimulação adequada em um sistema sensorial pode induzir o funcionamento de outros que estão em desenvolvimento (Brasil, 2002:120).

## a. estimulação vestibular

Em geral, durante o período de internação na UTI Neonatal, o neonato recebe poucos estímulos vestibulares. Além disso, o uso de antibióticos aminoglicosideos (Brasil, 2002) pode afetar o sistema vestibular, podendo gerar anormalidades na testagem vestibular como, p. ex., o atraso no controle da cabeça. Em decorrência disso, deve-se estar consciente da importância dessa estimulação.

## a1. Estratégias de Cuidado

Estimulação suave pode facilitar o consolo ao neonato quando necessário após um procedimento que gere desconforto ou dor e, auxiliar no acordar e na manutenção do alerta. Para adequar as respostas ao bebê tem-se de levar em conta que: movimentos lentos aquietam e, movimentos mais rápidos e levemente irregulares, despertam (Brasil, 2002).

#### b. estimulação auditiva

Enquanto está no útero o ruído dos sons digestivos e vesiculares é de 28 decibéis. A estes, sobrepõem-se os ruídos dos batimentos cardíacos e da voz materna. O liquido amniótico reduz os sons intensos, bem como a audição pela via óssea. É esse ambiente sonoro de intensidade reduzida que facilita a discriminação auditiva da voz da mãe, se comparada à voz de outras mulheres. Na UTI, perde-se a proteção existente no útero, e o bebê fica exposto a níveis elevados de ruídos, que apresentam picos durante a admissão, as emergências, rounds e, as passagens de plantão (Brasil, 2002).

A pesquisa bibliográfica e as observações durante a vivência, como auxiliar de enfermagem, em UTI Neonatal, indicam que adequações quanto aos ruídos e sons

69

presentes na UTI podem se configurar como Cuidado Neuroprotetor. Isso se deve ao

fato das adequações serem facilitadoras da redução dos efeitos adversos fisiológicos que

podem ser causados pelos mesmos, tais como: diminuição da saturação de oxigênio;

aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória e da pressão intracraniana;

susto, choro; dor; dificuldade de sono profundo; redução de habilidades perceptivas

auditivas (Brasil, 2002:123).

**b1.** Estratégias de Cuidado

Quanto ao ruído de fundo

É importante atentar para ações que facilitem a diminuição de ruído geral da UTI

e de batidas ou esbarrões na incubadora; eliminar rádios ligados; remover água dos dutos

do respirador (Brasil, 2002:123).

O profissional de saúde deve lembrar de falar baixo já que é interessante que a

voz humana audível pelo neonato seja o mais próximo possível em volume que aquele

usado na comunicação materna, em geral. Ao tomar esse cuidado, pode-se considerar

que, psicologicamente há continuidade simbólica na ligação psicoafetiva com a mãe, já

que de acordo com o que é citado quanto ao sistema vestibular, a mesma é percebida

auditivamente com intensidade reduzida enquanto o bebê está no útero. Oferece-se,

então, menos um fator estressante para o neonato.

Quanto aos picos de ruídos

Brasil (2002:124) sugere, entre outros:

- Considerar o uso de protetores de ouvido em algumas situações, como na hipertensão pulmonar e nas duas primeiras semanas de UTI (pré-termos de 28 a 32 semanas).
- Alarmes: desligar bip, reduzir volume, atender imediatamente, desligar quando manusear (mas continuar monitorando o bebê de forma eficaz).
- Diminuir a campainha do telefone convencional e desligar celulares, que também podem interferir no funcionamento dos equipamentos da Unidade.
- Incubadoras: manusear de forma suave, não batucar ou colocar objetos sobre o tampo, fechar e abrir portinholas de forma suave.
- Tomar cuidado durante o manuseio de equipamentos, evitando esbarrões.

#### c. Estímulo Olfativo e Gustativo

O sistema olfativo e gustativo é o quarto sistema a se desenvolver na vida intrauterina. Para efeito didático, nesse texto, apresentamo-los em separado para facilitar o esclarecimento dos aspectos de cuidados relacionados a cada um individualmente.

## c1. Quanto ao Sistema Olfativo

A pesquisa bibliográfica e a observação, na prática, apontaram que o neonato pode apresentar respostas de sucção ou de acordar quando da existência de odores agradáveis e respostas de fuga, quando da ocorrência de odores desagradáveis. Essa situação é bastante diferente do que aquela que o neonato vivia quando intrautero, podendo ser um fator estressante para ele.

### c2. Estratégias de Cuidado

Deve ser evitado o uso de substâncias com odores fortes ou que possam ser aversivos para o neonato. Se for impossível não usar, é importante limpar rapidamente resquícios dos mesmos.

Estimular positivamente o sistema olfativo do neonato através do uso do cheiro do leite da mãe do bebê é estratégia reconfortante para ele.

A colocação de uma boneca feita de meia pequena na incubadora, ao lado da criança (Tamez, R. N., 2009:131), depois da mãe tê-la levado para casa e dormir com ela entre os seios, após o banho, pode facilitar a sensação de pertencimento, e vínculo com a mãe, dentro da incubadora. O odor da mãe estará, então, sempre presente com a criança. Esta boneca é trocada todos os dias, lavadas, secas para evitar o risco de infecção para, depois ser trazida a UTI novamente.

### c3. Quanto ao Sistema Gustativo

A capacidade de discriminação gustativa do neonato manifesta-se com grande responsividade às variações gustativas.

## c4. Estratégias de Cuidado

São estratégias de cuidado com o sistema gustativo (Brasil,2002:124):

- limpeza oral somente quando necessário;
- evitar limpeza de rotina;
- ao utilizar luvas de látex na boca, fazer a limpeza com soro glicosado ou leite materno ordenhado;
- minimizar procedimentos aversivos intraorais e periorais.

#### d. estimulo visual

O sistema visual é o último a se desenvolver (Brasil, 2002:124) grande parte do processo ocorre após o nascimento, na interação com o ambiente.

O neonato pré-termo apresenta certas características na anatomia ocular que faz com que maior quantidade de luz venha a atingir sua retina (Brasil, 2002). Portanto, sua sensibilidade a estímulos luminosos é muito maior que a de um adulto, p. ex. Por esse motivo, a iluminação da UTI Neonatal o afetará muito mais.

O uso de luz constante pode interferir nos ritmos circadianos endógenos, gerando privação de sono ou interferir na evolução do sono normal de neonatos pré-termos. Os pré-termos demoram mais para fazer o ajuste ao ciclo dia e noite e dormem mais até o completamento da 37ª. semana.

A luz intensa faz com que o bebê não abra os olhos e, portanto, gera uma redução na investigação do ambiente, podendo também causar alterações endócrinas (Brasil, 2002:125).

A fototerapia pode provocar letargia e/ou irritabilidade, além de dificuldade de alimentação, bem como o aumento de luz, de modo brusco é significativamente relacionado à diminuição da saturação de oxigênio. (Brasil, 2002:125).

## d1. Estratégias de Cuidado

- colocar venda ocular, mesmo fora da fototerapia;
- cobrir a incubadora, mantendo parte do corpo visível, mantendo monitorizarão adequada;
- oferecer iluminação individualizada, com reguladores de intensidade, com foco para procedimentos;

- evitar direcionar a luz para os olhos do bebê;
- evitar aumentos súbitos de luz;
- posto de enfermagem com boa iluminação, facilitando adequação ao trabalho noturno;
- usar ciclos dia/noite que possa facilitar sincronização de ritmos biológicos, aumento das horas de sono noturno, melhor eficiência alimentar e ganho de peso ponderal;
- diminuir a iluminação quando neonato disponível ou desejoso de explorar o ambiente ou, interagir com os pais;
- evitar ambiente visual tumultuado dentro da incubadora.

#### e. Estímulo Tátil

Quanto ao cuidado tátil com o neonato de baixo peso ou pré-termo, consideramos desnecessário tratar dele nesse item já que é apresentado no item relativo ao Cuidado Neuroprotetor de redução do estresse. Através do estímulo tátil se dá a comunicação com o neonato, complementando o estímulo auditivo.

### f. Manejo da Dor

O neonato pré-termo é mais sensível à dor que o bebê nascido a termo (Brasil, 2002:125), devido à plena capacidade de percepção e à reduzida capacidade de inibição da dor.

Na exposição à dor pode ocorrer uma acentuação da sensação dolorosa que se pode manter por tempo prolongado, causando-lhe sofrimento não só fisiológico mas, também, psíquico. Desse modo, pode se considerar que o estresse gerado pela dor atua

de modo contínuo por maior tempo, interferindo negativamente na adaptação do bebê. O sistema de produção de endorfinas do bebê ainda não está totalmente funcional (Brasil, 2002:126) e, portanto, a capacidade de recuperar a sensação de bem-estar mais rapidamente fica comprometida.

Alguns neonatos demonstram reação à dor com expressões faciais e choro. É preciso considerar, contudo, conforme salienta Brasil (2002:126) que cerca de 50% dos neonatos pré-termo podem não chorar durante estímulos dolorosos. Outros tipos de respostas fisiológicas, nem sempre correlacionadas com as respostas comportamentais podem ser evidenciadas. Entre elas, pode-se encontrar:

- aumento da freqüência cardíaca,
- aumento da frequência respiratória,
- aumento da pressão arterial e pressão intracraniana,
- diminuição da saturação de oxigênio,
- aumento do cortisol,
- diminuição da insulina.

## f1. Estratégias de Cuidado

#### Enrolamento

Antes da intervenção dolorosa é interessante enrolar a criança, para diminuição do choro. Conforme Brasil (2002:126), em neonatos pré-termo entre 31 e 34 semanas, o enrolamento após punção de calcanhar diminuiu imediatamente o choro, a frequência cardíaca e possibilitou retorno ao estado de sono.

