

Concepções de funcionários de Utin sobre competências desenvolvimentais de recém-nascidos*

Fabiana Pinheiro Ramos
Sônia Regina Fiorim Enumo
Kely Maria Pereira de Paula

Universidade Federal do Espírito Santo

Schwanny Roberta Costa Rambalducci Mofati Vicente
Faculdade Salesiana de Vitória

Resumo: A assistência integral ao neonato de alto risco internado em unidade de terapia intensiva neonatal (Utin) exige profissionais preparados para atender às necessidades de desenvolvimento do bebê. Avaliou-se o conhecimento de 43 profissionais de enfermagem da Utin de um hospital da Grande Vitória (ES) por meio de um questionário sobre desenvolvimento infantil, aplicado antes de um curso de capacitação que abordou: 1. características do recém-nascido prematuro e com baixo peso, 2. manejo e alívio da dor e 3. intervenções no ambiente da Utin. Após o curso, os participantes responderam ao questionário de satisfação do usuário e ao formulário com sugestões de melhorias na Utin. Os participantes, de forma geral, têm percepção adequada sobre vulnerabilidade, risco e fatores protetores para o desenvolvimento, e foram capazes de sugerir mudanças na Utin. A satisfação dos participantes em relação ao curso foi muito boa, o que evidencia sua contribuição para a formação desse profissional.

Palavras-chave: Utin; enfermagem; desenvolvimento infantil; prematuro; baixo peso.

CONCEPTIONS OF THE NICU STAFF ON DEVELOPMENTAL SKILLS OF NEWBORNS

Abstract: The comprehensive care to high-risk newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (Nicu) requires trained professionals to meet the baby development needs. We evaluated knowledge of 43 nursing professionals from the Nicu of a hospital in Vitória (ES), Brazil, by means of a Questionnaire on Child Development, applied prior to a course that addressed: 1. characteristics of preterm and low birth weight infants, 2. management and pain relief and 3. interventions in the Nicu environment. After the course, participants answered a questionnaire User Satisfaction, and a form with suggestions for improvement in the Nicu. The participants have, in general, adequate perception of vulnerability, risk and protective factors for the development, and were able to suggest changes in the Nicu, after completion of the course. Participants' satisfaction about the course was very good, highlighting its contribution to the formation of this professional.

Keywords: Nicu; nursing; child development; infant; low birth weight.

CONCEPCIONES DEL PERSONAL DE LA UCIN EN LAS HABILIDADES DE DESARROLLO DE LOS RECIÉN NACIDOS

Resumen: Una atención integral a los recién nacidos de alto riesgo admitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Ucin) requiere de profesionales capacitados para atender las necesidades de desarrollo del bebé. Se evaluó el conocimiento de 43 profesionales de

* Este estudo é parte de um programa de pesquisa mais amplo sobre prevenção de risco ao desenvolvimento denominado: "Avaliação e intervenção psicológica com crianças nascidas pré-termo e com baixo peso, suas mães e profissionais da Utin", sob coordenação da professora Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo, financiado pelo CNPq desde 2006 (Proc. n. 485564/2006-8).

enfermería de la Ucin de un hospital en Vitória (ES), Brasil, por medio de un cuestionario sobre el desarrollo infantil, aplicada con anterioridad a un curso que se desea abordar: 1. características de los recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer, 2. la gestión y el alivio del dolor y 3) intervenciones en el entorno de la Ucin. Después del curso, los participantes respondieron a un cuestionario de satisfacción del usuario, y una ficha con sugerencias para la mejora en la Ucin. Los participantes tienen, en general, la percepción adecuada de la vulnerabilidad, el riesgo y factores protectores para el desarrollo, y fueron capaces de sugerir cambios en la Ucin. La satisfacción de los participantes sobre el curso fue muy bueno, destacando su contribución a la formación de este profesional.

Palabras clave: Ucin; enfermería; desarrollo infantil; prematuro; bajo peso al nacer.

Introdução

A assistência integral ao recém-nascido (RN) de alto risco é um desafio relativamente recente para as equipes de saúde. Os avanços da neonatologia e a evolução das tecnologias de assistência e cuidado têm permitido que bebês cada vez menores e mais frágeis sobrevivam, passando seus primeiros momentos de vida em unidades de terapia intensiva neonatal (Utin). Como as unidades de terapia intensiva de forma geral, as Utin são ambientes de alta complexidade que exigem assistência ininterrupta, equipamentos e recursos humanos especializados (SILVA; CONTRIN, 2007).