### • Contenção facilitada

Brasil (2002) aponta o uso de contenção facilitada durante, por exemplo, a punção no calcanhar, como efetiva para oferecer conforto ao neonato pré-termo.

A contenção facilitada significa envolver o neonato com as extremidades inferiores flexionadas e com alinhamento na linha mediana dos membros superiores, mão próxima à boca (Tamez, R. N., 2009:117) e pode oferecer calma. Ela aumenta a sensação de segurança e controle do neonato, reduzindo o estresse (Tamez, R. N., 2009:95).

### • Contato pele a pele

Conforme se apresenta no item relativo ao estresse e, nos documentos pesquisados com relação ao método canguru, o contato pele a pele apresenta efetividade no manejo comportamental da dor. Ele diminui o choro, o careteamento e a variação na freqüência cardíaca em recém nascidos a termo, durante a punção de calcanhar. Fatores que foram importantes, cfme. Brasil (2002:126): não acariciar a cabeça ou o dorso, dar apoio com pressão no dorso e manter o contato prévio ao procedimento por 10 a 15 minutos.

### Venopunção

A venopunção permite menor quantidade de perfurações, é mais rápida e menos dolorosa em sua realização do que a punção de calcanhar em recém nascido a termo (Brasil, 2002:126).

#### • Outras medidas de manejo

Uso de sacarose para redução dos indicadores de dor/estresse fisiológicos
 e/ou comportamentais após procedimentos dolorosos como punção de

- calcanhar, venopunção, imunização. (Cochrane Review, 2000 in Brasil, 2002).
- Soro glicosado a 25%, no volume de 1 (um) ml para neonato pré-termo,
   por via oral. Cfme. Brasil (2002) deve ser usado no terço anterior da
   língua. Seu efeito ocorre em 2 (dois) minutos e dura até 7 (sete) minutos.
- Pode ser oferecida chupeta já que, em concomitância, a sua sucção parece ter efeito aditivo na diminuição da dor.
- Usar sucção não-nutritiva, durante os procedimentos dolorosos, facilita a diminuição do careteamento, do choro, dos estados de alerta e, da movimentação (Brasil, 2002:127).

A sucção não-nutritiva diminui respostas cardíacas e respiratórias e não parece afetar a produção de cortisol. Ela permite a auto-regulação já que o bebê controla sua atividade. Havendo mais de 30 sucções por minuto o efeito de analgesia é imediato. Com a parada da sucção, desaparece o efeito analgésico. Se o bebê para de sugar antes de estar tranqüilo e, em estado de sono, há retorno imediato ao estado de inquietude presente anteriormente à sucção. Esse pode ser considerado efeito rebote.

#### 5- Apoio ao Aleitamento Materno

Importantes instituições internacionais como a Academia Americana de Pediatria, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria consideram o leite materno como o melhor alimento para o bebê nascido a termo. Contudo, ultimamente tem sido crescente a indicação do leite da mãe para o neonato pré-termo (Brasil, 2002:96).

A ingesta do leite da mãe é importante para o desempenho intelectual, havendo indicação de relação dose-efeito entre proporção de ingesta do leite materno e do Quociente de Inteligência (QI). Uma reflexão sobre essa afirmativa nos leva a considerar que estudos controlados, com embasamento psicológico atualizado poderão oferecer mais esclarecimento sobre essa questão, já que é preciso identificar de qual QI trata essa afirmativa: do constitucional ou do geral. É sabido que há algumas décadas a psicologia tem considerado outros fatores intervenientes no desempenho intelectual como sendo muito significativos.

# 6- Monitoração da Temperatura

O neonato pré-termo é homeotérmico imperfeito. Ele superaquece (febre) e esfria-se facilmente. O seu resfriamento acompanha o aumento de mortalidade (Brasil, 2002:68).

A monitoração da temperatura tem o objetivo de manter a temperatura neutra adequada (termoneutralidade) que proporciona menor consumo de calorias e de oxigênio e, então, com menor taxa metabólica para manter a estabilidade da temperatura.

A manutenção da termoneutralidade pode ser feita através de servocontrole; berço aquecido; método canguru.

### 7- Atenção ao Refluxo Gastroesofágico

O refluxo gastroesofágico é a passagem involuntária de conteúdo gástrico para o esôfago. Em situação de UTI Neonatal esses casos chegam a ter prevalência de 3% (Brasil, 2002:74).

O manejo do mesmo pode incluir terapêutica conservadora, com a posição do corpo em decúbito prono e, elevação da cabeceira; terapêutica medicamentosa, com drogas procinéticas e administração de dieta em pequenas quantidades; e/ou terapêutica cirúrgica, com a cardioplastia a Thal e a fundoplicatura gástrica pela técnica de Nissen (Brasil, 2002:76).

### 8- Atenção à Apnéia

A apnéia é uma das principais intercorrências entre neonatos pré-termo, chegando a atingir 50% dos neonatos com menos de 1500g, internados em UTI Neonatal (Brasil, 2002:81).

Por apnéia entende-se a interrupção de fluxo gasoso pelas vias aéreas. Sua interrupção pode ocorrer por três motivos:

- 1) cessação de movimentos respiratórios,
- 2) por obstrução das vias aéreas, impedindo a passagem de ar ou,
- 3) pela associação dessas duas causas.

# 9- Nutrição

As funções imunológicas, respiratórias, hepáticas e hemodinâmicas dependem da higidez nutricional do neonato para que seus desempenhos sejam adequados. Por isso, pode-se considerar que a nutrição é tão ou mais importante que o desenvolvimento tecnológico já que ela pode determinar a sobrevida e a morbidade de neonatos de baixo peso ou pré-termo (Brasil, 2002:85).

Sob avaliação criteriosa a alimentação pode optar entre os métodos: sucção, gavagem simples, gavagem contínua ou alimentação transpilórica (Brasil, 2002:94-5).

#### 4.3- Aspectos Psicoafetivos e Cuidados Neuroprotetores

Os aspectos psicoafetivos que cercam o nascimento e, em especial a internação em UTI Neonatal, de um neonato de baixo peso ou pré-termo envolvem a experiência num ambiente extrauterino tão diverso do intrauterino em seus sons, circulação de energia devido a equipamentos, interações; e, o atendimento de diversos profissionais, componentes de uma equipe multiprofissional através de intervenção interdisciplinar, com freqüência.

Nessa situação, é importante o cuidado à mãe e/ou família com o objetivo de orientar quanto à saúde do bebê, ao acesso dos pais à UTI, a importância do contato tátil, ao estímulo à co-participação da mãe nos cuidados com o bebê. Desse modo, o profissional estará facilitando o desenvolvimento do vínculo ou ligação afetiva desses pais com o bebê e vice-versa. Há estudos que indicam que as primeiras horas e dias após o parto configuram um período muito significativo no estabelecimento do vínculo mãe e bebê. Winnicott (1990) considera que o holding (relação direta entre os pais e o bebê, no sentido de reter, conter, sustentar, segurar) é indispensável para o desenvolvimento inicial do potencial do bebê, abrangendo tudo aquilo que uma mãe faz por seu bebê. No caso de neonatos de baixo peso ou pré-termo pode se considerar que isso signifique a relação direta possível, já que as condições de saúde do bebê, as condições tecnológicas e ambientais da UTI são fator interveniente no desenvolvimento dos mesmos. Talvez se possa considerar que a mãe e/ou pai seja, nesse momento, a primeira percepção de mecanismo atualizador de defesa. Rogers considera um mecanismo atualizador quando ele promove o desenvolvimento de resposta psicológica que integre a manutenção do organismo como todo ou sua evolução (Vieira, N. P., 2012). Convém lembrar que a formação do vínculo não se dá de imediato. O vínculo é construído nas interações sucessivas no decorrer do tempo. Assim, quanto mais oportunidades de interação entre

mãe (ou substituto) e bebê, mais oportunidades de fortalecimento da ligação afetiva entre ambos. Em consequência, a resposta materna às necessidades do bebê tende a ser mais adequadas e, conforme afirmam alguns profissionais, menor a ocorrência de comportamentos de negligência, maus tratos e/ou abandono.

Estratégias, visando a redução dos efeitos biopsicológicos do som, da luminosidade e dos estímulos táteis vem sendo utilizadas nas UTIs Neonatais, para redução do estresse psicofísico do neonato de baixo peso ou pré-termo. Tais estratégias são importantes para o desenvolvimento psicoafetivo do neonato já que a experiência psicoafetiva tem (...) dupla ancoragem: corporal e interativa entre o bebê e seus pais ou seus substitutos (Brasil, 2002:52).

O nascimento de um neonato de baixo peso ou pré-termo pode constituir-se em situação de crise psicológica significativa na família. A fragilidade, as complicações de saúde do bebê fazem com que a mãe ou os pais passem a enfrentar uma situação imprevisível, carregada de ansiedade, de angústia e de temores. A situação também pode gerar sentimentos de impotência, de ter falhado em algum momento da gestação ou da vida, de incompetência, de culpa e, de condições de estresse agudo. Esse quadro (veja-se síntese em anexo 2) pode ser observado em especial na mãe, o que pode acarretar instabilidade emocional, muitas vezes dificultadora da participação saudável da mãe no processo de atenção ao desenvolvimento do neonato. Também, muitas vezes, a mãe precisa de acompanhamento à sua saúde\_ o que a impede ou dificulta a integração ao contato afetivo e pessoal com o filho. Em alguns casos, a mãe precisa situar-se na nova realidade sem o apoio do pai do bebê e, em outros, com pouco apoio familiar, dependendo do tipo de família de que é oriunda. Nesses casos, os conflitos tornam-se potencializados e, pode haver mais dificuldades emocionais para lidar com estes.

Em geral, os pais têm expectativa de receber um bebê robusto, reativo, responsivo, saudável e nascido a termo. Quando o bebê é pré-termo ou baixo peso, os pais encontram-se com um recém-nascido pequeno, emagrecido, com risco de vida, pouco ou não reativo, ligado a um aparato tecnológico para garantir a sobrevivência e, ligado a profissionais desconhecidos, que cuidam dele (Silva, 2006). Nesse contexto, o vínculo psicoafetivo com essa criança pode ficar comprometido, no período inicial de vida que é tão importante para a criança em seu desenvolvimento, inclusive de personalidade, por reações comportamentais e emocionais da mãe geradas pelo mecanismo de rejeição e/ou pela não-aceitação incondicional. Na rejeição há uma recusa da mãe para aceitar o bebê como ele é.

Por aceitação incondicional Rogers (in Peretti, 1974) entende aquela consideração que permite que o facilitador acompanhe, incondicionalmente, a pessoa em sua evolução existencial sem inércia, sem prevenção ou defesa e sem juízo de valor. O profissional acompanha, sem pressionar o cliente para que ele alcance objetivos postos desde o seu ponto de vista. O oposto disso configura a aceitação não-incondicional ou aceitação condicional.

Por vínculo, considera-se a união emocional, nesse caso entre mãe-filho, pai-filho. O vínculo difere do apego por ser específico e persistente no decorrer do tempo. O apego é também relativo a união entre duas pessoas. O vínculo pais-filho pode persistir durante longos períodos de separação e de distância, embora os sinais evidentes de sua existência não estejam aparentes (Bee, 2003).

Quando um neonato de baixo peso ou pré-termo é levado a UTI Neonatal, encontra um ambiente extremamente diferente daquele onde se encontrava. O neonato passa ser excessivamente manuseado, tanto para cuidados de rotina quanto para os procedimentos terapêuticos que são, via de regra, invasivos. Na fase mais crítica da

internação (Brasil, 2002), o bebê é manuseado cerca 134 vezes em 24 horas. Muitas vezes, procedimentos dolorosos são realizados sem cuidados adequados para redução do estresse e da dor. Nesses casos, o neonato reage (também com choro e movimentação excessiva, respiração acelerada, circulação sangüínea acelerada, entre outras) com gasto energético (produzindo-se cansaço, medo, redução de respostas positivas) o que se reflete negativamente em sua fisiologia, em seu Sistema Nervoso Central e até na interação com a mãe e/ou profissionais de enfermagem.

Os aspectos psicoafetivos, que cercam o nascimento pré-termo, de baixo peso ou gravemente enfermo, estão envolvidos no atendimento da equipe profissional através de intervenção interdisciplinar.

Na situação de internação em UTI Neonatal, aos cuidados técnicos relativos ao atendimento do bebê inclui-se a atenção à mãe e à família como elemento facilitador da saúde do neonato. Essa atenção deve ter por objetivo não só de orientar quanto às condições de saúde do bebê, mas também de estimular o acesso dos pais à UTI, favorecendo o contato tátil com o neonato e a co-participação da mãe nos seus cuidados, promovendo um processo contínuo de contato. Com isso, facilita-se a redução do mecanismo de rejeição. Esse processo, sendo contínuo, visa a formação do vínculo afetivo entre o bebê e seus pais. O vínculo mãe e bebê, em seus primeiros momentos têm despertado interesse de vários pesquisadores. Estudos apontam para a importância desse primeiro período da vida do neonato, que pode ser caracterizado como facilitador desse vínculo. Winnicott (1990) considera que a relação direta entre mãe (pais) e o bebê é indispensável para o desenvolvimento inicial do potencial deste. Para Winnicott (1990), essa relação abrange tudo o que uma mãe faz por seu bebê. No caso das mães de neonatos de baixo peso ou pré-termo pode-se considerar que essa relação abrange apenas o que é possível para essa mãe (nessa conjuntura) fazer por seu filho e, portanto,

se estabelece uma sensação de incongruência entre a expectativa do bebê ideal e do bebê real.

Rogers (1977) define congruência como o estado de acordo entre sua representação consciente e, a representação tal como é experimentada pela pessoa. De acordo com Vieira e Langone (2010), em decorrência disso, a pessoa compõe uma imagem de si que não é falsa, nem verdadeira, mas é, interagindo seus valores virtuais com o meio. Esses valores podem estar congruentes quando inferindo em si não agridem o próprio Eu e, em conseqüência, o externo. Estão incongruentes quando, inferindo em si, há agressão do seu Eu e, em conseqüência, do externo. Nesse caso, cfme. Rogers (in Evans, 1979) há discrepância entre a experiência e a organização do Eu.

Na condição de incongruência, a mãe do neonato de baixo peso ou pré-termo vivência mais um fator de estresse para a mãe: precisa aprender a lidar com a limitação que a condição biopsicológica do neonato oferece e com as limitações que o ambiente de hospitalização em UTI Neonatal oferece.

A facilitação da redução da incongruência materna auxilia na redução dos mecanismos defensivos desatualizadores e, portanto, potencializa o estabelecimento de vínculo psicoafetivo saudável com a criança.

Desenvolver modos de investigação sobre as práticas com neonatos de baixo peso ou pré-termo e suas famílias quanto ao ambiente físico, a relação da equipe com mães e os aspectos psicoafetivos e psicossociais, presentes também nessa condição, poderá oferecer um quadro gradativamente mais completo, e nortear as práticas dos profissionais em direção a melhor qualidade dos vínculos profissionais e pessoais. Aliado a isto, com base nos dados identificados, pode-se facilitar modos e rotinas de humanização dos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-Termo,

visando facilitar a vida psicoafetiva do neonato, em especial, e de sua mãe, de modo complementar.

O impacto negativo do ambiente da UTI Neonatal com seus equipamentos, luz, sons e procedimentos invasivos, embora essenciais para a sobrevivência e desenvolvimento do neonato precisa levar em consideração que há necessidades psicoafetivas nesse período.

Rogers (1977), em seus estudos iniciais sobre o desenvolvimento da personalidade, aponta para a necessidade de oferecimento de aceitação incondicional desde os primeiros momentos da vida. Pode-se considerar, cfme. Vieira (2012) que a importância do oferecimento de aceitação incondicional ao bebê deve-se ao fato de que embora seja um ser imaturo em desenvolvimento, ele percebe e experiência o mundo. Essas percepções e experiências ocorrem, tendo por base em sensações de prazer e desprazer cuja configuração estará integrada no self pelo resto de sua vida. Essa integração pode facilitar reações adaptativas negativas ou positivas, saudáveis ou não-saudáveis, agradáveis ou desagradáveis, estressantes ou não-estressantes. Por isso, pode-se considerar que nos primeiros momentos de vida, com redução de sensação desprazerosas, se reduz também o impacto do estresse gerado pela configuração do ambiente da UTI e seus procedimentos.

#### 4.3.1- Para o Neonato

#### a- O Desenvolvimento Psicoafetivo

O bebê precisa de relações afetivas estáveis e seguras, que sejam contínuas o máximo possível para o desenvolvimento sadio da personalidade. Essas relações podem se estabelecer com pais ou com substitutos, que sejam pessoas significativas para ele.

Disso pode-se deduzir a importância dos cuidadores na UTI Neonatal para o desenvolvimento psicoafetivo da criança.

Ele tem necessidade de se sentir compreendido e/ou aceito incondicionalmente (Rogers, 1977). Para ele, o cuidado atento tanto de pais quanto de cuidadores vai facilitar a compreensão dos seus modos de expressão e o atendimento de suas necessidades por eles. Mas, também irá gerar sensações prazerosas, de satisfação que se integram à configuração do self positivamente.

Para os pais e os cuidadores, atender essa necessidade significa estabelecer uma qualidade de comunicação com o neonato também prazerosa que será, portanto, redutora de estresse.

Outra necessidade afetiva do bebê é a de se sentir ativo na interação. Quando pode manter, por exemplo, interação visual ele já pode começar e interromper a interação, ao sentir necessidade disso. Podem-se considerar os primórdios do desenvolvimento de autoconfiança.

A demonstração de afeto é percebida como experiência de satisfação que ultrapassa o binômio prazer e desprazer (Rogers e Kinget, 1977:200). Ela facilita a busca de aprovação do outro e, deduz-se com relação à experiência do neonato em internação hospitalar, em conseqüência, que facilita o desenvolvimento da possibilidade de adaptação aos procedimentos necessários, com menos sofrimento.

Esse conjunto de sensações prazerosas e desprazerosas, tais como são percebidas, integram-se na configuração do self e são presentes em todo o processo de desenvolvimento futuro. Elas são percebidas de maneira consciente e/ou inconsciente, participando da organização de comportamento e/ou respostas a estímulos internos ou externos. Portanto, os primeiros momentos de vida da pessoa são tão importantes quanto as experiências vividas no período de vida em que podem simbolicamente ficar

mais disponíveis à consciência. Talvez até se possa dizer que são mais, porque podem permanecer na configuração geral do self com simbolizações dificilmente disponíveis à consciência, mas com potencial de interveniência no comportamento, se associadas a outras vivências equivalentes de sofrimento, vividas posteriormente.

### b- O Desenvolvimento Cognitivo

A necessidade de descobrir e conhecer o mundo externo são as mais permanentes de todas as necessidades humanas. Ela é a responsável por descobrirmos e desenvolvermos habilidades específicas.

Por cognição consideramos habilidades como: a percepção, a atenção, o pensamento, a linguagem que dão suporte à potencialidade intelectual de cada pessoa. Elas fazem parte de um conjunto de competências presentes de modo rudimentar já ao nascimento (Brasil, 2002:160) e vão facilitar aprendizagens e adaptação ao ambiente. A partir do nascimento vão se individualizando continuamente através da autoavaliação, do conhecimento e da compreensão do mundo e de si. Seu desenvolvimento é processo de autoconstrução conforme a experiência do mundo e do potencial de cada um, desde as vivências iniciais (perceptivas e sensoriais) até aquelas em que a pessoa já é capaz de transformar em representação mental elaborada.

A cognição é sempre resultante do cotejamento externo e interno e vice-versa.