O ambiente da Utin é projetado para dar o máximo de suporte para um organismo imaturo, mas a avançada tecnologia, a restrição da presença da família, os sons de alarmes e a rotina da própria unidade acabam por tornar o ambiente pouco acolhedor e humanizado (SILVA; CONTRIN, 2007). No caso dos neonatos de alto risco, esse ambiente pode se constituir em um potencial fator de risco, ou seja, aumentar a probabilidade de ocorrência de efeitos negativos no desenvolvimento, uma vez que o bebê internado passa ora por privações de estímulos sensoriais, ora por estimulação desorganizada e em excesso, derivada de toda a atividade humana e dos equipamentos presentes nesse contexto (BARBOSA; FORMIGA; LINHARES, 2007; KLEIN; LINHARES, 2004; LINHARES et al., 2004; RAESIDE, 1997; SOUSA; PAGLIUCA, 1998).

No que se refere à estimulação dos bebês internados em Utin:

Alguns estudos enfatizam os cuidados que devem ser tomados quanto ao excesso de estimulação desses recém-nascidos [...] estímulos ambientais como excessiva luminosidade, ruídos, movimentos constantes, interrupções repetitivas dos ciclos de sono e manipulações dolorosas são extremamente estressantes, o que pode complicar ainda mais o crescimento e o desenvolvimento. Além disso, a ausência de estímulos prazerosos nos primeiros dias de vida pode levar a uma dificuldade de adaptação sensorial dessas crianças (BARBOSA; FORMIGA; LINHARES, 2007, p. 276).

A humanização no atendimento ao neonato de alto risco exige profissionais preparados para atender às necessidades do bebê, não somente do ponto de vista biológico, mas tendo em vista uma perspectiva de desenvolvimento global. De acordo com Kamada e Rocha (2006, p. 405): “O desafio com que se defronta o profissional na UTIN não é somente assegurar a sobrevivência dos recém-nascidos, mas sustentar a progressão do desenvolvimento da criança”.

Rolim e Cardoso (2006) apontam que, para haver uma atenção adequada aos bebês internados, é necessário o controle de dois fatores: o ambiente físico e os recursos humanos para o cuidado. A equipe precisa estar atenta aos elementos do ambiente que devem ser controlados (níveis de ruídos e luminosidades, por exemplo), favorecer o vínculo e a interação mãe-bebê, e estabelecer estratégias para redução do número de manipulações dolorosas e para o controle da dor, visando ampliar o bem-estar do recém-nascido.

As experiências precoces de dor em prematuros (nascidos abaixo de 37 semanas de gestação), derivadas dos procedimentos médicos e de enfermagem necessários ao seu cuidado intensivo na Utin, podem afetar a reatividade emocional e fisiológica da criança à dor (GASPARDO; LINHARES; MARTINEZ, 2005; GRUNAU; TU, 2007; KLEIN; LINHARES, 2004, 2007). Procedimentos não farmacológicos devem ser administrados pela equipe para amenizar a dor: uso de sucção não nutritiva, contenção das extremidades corporais, afago tátil, movimento ritmado repetitivo, posição fetal, menor estimulação tátil e ambiental, e administração de sacarose via oral (GASPARDO; LINHARES; MARTINEZ, 2005; LINHARES; BORDIN; CARVALHO, 2004).

Alguns estudos demonstraram que a morbidade dos recém-nascidos de risco pode ser diminuída ou amenizada consideravelmente pela intervenção precoce, ampliando as possibilidades de desenvolvimento desses bebês (GAMA; FERRACIOLI; CORRÊA, 2004; SOUSA; PAGLIUCA, 1998). Essa intervenção depende da cooperação de uma equipe multiprofissional; apenas o conhecimento do neonatologista é insuficiente. Destacam-se, nesse contexto, os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), responsáveis pelos cuidados diretos e manuseio do recém-nascido.

Uma ação adequada desses profissionais implica, entre outros aspectos: (a) dominar conceitos básicos sobre o desenvolvimento de bebês em situação de risco, especialmente os nascidos prematuros e com baixo peso (menos que 2.500 g ao nascimento); (b) conhecer os fatores de risco e os mecanismos de proteção ao desenvolvimento do bebê; e (c) ser capaz de perceber e propor mudanças nas rotinas e nos procedimentos da Utin que minimizem os impactos da internação no desenvolvimento do neonato. A compreensão desses aspectos pode permitir ao profissional atuar preventivamente naquelas situações de potencial risco, minimizando os possíveis efeitos negativos no desenvolvimento do bebê.

A psicologia pediátrica tem, nesse cenário, contribuições importantes a oferecer na formação do profissional de enfermagem, na medida em que é um campo de aplicação do saber psicológico à saúde da criança, principalmente relacionada ao seu atendimento e de sua família no âmbito do hospital, nas situações de doenças agudas e crônicas, prematuridade, internações, tratamentos e cirurgias, com foco no diagnóstico precoce de alterações no processo de desenvolvimento e na intervenção (BARROS, 2003; CREPALDI; LINHARES; PEROSA, 2006).