No caso de neonatos de baixo peso ou pré-termo, quando este começa a vivenciar melhora fisiológica e psicológica já é capaz de usar os subsistemas: motor; de organização de vigília e sono; de atenção; e de interação social. É nessa condição que a busca por conhecer e descobrir a si e o mundo à sua volta vai ficando mais evidente e consistente. O ensaio de comunicação com pais ou substitutos é, então, forte indício de que um desenvolvimento biopsicológico normal tem início. Possibilitar redução de

estresse à criança, facilitar oportunidades de movimentação e verbalização, p. ex., são fundamentais para o autoconhecimento, o teste de limites e a evolução comportamental.

A partir do momento em que são facilitadas vivencias prazerosas e/ou satisfatórias em equilíbrio com as desprazerosas, as oportunidades de desenvolvimento cognitivo vão ocorrendo. Testar limites favorece a busca por respostas adaptativas e de autosuperação que serão uma constante em todo o desenvolvimento humano. Auxiliar a lidar com frustração e/ou dor facilita além das capacidades adaptativas, a capacidade de continuar em frente, aproveitando as oportunidades de conhecimento de si e do mundo que terão continuidade, desde que as condições posteriores psicossociais não sejam repressoras dessa qualidade.

Quanto aos neonatos, estímulos adequados dos profissionais de saúde e pais no uso do tom de voz, do controle de ruídos e sons, o estímulo tátil, os limites físicos, as estratégias de redução da dor, o acalmar o choro são respostas de equilíbrio que vão estimulando incondicionalmente à busca de respostas que tragam mais satisfação. Contudo, esses estímulos também trazem motivações ao cérebro para o desenvolvimento de centros cognitivos importantes para o desenvolvimento neuro-psico-motor. Então, desde esses primeiros dias na UTI Neonatal é preciso lembrar que a estimulação à continuidade de maturação deve ser foco, além dos cuidados fisiológicos.

Há sinais de alerta, precoces, que podem sugerir possibilidade de interferências afetivas e cognitivas com etiologia emocional ou interacional (Brasil, 2002:164). É fundamental o profissional de saúde atentar a eles, facilitando o encaminhamento dos cuidados familiares em tempo adequado. Entre estes sinais, citamos alguns:

- Baixo nível ou ausência de estranhamento em situações novas.
- Pouco contato de olhar entre bebê e mãe, indicando a pouca harmonia entre eles.

- Pouco ganho de peso sem alterações clínicas.
- Apatia do bebê e dificuldades dos profissionais de saúde em sentir-se motivados à conversa com ele e ao estímulo.
- Diminuição ou ausência de jogos vocálicos, com pobreza na expressão de afetos.

### 4.3.2- A Parentalidade

O ambiente da UTI Neonatal, tão familiar à equipe de profissionais de saúde, é desconhecido pelos pais. O filho até então vivenciado como extensão de si, no ambiente intrautero, é visto longe de si, nesse ambiente que pode ser percebido, pela mãe (ou pelos pais), como um ambiente assustador e percebido como estressor pelo self. Além disso, a relação da mãe (ou pais) com os profissionais de saúde tem significados ambivalentes, inquietantes e, às vezes, carregado de simbologia distante de seu mundo, independente do nível sócio-economico-cultural. Por essas razões, mãe e pai podem desenvolver dificuldade de reconhecer o bebê como seu e de estabelecer vínculo afetivo estável.

A dificuldade no reconhecimento do filho como seu se dá porque, em geral, durante a gravidez, mãe e pai sonham com seu bebê, imaginando-o saudável, perfeito e lindo. Eles constroem uma imagem ideal que, na situação de nascimento com baixo peso ou pré-termo não se realiza. A imagem real do bebê gera, então, uma situação de incongruência para a experiência de ser mãe e pai.

Em situação de incongruência, entram em ação mecanismos defensivos com a finalidade de fazer a atualização do self para resposta adaptativa à realidade. Os mecanismos utilizados podem ser: negação; rejeição; repressão; intelectualização;

supressão; splitting; formação reativa. Um ambiente que requeira menos defensividade facilita que os mecanismos funcionem mais eficazmente para manutenção do equilíbrio emocional, que atuem como atualizadores do organismo, favorecendo a formação do vínculo psicoafetivo mãe e bebê.

A situação crítica vivenciada, pelo recém-nascido de risco (baixo peso ou prétermo), é geradora de grande estresse na família, especialmente nos pais, sendo intensificado pelo próprio ambiente físico da UTI Neonatal, pela quantidade de equipamentos, pela tecnologia utilizada para suporte ao bebê, pela insuficiência de informações com relação à utilização dessas ferramentas de cuidado. A experiência de ver o seu bebê com suporte de aparelhos, numa vivência antinatural é fator de geração de angústia, medo do futuro, e/ou ansiedade. A insuficiência de informações pode gerar aumento da angústia e da ansiedade já que pela observação a mãe não consegue avaliar a condição de saúde do bebê e tranqüilizar-se.

Com o distanciamento físico da mãe e do neonato e com a resistência ao ambiente da UTI, o fortalecimento do vínculo afetivo fica dificultado. O novo desafio que a mãe assume com o nascimento, o de ver agora o ser gerado como um outro, fora de si fica mais difícil de elaborar. O bebê não só não está numa relação simbiótica com ela como está fisicamente longe dela e, em situação de exceção. A integração dos dois, como complementares, não é tão clara e, mais que isso, precisa ser dividida com os profissionais. Convém lembrar que, o vínculo mãe e bebê, em situação normal com bebê nascido a termo, vai se elaborando momento a momento com as atividades rotineiras da amamentação, a higiene, a troca de roupa\_ atividades que na UTI Neonatal não tem a mesma característica.

Importantes estratégias vêm sendo utilizadas, nas UTIs Neonatais brasileiras, visando minimizar os efeitos do excesso do som, da luminosidade e dos estímulos táteis

quando do alcance da estabilidade clínica do bebê e se caracteriza pelo acompanhamento contínuo da mãe na enfermaria, com uso do Método Canguru, que favorece o contato pele a pele. O foco, nesta etapa, é a efetiva participação da mãe nos cuidados do bebê e no seu desenvolvimento psicoafetivo, cuja base se assenta nas interações entre a criança e sua mãe (seus pais). Desse modo, facilita-se a elaboração da rejeição, dando-se condições ao desenvolvimento de aceitação incondicional e comunicação prazerosa com o bebê, reduzindo o estresse a ele. O método Canguru é uma das estratégias de humanização do atendimento na UTI.

A recuperação do neonato de baixo peso ou pré-termo não depende exclusivamente de cuidados médicos e de enfermagem, mas também do contato, dos cuidados e do carinho que possa receber de sua mãe (ou de seus pais). O contato com a mãe reduz a intensidade da experiência da ansiedade de separação, sentida subjetivamente pelo bebê e, em conseqüência reduz o estresse gerado por essa experiência. Desse modo, há menor gasto de energia do self para buscar harmonização dos aspectos desagradáveis ou desprazerosos e dos agradáveis ou prazerosos. Em conseqüência, o nível de energia biopsicológica a ser investido em autodesenvolvimento pode permanecer mais alto, facilitando respostas às terapêuticas e melhor recuperação de saúde (Vieira, 2012).

É importante levar em consideração, no acompanhamento do tratamento do neonato de baixo peso ou pré-termo, a busca de estratégias de redução das ansiedades dos pais. Isso pode ser facilmente oferecido através, p. ex.,

de informação, adequada às necessidades da pessoa foco da atenção à saúde
 (o bebê) e à mãe ou pai, que pode ser apoio ao paciente (Langone e Vieira,
 1995; Rogers, 1978);

- do oferecimento de escuta ativa e tranquila aos pais. Deste modo, eles recebem ajuda para a expressão de sentimentos relacionados à experiência atual;
- de apoio aos pais, esclarecendo, tranquilizando ou, sendo realista, com autocontrole, em conformidade com os regramentos éticos profissionais.
   Caso o profissional identifique instabilidade emocional com que não poderá lidar, por falta de preparo para tal, é fundamental indicar a importância de buscar apoio emocional com profissional competente para elaboração do conflito.

A redução de ansiedades de mãe e/ou pai facilita o estabelecimento de relacionamento interpessoal e profissional positivo e percepção mais realista e acurada da situação do neonato de baixo peso ou pré-termo. Em consequência, a interação mãe e bebê pode se estabelecer de modo mais saudável, mais aceitador, sem intensa interferência de mecanismos defensivos desatualizadores, durante o período de permanência no ambiente de UTI Neonatal.

Embora o auxiliar de enfermagem não tenha formação em psicologia, ele pode ser treinado para o oferecimento de condições facilitadoras da comunicação saudável, em serviço, através de consultorias ou cursos rápidos intensivos. Além disso, é importante que ele facilite a compreensão pela família de que ele não é ameaçador ao vínculo psicoafetivo com a mãe. A Abordagem Centrada na Pessoa parece ser uma fonte teórica e técnica interessante por salientar muito as habilidades pessoais, antes das técnicas e de ser talvez a primeira teoria psicológica, na história da psicologia, a desenvolver uma teoria das relações humanas.

## 4.3.3- A Formação de Laços Afetivos

A formação dos laços afetivos, ou vínculo, não é um acontecimento imediato, nem está pronto, acabado, com a existência do bebê. Ela se desenvolve através de interações sucessivas nos contatos mãe e bebê no tempo.

Quanto mais oportunidades de interação saudável e prazerosa entre mãe e bebê, mais fortes são os laços afetivos e, conseqüentemente, melhor a resposta materna às necessidades do filho, menor a probabilidade de negligência, de maus-tratos e de abandono. Também se pode considerar que quanto mais oportunidades de interação prazerosa do bebê com a mãe ou substitutos, menos tensão e ansiedade de separação haverá registrado em seu eu (self).

Conforme Rogers (in Evans, 1979:49), o Eu (self)

(...) inclui todas as percepções que o indivíduo tem de seu organismo, de sua experiência, e do modo como essas percepções se relacionam com outras percepções e objetos no seu ambiente, e com todo o mundo externo.

A construção dos laços afetivos vai se desenvolvendo no decorrer das demais experiências da pessoa desde a educação informal, em família, passando pela educação formal, as vivências sociais, as experiências laborais. Portanto, é processo que tem início na infância com os pais ou substitutos e/ou profissionais que tem os primeiros contatos com o neonato, no caso dos bebês de risco. Nessa etapa de sua experiência, o neonato terá os primeiros registros que podem facilitar a busca por laços afetivos sólidos ou a evitação dos mesmos, com reflexos no desenvolvimento saudável da personalidade e de seu contato com o mundo, na busca de oportunidades que venham a agregar valores significativos para si.

## 4.3.4- O Cuidador e sua Importância para a Psicoafetividade do Neonato

O cuidador (profissional de saúde) é fundamental para que os focos das intervenções tenham sucesso. Essas intervenções têm os seguintes focos Andreani et al (2006):

(...) 1) fornecer suporte para a família para que os pais possam oferecer o melhor cuidado que são capazes de oferecer; 2) aumentar diretamente a competência do cuidado parental, estimulando a capacidade dos pais em fornecer estímulos e suporte a seus filhos e 3) aumentar as capacidades – incluindo as sociais – das crianças nascidas com baixo peso para que possam engajar-se nos cuidados a fim de que possam tornar-se mais auto-suficientes(...).

Talvez em determinados momentos fique difícil para o profissional de saúde identificar em suas práticas a quantidade de agressividade implícita nos mesmos. Possivelmente isso pode ocorrer porque no desenvolvimento de uma atividade profissional há certos procedimentos, atitudes, tarefas que passam a integrar ação automatizada. Nesses casos, a consciência dos mesmos acaba ficando em segundo plano e procedimentos que podem ser percebidos como normais, podem ser altamente agressivos para aquele ser frágil na incubadora. Um exemplo de manipulação em posição antinatural é o modo de segurar o bracinho de um bebê em incubadora, segurando-o com torção para a esquerda ou para a direita. Eis uma posição antinatural para o neonato, tanto pela imaturidade fisiológica, quanto pelo aspecto mecânico.

Esse cuidador, atento às condutas humanizadas, é muito importante para o desenvolvimento sadio da psicoafetividade do bebê. Em seu ambiente de trabalho ele recebe essa pessoa que foi separada da mãe e/ou pai (às vezes tendo que permanecer em outra unidade hospitalar) e que, exposto à dor e ao estresse necessita muito de carinho, reconforto, cuidados. Lembrar de usar equipamentos com menor nível de ruído, lembrar que incluir pais ajuda na redução do estresse do neonato, sendo importante fator inicial

de Cuidado Neuroprotetor. Minimizar o sofrimento psíquico do neonato é basicamente atribuição do cuidador, assim como perceber os sinais de defesa à dor e ao estresse continuado. Essas defesas podem ser (Brasil, 2002):

- fechamento sobre si. O bebê não responde facilmente mesmo a estímulos agradáveis como à voz da mãe ou à voz percebida como agradável, evitando abrir os olhos. Com isto, as interações com mãe e/ou cuidador ficam dificultadas, reduzindo facilitação ao desenvolvimento psicoafetivo.
- Sono como recusa de contato. Após cuidados prolongados intensivos o bebê
  pode sentir sono não por cansaço mas, por recusa ao contato posterior. Nesse
  caso, pode-se considerar que, a experiência desagradável favorece a
  expectativa de que o mesmo continuará acontecendo.
- Fixação adesiva do olhar. Bebês que passam por sofrimento com tratamento podem fixar o olhar de maneira adesiva em algum ponto sobre a incubadora.

Um cuidador atento poderá equilibrar a estimulação própria e/ou imprópria (seja em intensidade, seja em qualidade), o máximo possível, de modo a reduzir as defesas não-atualizadoras. Assim, a capacidade de reação do bebê poderá ir se modulando para reagir positivamente à aproximação, com a estimulação própria ou agradável; reagir negativamente ou com evitação, se a estimulação for imprópria ou desagradável.

É aconselhável que a relação do cuidador com o neonato seja estabelecida na base de pessoa para pessoa. Há alguns procedimentos que podem ser facilitadores desse clima pessoal com o bebê (Brasil, 2002):

- ao começar o expediente, avisá-lo que está começando e que vai lidar com ele em seu turno.
- Se o bebê já tem nome, sempre usá-lo ao dirigir-se a ele. Incentivar os pais ao mesmo procedimento, sem que isso seja uma imposição aos pais.

- Antes de tocá-lo, lembrar de friccionar as mãos para aquecê-las.
- Antes de tocá-lo, conversar, anunciando que irá tocá-lo. Deste modo, o bebê se sentirá mais seguro.
- Antes de iniciar um procedimento, conversar com ele, dizendo que está empenhado em ajudar-lo a viver.
- Avisar quando o procedimento acabou e que vai aquietá-lo com seu toque.
- Pode-se explicar porque ele está na UTI e que os pais logo virão acompanhálo.
- Ao realizar o último procedimento, antes de encerrar seu turno, avisar que outra pessoa ficará com ele.

Para a facilitação da psicoafetividade dos pais para com o neonato, o cuidador pode encorajá-los ao contato com ele. Um dos modos é, orientando sobre os modos de interação (Brasil, 2002:56),

- oferecer o dedo para o bebê tocar ou segurar segundo suas possibilidades.
- tocar o bebê.
- falar-lhe docemente (evitando tocá-lo, ou seja, uma modalidade interativa de cada vez, para não estimular excessivamente o bebê).

Explicar à mãe que o bebê sente sua presença e seu toque e que esta pode ser uma experiência agradável e geradora de bem-estar e importante.

É preciso levar em consideração que pode haver interveniência de um fator estressante nem sempre reconhecido como presente ou como tal: a ansiedade de separação do neonato de baixo peso ou pré-termo. Isso pode se configurar como um estado de ansiedade quase imperceptível motivado pela permanência da possibilidade de morte do bebê. A vivência como cuidadora em UTI Neonatal permite observar que mesmo que o profissional considere que está preparado para eventuais acontecimentos

desse tipo, os sentimentos de perda estão presentes na organização psicoafetiva do profissional. Esse pode ser um interessante tema de pesquisa, já que nesse trabalho não se tem como desenvolver para não escapar do tema em foco.

A recuperação do neonato não depende exclusivamente dos cuidados médicos e de enfermagem. Depende também dos cuidados, do contato e do carinho que possa vir a receber de sua mãe e/ou pai. Por isso, é importante no tratamento do recém-nascido de risco reduzir a ansiedade da mãe, do pai ou dos pais, oferecendo apoio, para ajudá-los na expressão de seus sentimentos. Por si, a expressão dos sentimentos não resolve o conflito, mas facilita a elaboração da situação traumática ou de conflito com o nascimento do neonato de baixo peso ou pré-termo visto que a aceitação incondicional do profissional reduz a culpa, a ansiedade, a tristeza ou a angústia.

Ao facilitar a expressão dos sentimentos o profissional não faz intervenções carregadas de valor social, o que facilita que a mãe e/ou pai possa reduzir a repressão aos sentimentos de não-aceitação. Se a mãe e/ou o pai experimenta um relacionamento positivo com um profissional de saúde que atende seu filho, no hospital, o nível de ansiedade deles diminui e a percepção da situação torna-se mais clara e facilitadora de sua participação.

## 4.3.5- Para Promoção da Saúde da Criança

Os Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo tem importância fundamental como promoção de saúde da criança. Ao se estabelecer os cuidados com a saúde fisiológica do neonato aliados ao olhar psicológico sobre a mesma, os profissionais de saúde podem qualificar mais os Cuidados. Nesse caso, vai se estar atuando na instancia de promoção de saúde (uma das hierarquizações do SUS),

desenvolvendo condições para redução de déficits cognitivos importantes para o desenvolvimento de aprendizagens e produtividade social e econômica.

É possível, com os Cuidados Neuroprotetores que se esteja trabalhando com prevenção de saúde (outra hierarquização de atenção do SUS) à medida que se podem reduzir as demandas por educação especial, por exemplo, já que os déficits cognitivos podem não estar presentes. Além disso, o cuidado com a comunicação entre profissionais de saúde (cuidadores) e neonatos, bem como a informação aos pais a respeito da importância de sua comunicação com o bebê, pode facilitar o oferecimento de vivências prazerosas ou satisfatórias. A comunicação adequada reduz as carências afetivas que, no futuro, podem ser geradoras de buscas compensatórias com as adicções (álcool, outras drogas, alimento, etc.).

### 4.4- Vantagens de Implantação

A pesquisa bibliográfica indica a existência de variações de atribuição de vantagens na aplicação de Método de Cuidados Neuroprotetores a neonatos de baixo peso ou pré-termo. Essas variações de Cuidados ocorrem em resposta à forma e o período de aplicação, entre outros, do contato pele a pele, entre mãe e bebê ou Método Canguru, talvez o mais estudado entre eles. Conde-Agudelo et al (in BRITO et al, 2010)

(...) registraram que o método Mãe-Canguru reduz a morbidade neonatal, sem que efeitos prejudiciais sejam observados. (...).

Outros pesquisadores relatam que se podem constatar resultados benéficos quanto a neonato de baixo peso e/ou pré-termo e quanto à sociedade, com a aplicação de Cuidados Neuroprotetores. Entre estes resultados pode-se observar:

- aumento da duração do aleitamento materno exclusivo, com vantagens de prevenção de saúde, melhora da qualidade do vínculo materno-infantil;
- crescimento adequado;
- controle térmico efetivo;
- bom controle de frequência respiratória e oxigenação;
- controle adequado da glicemia;
- bom padrão de sono, facilitando redução do estresse e, portanto, melhorando resposta de defesa imunológica e emocional;
- estado comportamental significativamente melhor, facilitando os cuidados de saúde pela equipe;
- melhor condição para o estreitamento do vínculo mãe/bebê, com conseqüente redução de estresse de ambos, já que o emocional ainda é muito complementar ao estado da mãe;
- melhor condição para integração da família, já que os pais se mantêm próximos ao neonato, logo depois do nascimento, sem interrupção do vínculo psicoafetivo.

Conforme Brito et al (2010),

A medicina neonatal atualmente recupera clinicamente os recém-nascidos prematuros que assiste, mas muitas vezes não se dá conta das dificuldades decorrentes da separação.

A dificuldade de implantação de humanização na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), freqüentemente, é causada pelo excesso da demanda gerada por problemas de oferta de serviços de forma hierarquizada no caso da demanda por internação em UTI Neonatal. Também pode ser uma dificuldade a falta de condições técnicas, de

capacitação profissional na disposição de acolhimento, e/ou o mau gerenciamento de materiais.

Contudo, pode-se considerar que os profissionais de enfermagem que lidam mais rotineiramente com o neonato podem desenvolver ação complementar aos avanços da Medicina Neonatal, estimulando o neonato de baixo peso ou pré-termo moduladamente também nos aspectos psicoafetivos.

A ação desses profissionais quanto ao ambiente da UTI Neonatal pode facilitar a diminuição do impacto estressor das alterações das condições de vivência extrauterina, como:

- melhor condição para integração da família, já que ambas desenvolvem-se
   melhor em contexto de segurança e aceitação incondicional (Rogers, 1977);
- condições de segurança quanto à utilização do método;
- melhor aceitação e praticidade dos Cuidados Neuroprotetores;
- benefícios sociais;
- redução de custos na assistência;
- redução da morbidade e da mortalidade;
- transição mais rápida para alimentação plena por sucção. Com isso, há
  redução do tempo de exposição do neonato e uso de equipamento, melhora
  no funcionamento das defesas imunológicas, melhor nutrição;
- transporte intrautero, com redução custos com infraestrutura de transporte e logística, bem como com tempo de internação, tipos de procedimentos, riscos de sequelas neuropsicológicas imediatas e a posteriori; menor exposição ao estresse tanto de neonato quanto de mãe.

Há estudos que consideram ainda insuficientes as evidências científicas sobre as vantagens do uso de Cuidados Neuroprotetores de Neonatos em UTI Neonatal para que se o recomende como rotina nos serviços. Contudo, esses estudos não rejeitam os dados brasileiros e internacionais que apontam para a redução da morbidade e da mortalidade infantil, o que é um resultado muito positivo para eficiência dos serviços de saúde.

Também é de se salientar que os estudos desenvolvidos, quanto à humanização do atendimento, por exemplo, do Método Canguru, não apontam prejuízos da prática de Cuidados Neuroprotetores em UTI Neonatal a neonato de baixo peso ou pré-termo. Por si, este já seria um bom motivo para desenvolver essa estratégia de humanização.

Há evidências que indicam os benefícios à saúde de neonatos de baixo peso e/ou pré-termo também se reflete em aspectos importantes para o gerenciamento de serviços específicos de saúde (Anexo 3), bem como ao gerenciamento público do Sistema de Saúde. Entre estes, pode-se citar:

- a redução de custo da internação hospitalar;
- redução do tempo de internação hospitalar;
- prevenção ao crescimento da demanda por serviços básicos de saúde e hospitalares, com o aumento da adesão ao aleitamento materno exclusivo;
- humanização da assistência hospitalar ao neonato de baixo peso e/ou prétermo e, família.

Disso, conclui-se que também se pode falar de redução de fatores significativos intervenientes na qualidade do serviço prestado, tais como:

- o adoecimento do profissional de saúde, resultante da perda de motivação para a participação criativa no trabalho, com sintomas emocionais, comportamentais e físicos;
- o absenteísmo e,

 a redução de produtividade da equipe, em decorrência do estresse no trabalho, com o consequente custo ao gerenciamento do serviço.

Pode-se também depreender desta pesquisa, que ofereceu eco à observação da autora como auxiliar de enfermagem em UTI Neonatal em Hospital Universitário em Pelotas (RS) com segunda carreira em psicologia, que ao trazer a mãe para o exercício de cuidados com o seu recém-nascido, têm-se os seguintes aspectos positivos e facilitadores:

- melhora-se o vínculo mãe e bebê,
- pode-se facilitar a redução de estresse na comunicação entre equipe e mãe prematura (pais prematuros).

Deste modo, o gestor do serviço tem a vantagem de ver a imagem da instituição hospitalar extrapolar o espaço restrito de sua função, indo à sociedade com uma imagem positiva, de:

- credibilidade,
- integralidade,
- valorização da Vida e da Pessoa.

Características essas em consonância com a filosofia do Sistema Único de Saúde que fortalecem a integração do serviço hospitalar à rede e a não-dissociação filosófica. Essa consistência é significativa para o gerenciamento especifico e para o gerenciamento local já que além de quantidade de leitos em UTI Neonatal pode oferecer qualidade de serviço prestado adequado às necessidades dessa clientela. Além disso, ao integrar práticas humanizadas com o neonato, privilegia-se prevenção secundária, isto é, previne-se o desenvolvimento de distúrbios de saúde que interferem, p. ex., no desempenho escolar e profissional (em conseqüência). Desse modo, o atendimento de qualidade ao neonato reduz a demanda por atenção e educação especial.

## 5. DISCUSSÕES

Durante a pesquisa documental, encontrou-se maior produção de conhecimento quanto ao Método Canguru\_ talvez porque ele seja aquele que maior aplicabilidade tem com bebês nascidos a termo e que tenha se popularizado, em especial pelo trabalho da Dra. Zilda Arns.

O olhar direcionado aos demais Cuidados Neuroprotetores de Neonatos possibilitou que me sentisse estimulada em agregar complementos de cunho psicológico a estes, em decorrência de minha segunda profissão. Em decorrência disso, restaram-me reflexões, em especial quanto a três aspectos. O primeiro: encontra-se pouca produção de conhecimento sobre a redução de estresse para o neonato. É um bom tema a ser pesquisado. O segundo, a redução de estresse ao neonato, talvez seja o mais importante de todos os Cuidados Neuroprotetores, até porque ele atravessa os demais. Terceiro: ainda há muito a agregar à compreensão psicológica dos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de baixo peso ou pré-termo, para os quais não havia tempo, e espaço para dedicarmo-nos mais detalhadamente e, para não comprometer o foco do estudo.

Como o estresse é fator interveniente significativo, no desenvolvimento de condições de saúde, consideramos que ações de controle e/ou redução do mesmo podem ser consideradas por si, o Cuidado Neuroprotetor Neonatal básico que antecede e atravessa os demais.

Conforme nossa experiência (que integrou este trabalho através da observação participante) e o que indicam os autores pesquisados, a importância central dos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo na redução de mortalidade

dessa população apresenta como conseqüência um desafio adicional. Esse desafio, a nosso ver, é delinear a consistência dos mesmos como prevenção de saúde integral da criança. Isto significa, ter claro que os desdobramentos das práticas dos profissionais de saúde das UTI Neonatais ultrapassam o aqui-e-agora e a sobrevivência dos neonatos. Elas podem ser consideradas como fatores primeiros de experiências saudáveis cognitivas, emocionais, mentais, além de fisiológicas e comportamentais para o desenvolvimento na família, na escola, no social e no econômico.

A Lei Federal nº 8069, de 13/07/1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da outras providencias, no Titulo II, dos Direitos Fundamentais, Capitulo I\_ do Direito à Vida e à Saúde, afirma no Art 7º, o direito da criança e do adolescente à proteção à vida e à saúde, com a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso. O desenvolvimento de ações de saúde consistentes desde o início da vida da pessoa, e direcionadas ao seu desenvolvimento integral, é de importância não só no aspecto individual (do neonato) mas, do familiar e do conjunto da sociedade como todo, já que previne disfunções comportamentais e outros custos sociais consideráveis. Ao ultrapassar-se a fria letra da lei, encontra-se o direito de cidadania.

Outro aspecto que esteve presente, mais próximo da produção da última versão deste Trabalho de Conclusão de Curso, e a qual não nos dedicamos por entender que mereceria um estudo à parte é o relativo às mães e pais prematuras/os. A incidência de gravidez mais precoce demanda não só estudos sobre a incidência, mas sobre a relação entre mães e pais e bebês prematuros, seus aspectos psicoafetivos e a participação desses pais nos Cuidados Neuroprotetores ao Neonato.

Em especial, a pesquisa bibliográfica e a observação participante possibilitaram apreender e querer repartir com outros profissionais a aprendizagem sobre a experiência

de dor do neonato. Ao encontrar em Rogers e Kinget (1977) que a demonstração de afeto é percebida como experiência de satisfação que supera o binômio prazer e desprazer (dor, p. ex.) e que facilita a adaptação às situações vivenciadas, pode-se deduzir a importância do profissional de saúde que tantos contatos têm com o neonato. É preciso lembrar que o afeto deve ser integrante do conjunto de cuidados com a saúde do neonato.

A afetividade do cuidador pode, então, reduzir o sofrimento do neonato e facilitar sua adaptação aos procedimentos que, embora desprazerosos de imediato são fundamentais para sua sobrevivência. A pesquisa também apontou para a sua importância no estímulo à melhor resposta aos procedimentos e a ação da tendência atualizante.

Os resultados da pesquisa possibilitaram identificar que se pode considerar que os Cuidados Neuroprotetores a Neonatos e seus aspectos psicológicos integram a qualidade dos serviços prestados a essa população específica. Um olhar privilegiado dos gestores de saúde das instituições integrantes da rede do SUS e de parte do próprio Sistema Único de Saúde pode facilitar o desenvolvimento de práticas de cuidados neonatais que ultrapassam sua importância apenas para a sobrevivência do neonato.

## 6. CONCLUSÕES

A pesquisa qualitativa, desenvolvida através da análise bibliográfica e da análise documental, apontou inequivocamente para a importância dos Cuidados Neuroprotetores a Neonatos de baixo peso ou pré-termo, em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais de modo geral.

O desenvolvimento desses Cuidados está em acordo com a filosofia do SUS e a legislação de saúde em suas hierarquias: de ter o paciente como centro e de privilegiar o âmbito de prevenção de saúde (primaria, secundaria e terciária), integrando-o aos demais. Da análise dos textos, tendo como pano de fundo a prática em UTI Neonatal, lidando com Cuidados Neuroprotetores, pode-se deduzir que se tem implícita a prevenção secundaria, ao reduzir ao máximo possível o impacto da experiência de risco, além da promoção da saúde em seus primeiros dias de vida.

Dados bibliográficos sobre o estresse do neonato levaram-nos a concluir que ele é fator interveniente significativo, no desenvolvimento de condições de saúde. Por isso, consideramos que ações de controle e/ou redução do mesmo podem ser consideradas por si, o Cuidado Neuroprotetor Neonatal básico que antecede e atravessa os demais, embora não se tenha encontrado nos textos pesquisados nenhuma afirmativa similar.

Da análise documental versus observação participante pode-se concluir que há um desafio implícito no desenvolvimento de Cuidados Neuroprotetores a Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo: delinear a consistência dos mesmos, como prevenção de saúde integral do neonato. Afirma-se tal necessidade por considerar que a consistência do mesmo ainda está em fase insipiente devido ao fato de encontrarem-se dominância de

estudos apenas com referência ao Método Canguru. Também se pode concluir que esses Cuidados ultrapassam o aqui-e-agora e a sobrevivência dos neonatos, sendo fatores primeiros de experiências saudáveis cognitivas, emocionais, mentais, além de fisiológicas e comportamentais para o desenvolvimento da criança na família, na escola, no social e no econômico.

Os cuidados neuroprotetores têm grande importância não só para a saúde fisiológica do neonato mas, também, para a saúde emocional, afetiva e cognitiva do mesmo. Lembremos que os aspectos psicoafetivos são integrantes da Vida Humana desde a vivência intrautero e atravessam todas as situações como atualizadores ou não-atualizadores. Em situação de risco (ou ameaça) é mais provável que sejam não-atualizadores, podendo deixar seqüelas afetivas de curta, média ou longa duração. Assim sendo, os primeiros momentos de vida são fundamentais para a economia psicoafetiva do neonato e, por isso, as práticas neuroprotetoras precisam levá-los em consideração permanente. Disso se depreende que a extensão de significância deste Trabalho de Conclusão de Curso, ultrapassa o momento atual tanto da UTI Neonatal em que esta autora desempenha funções em enfermagem neonatal quanto ao seu futuro e o de neonatos e suas famílias, atuais e futuras.

Os Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo também são importantes para o profissional de saúde que atua em UTIs Neonatais: ao reduzir o estresse do neonato e o impacto das vivências de dor, o reflexo na economia emocional do profissional é positivo. Como resultante dessas práticas, reduz-se o estresse para a equipe, com redução do impacto sobre a saúde emocional e física dos profissionais. Ganha o profissional, a equipe e a instituição, com a redução de impacto para a gestão do setor, para os custos e, para a qualidade dos serviços prestados. Esta resultante

permite delinear a amplitude de significância dos Cuidados. Esta ultrapassa, como bem se vê, o âmbito da família do neonato.

Esses Cuidados são muito importantes também pela possibilidade de redução de custos sociais do Estado como, por exemplo, educação especial, saúde mental, redução de custos com controle e redução de danos de dependências químicas, entre outros. Decorrentes disto, custos com estruturas físicas, profissionais, insumos, medicamentos, tecnologia, baixa produtividade, instabilidade social, segurança, saúde e educação.

Cuidados como, por exemplo, o transporte do neonato pré-termo intrautero até a UTI Neonatal desafia tanto o SUS quanto as UTIs Neonatais e a disponibilidade de leitos e/ou de acomodações para os pais. Essa questão, conforme ficou evidenciado pela pesquisa qualitativa, pode ser bastante interessante para estudos posteriores porque apresenta implicações extras na economia de afetos dos pais e o conseqüente estresse materno, pelo qual o bebê é também afetado. Essa pode ser uma boa contribuição aos gestores do SUS, na administração de seu funcionamento.

A pesquisa bibliográfica em comparação com a vivência desta autora permitiu reforçar a dedução de que os aspectos psicológicos dos Cuidados Neuroprotetores a Neonatos integram a qualidade dos serviços prestados a essa população específica por instituições hospitalares em suas UTIs Neonatais. Portanto, devem merecer um olhar privilegiado dos gestores de saúde das instituições integrantes da rede do SUS e de parte do próprio Sistema Único de Saúde.

Além disso, as vantagens identificadas durante a pesquisa e, apresentadas no item4.4 desse Trabalho de Conclusão apontam para a importância não só da implantação de Cuidados Neuroprotetores a Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo, mas de qualificação dos mesmos, de acompanhamento e de atualização permanentes. Delas se

pode deduzir de maneira embasada que, agregam qualidade aos serviços prestados por estas Unidades Hospitalares, além de:

- reduzir demanda;
- reduzir custos;
- facilitar melhora da qualidade de vida da população local;
- facilitar melhor qualidade do serviço prestado; e,
- oferecer maior satisfação da população-alvo, entre outros.

A pesquisa demonstrou que a importância dos Cuidados Neuroprotetores de Neonatos de Baixo Peso ou Pré-termo é mais diversificada que inicialmente se poderia supor. Ao deduzir das mesmas, aspectos psicológicos intrínsecos a elas, mas nem sempre discriminados na bibliografía pesquisada e nas práticas vivenciadas, pode-se verificar que a consistência ainda pode receber muitos estudos que, certamente, acrescentarão a este despretensioso trabalho.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, A. M. A.; SANTOS, I. M. M. PORTO, F.; FIGUEIREDO, N. M. A. *Cuidados para o Recém-nascido Enfermo*. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (org). Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. 4ª ed. São Paulo: Difusão enfermagem, 2003. cap.10. p.381-412.
- ANDREANI, G., ET al. *Tecendo as Redes de Apoio na Prematuridade*. Aletheia, num. 24, Julio-diciembre, 2006, pp. 115-126, Universidade Luterana do Brasil. Consulta à internet, dia 28 de janeiro 2012. http://redalyc.uaemex.mx.
- AZEVEDO NETO, Francisco de P. B. de et al. *Gestão Logística em Saúde*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.
- BEE, H. A Criança em Desenvolvimento. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.612p.
- BRASIL, Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. *Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso:* método mãecanguru. Brasília, 2002.
- BRASIL. Constituição da Republica Federativa do Brasil. 3.ed., São Paulo:Saraiva, 1989.
- BRASIL. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. In PELOTAS (RS), SUS\_ Controle Social como Desafio de Fazer Cumprir as Leis. Prefeitura Municipal de Pelotas/Secretaria Municipal de Saúde e Bem-estar/Conselho Municipal de Saúde. Pelotas, 1997.
- BRITO et al. *Reflexões sobre a Humanização da Assistência ao Recém-nascido de Muito Baixo Peso.* In Revista Pediatria, São Paulo, 2010, 32(4), 281-7. Acesso internet em 28/01/2012, in http://:www.pediatriasaopaulo.usp.br
- CANOTILHO, M. M. Método Mãe-Canguru de assistência ao recém-nascido de baixo peso: mudando práticas e humanizando a assistência. Temas sobre Desenvolvimento, v.11, n.63, p.30-36, 2002.
- CARDOSO, A.C. A. et al. *Método Mãe-Canguru: aspectos atuais*. In Pediatria, São Paulo, 2006; 28 (2):128-134.
- CARVALHO E BARBOSA. *Organização e funcionamento do SUS*. Brasília: CAPES: UAB, 2010 Brasília: CAPES: UAB, 2010.
- CRUVINEL, F. G. e PAULETTI, C. M. Formas de Atendimento Humanizado ao Recémnascido Pré-termo ou de Baixo Peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Uma

- *Revisão*. In Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.9, n.1, p.102-125, 2009. Consulta à internet, em 03 nov. 2011.
- DESLANDES, S. F. Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência Hospitalar. In Revista Ciência e Saúde Coletiva 9(1): 7-14, 2004.
- DUARTE, R. *Pesquisa Qualitativa*. Reflexões sobre o Trabalho de Campo. In Cadernos de Pesquisa, n. 115, p. 139-154, março de 2002. Consulta à internet em 10/03/2012, download: <a href="http://www.scielo.br/pdf/cpn115.pdf">http://www.scielo.br/pdf/cpn115.pdf</a>.
- EVANS, Richard. Carl Rogers: O Homem e suas Idéias. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- INFORMATIVO METODO MAE CANGURU. Ministério da Saúde, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Fundação Orsa, nº 1, julho-agosto-setembro/2001.
- INFORMATIVO METODO MAE CANGURU. Ministério da Saúde, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Fundação Orsa, nº 5, julho-agosto-setembro/2002.
- INFORMATIVO METODO MAE CANGURU. Ministério da Saúde, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Fundação Orsa, nº 6, outubro-novembro-dezembro/2002.
- INFORMATIVO METODO MAE CANGURU. Ministério da Saúde, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Fundação Orsa, nº 7, janeiro-fevereiro-março/2003.
- KUSCHNIR, CHORNY, LIMA E LIRA. Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: CAPES: UAB, 2010.
- LAMY, Z. de C.; GOMES, M.A. de S.; GIANINI, N. O. M. e HENNING, M. de A. e S. *Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso\_ Método Canguru*: a proposta brasileira. In Revista Ciência e Saúde Coletiva, 10(3):659-668, 2005.
- LANGONE, A. e VIEIRA, N. P. *Sida/aids*. Ação Integrada como Receita de Vida. Porto Alegre: AGE, 1995.
- MALDONADO, M.T.P. *Psicologia da Gravidez:* parto e puerpério. 14ª ed. São Paulo: Saraiva 1997.428p.
- MARTINS, J. e BICUDO, M. A. V. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo: Moraes, 1989.
- MILTERSTEINER, A. R.; MILTERSTEINER, D.R.; RECH, V.; MOLLE, L.D. Respostas Fisiológicas da Posição Mãe-canguru em Bebês Pré-termos, de Baixo Peso e Ventilando Espontaneamente. Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v.3, n.4, p.447-455, out. dez. 2003.

- OMS/Organização Mundial da Saúde. *Relatório anual de 2004*. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\_snvs\_ac\_2ed.pdf. Acesso em 18 set. 2006.
- PELOTAS. *Lei Orgânica Municipal*. Promulgada em 3 de abril de 1990. Câmara Municipal de Vereadores de Pelotas/Pelotas, 1990.
- RIO GRANDE DO SUL. *Constituição do Estado do Rio Grande do Sul*. Promulgada em 1989. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. 1989.
- ROGERS, C. R. *O Tratamento Clínico da Criança Problema*. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
- e KINGET, Marian. *Psicoterapia e Relações Humanas*. 2.ed., Belo Horizonte(MG): Interlivros, 1977. (Vol. I.)
- . Tornar-se Pessoa. 5.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- SILVA, R. N. M. *Intervenção no Período Neonatal: Educação Continuada*. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.sbp.com.br.Acessado em 03 nov. 2011.
- TAMEZ, R. N. *Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro*. UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Normas para Apresentação de Documentos Científicos. Curitiba: Ed. Da UFPR, 2000.
- VECINA NETO e MAILIK. *Tendências em Assistência Hospitalar*. In Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12(4): 825-839, 2007.
- VIEIRA, N. P. e LANGONE, A. Atualizações Filosóficas na Abordagem Centrada na Pessoa. Minas Gerais: Virtualbooks, 2010.
- VIEIRA, N. P. e LANGONE, A. *Cuidando do Ser*. Originais escritos em 2004 para o Curso de Cuidadores, UNIPAZ Porto Alegre/URGS. (no prelo).
- VIEIRA, N. P. Contatos Profissionais para Levantamento de Bibliografia Rogeriana Significativa para o TCC. Novembro 2011. Pelotas. RS.
- WINNICOTT, D. Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- WHITE, W. F. *Sociedade de Esquina*: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

**ANEXOS** 

# Anexo 1

Quadro 1. Documentos pesquisados para elaboração projeto TCC, cfme. tipo, autor, tema e ano de publicação

Tipo de documento/nº de artigos	Autor	Titulo	assunto	Ano de publicação
Lei	Congresso Nacional	Lei N° 8080, de 19/09/1990	Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes	1990
Lei			•	1990
	Congresso Nacional	Lei nº 8142, de 28/12/1990	Dispõe sobre a participação social	
Norma Operacional Básica	Ministério da Saúde	Norma Operacional Básica NOB 01/96	finalidade de promover e consolidar pleno exercício da função de gestor da atenção à saúde, consolidando princípios do SUS	1996
Constituição federal	Congresso Nacional	Cap. Da Saúde		1988
Lei orgânica do município	Câmara Municipal de Vereadores. Pelotas. RS.	Cap. Da Saúde		1990
Constituição Estadual	Assembléia Legislativa do	Cap. Da Saúde		1989

	Estado do RS			
Informativo	MS/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Fundação Orsa, nº 1		INFORMATIVO METODO MAE CANGURU	Jul/Ago/set 2001
Informativo	MS/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Fundação Orsa, nº 5,		INFORMATIVO METODO MAE CANGURU.	jul-ago- set/2002
Informativo	MS/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Fundação Orsa, nº 6		INFORMATIVO METODO MAE CANGURU.	Out/nov/dez 2002
Informativo	MS/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Fundação Orsa, nº 7		INFORMATIVO METODO MAE CANGURU.	Jan/fev/mar 2003
Manual	Ministério da Saúde	MANUAL TECNICO Mãe Canguru.	Normas para implantação do Método	2002
Artigo		O ambiente da UTIN e a humanização do atendimento	Humanização em UTIN	
Artigo	Mario Vettore e Gabriela Lamarca	Programa Canguru no Brasil: entre o "ideal" e o "possível" no contexto do Nordeste brasileiro. Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais da	O Programa Canguru como estratégia de recuperação fisiológica, psicológica e neurológica como implantado no nordeste brasileiro.	24/08/2011

		Saúde.		
Revista Pediatria (São Paulo), 28(2):128-34	Cardoso, Antonio Carlos Alves Cardoso, Romiti, Regina, Ramos, José Lauro Araújo, Issler, Hugo, Grassiotto, Cristina, Sanches, Maria Teresa Cera	Método Mãe- Canguru: aspectos atuais	Descreve o histórico da experiência de implantação do Método Mãe- Canguru (MMC) e seu impacto quanto à morbidade e mortalidade nos recém-nascidos de baixo peso (RNBP).	2006
Revista Ciência e Saúde Coletiva, , 10(3), :659- 668.	Lamy, Zeni Carvalho, Gomes, Maria Auxiliadora de S. Mendes, Gianini, Nicole Oliveira Mota, Henning, Márcia de Abreu e S.	Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso— Método Canguru: a proposta brasileira	Contextualiza a atenção humanizada a neonatos de baixo peso	2005
Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n.01, p. 200-213	Altamira Pereira da Silva Reichert, Rilávia Nayara Paiva Lins II, Neusa Collet	Humanização do Cuidado da UTI Neonatal	Ações de enfermagem que contribuem para a humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	2007
Livro	Evans, R.	Carl Rogers. O Homem e Suas Ideias	Entrevista em que Rogers aborda os vários campos de aplicação de suas idéias. Focar-se-á aqueles ligados às concepções de saúde.	1979
Livro	Evans, R.	Construtores da Psicologia	Teorias da personalidade. Cap. Utilizado sobre ACP	

				1995
Livro	Langone e Vieira	Sida/aids. Ação	Facilitação de	
		Integrada como	condições de	
		Receita de	saúde, com	
		Vida. Item1:	atenção	
		trabalhando em	interdisciplinar	
		equipe; item 2:		
		saúde integral.		
		Atualizações	Atualizações	2010
Livro	Vieira e Langone	dos	Filosóficas na	
		pressupostos	Abordagem	
		rogerianos	Centrada na	
		usados em	Pessoa	
		psicoterapia		
			Organização e	2010
Livro	Carvalho e		funcionamento	
	Barbosa		do SUS	
	17 1 '		C 1	2010
т.	Kuschnir,		Gestão dos	2010
Livro	Chorny, Lima e		Sistemas e	
	Lira		Serviços de	
D :			Saúde	
Revistas				

# Anexo 2

Quadro 2. Etapas do processo emocional dos pais na UTI neonatal

PRIMEIRA ETAPA	CHOQUE	Sensação de impotência,
		muito choro, vontade de
		fugir da realidade.
SEGUNDA ETAPA	NEGAÇAO	Não-aceitação da realidade;
		não pode estar ocorrendo
		isto comigo, dizem os pais;
		retorno à religiosidade,
		barganha com Deus para
		que as coisas melhorem.
TERCEIRA ETAPA	TRISTEZA, RAIVA,	Sentem raiva, contra Deus,
	ANSIEDADE	o medico, os enfermeiros.
		Os pais nesta fase choram
		muito e se retraem, ficam
		muito calados.
QUARTA ETAPA	EQUILIBRIO	Os pais começam a ficar
		mais tranqüilos, tem mais
		esperança, desenvolvem a
		confiança na equipe
		cuidadora, sentem-se mais
		aptos para cuidar do filho.
QUINTA ETAPA	REORGANIZAÇÃO	Os pais atuam mais
		independentes, assumem a
		responsabilidade de cuidar
		do filho.

- Adaptado de Dare Jr. S. e col. Humanização e abordagem desenvolvimentista nos cuidados ao recém nascido de muito baixo peso. In Costa, HP, Marba, ST. O Recem-nascido de Muito Baixo Peso. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2003.
- Citado em Tamez, RN. Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro. UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

# Anexo 3

Quadro 3: Benefícios dos cuidados desenvolvimentistas para o prematuro

FISIOLOGICOS	DESENVOLVIMENTO	CUSTOS
Diminuição	Melhora	
<ul> <li>Número de dias no ventilador/CPAP</li> <li>Suplemento de oxigênio</li> <li>Episódios de apnéia</li> <li>Necessidade de sedação/analgésicos</li> <li>Dias em nutrição parenteral</li> <li>Início precoce da nutrição enteral</li> <li>Hemorragia cerebral intraventricular</li> <li>Displasia broncopulmonar</li> </ul>	<ul> <li>Organização do comportamento autonômico, motor, modulação da atenção e habilidades autoreguladoras</li> <li>Qualidade na interação dos pais com o neonato</li> <li>Função cognitiva/QI</li> <li>Desenvolvimento da habilidade de sugar/alimentação oral</li> <li>Poucos problemas de comportamento e déficit de atenção</li> <li>Continuação da habilidade materna em identificar/responder mudanças de comportamento no neonato</li> </ul>	<ul> <li>Diminuição do período de internação</li> <li>Alta hospitalar precoce</li> <li>Diminuição dos custos hospitalares</li> </ul>

- Adaptado de Gardner, S e Goldson, E. The neonate and the environment: Impact on development. In: Merestein, G and Gardner, S. Handbook of Neonatal Intensive Care, 5a. ed. St. Louis, Mosby, 2006, p. 289.
- In Tamez, R.N. Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro. UTI Neonatal.. rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p.3.