Fatores de proteção são variáveis que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinadas adversidades, neutralizando os efeitos provocados por uma condição de risco (GARMEZY, 1996; KLEIN; LINHARES, 2007). Assim, torna-se necessário, nesse contexto, avaliar continuamente os conhecimentos dos profissionais que atuam com o

bebê de risco internado em Utin e capacitá-los de forma que suas ações possam se constituir em fatores de proteção às potenciais adversidades à que esse bebê está sujeito.

Em revisão realizada no mês de agosto de 2009 em duas bases de dados científicos eletrônicos, a Scientific Electronic Library (<http://www.scielo.br>) e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) (<http://www.bireme.br>), em que se buscaram artigos publicados nos últimos cinco anos (2004-2009), foram localizadas algumas pesquisas com profissionais de saúde que tiveram como perspectiva a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil.

Queiroz e Jorge (2004) entrevistaram quatro médicas e seis enfermeiras do núcleo de aleitamento materno de uma Utin do Sistema Único de Saúde de Fortaleza, Ceará, sobre suas concepções a respeito da promoção de saúde da criança. A análise dos dados mostrou que os profissionais: (a) percebem a criança como um ser em desenvolvimento, (b) conhecem as propostas e premissas básicas da promoção de saúde infantil e (c) buscam o envolvimento da família, sobretudo das mães, no cuidado da criança.

Figueiras et al. (2003) avaliaram o conhecimento e a prática sobre vigilância do desenvolvimento de 80 médicos e 80 enfermeiros da atenção primária (Unidades Municipais de Saúde e Programa da Família Saudável) no município de Belém, Pará, por meio de um teste sobre desenvolvimento da criança e um questionário sobre práticas de vigilância, aplicados diretamente aos profissionais, e por meio de entrevistas com 320 mães sobre as práticas de vigilância dos profissionais durante as consultas. Os resultados mostraram que os profissionais avaliados apresentam níveis insatisfatórios de conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e que a vigilância do desenvolvimento não é realizada de forma adequada.

A presente pesquisa teve como objetivos: (a) avaliar o conhecimento de 43 profissionais de enfermagem da Utin de um hospital público da Grande Vitória (ES) sobre desenvolvimento infantil, fatores de risco e mecanismos de proteção; (b) analisar as possibilidades de mudanças no contexto de trabalho da Utin, segundo esses profissionais, após a realização de um curso de capacitação; e (c) avaliar a satisfação desses profissionais em relação à participação no curso.

Método

Participantes e local de coleta de dados

Participaram 43 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e acadêmicos), que trabalhavam dentro da Utin de um hospital público da Grande Vitória (ES) e que representavam 70% da amostra de 64 profissionais de enfermagem da Utin desse hospital, na época em que a coleta de dados foi realizada.

O hospital em questão faz parte da rede de saúde pública e é referência no Estado em maternidade de alto risco, assim como no tratamento intensivo neonatal. A equipe que atendia os pacientes da Utin era composta por 6 neonatologistas (que trabalham diariamente, de segunda-feira a sexta-feira, e 20 plantonistas), 10 enfermeiros e 54 técnicos e auxiliares de enfermagem, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, uma assistente social e uma psicóloga.

Instrumentos

Para coleta de dados com os funcionários, utilizaram-se os seguintes instrumentos:

- *Questionário sobre desenvolvimento infantil*: composto por 80 questões fechadas sobre quatro temas: 1. comportamentos do recém-nascido (normal, prematuro e com baixo peso), 2. importância da primeira infância, 3. marcos do desenvolvimento infantil e 4. fatores de risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. Em relação aos comportamentos do neonato, os participantes deveriam marcar aqueles que considerassem como características de um recém-nascido a termo, prematuro e com baixo peso (PT-BP). Com relação à importância da primeira infância como período de aquisição de algumas habilidades, os participantes deveriam assinalar um X naquelas habilidades que considerassem que seriam adquiridas na primeira infância. Em relação aos marcos do desenvolvimento infantil, os participantes deveriam indicar a idade (em meses ou anos) em que algumas habilidades, tais como falar e andar, surgiriam. Sobre as condições que afetam o desenvolvimento infantil, os participantes tinham que avaliar 43 afirmações e categorizá-las como "A" quando a frase indicasse uma ajuda no desenvolvimento da criança (por exemplo: "atenção materna" e "reduzir níveis de ruídos na Utin"), "N" quando o conteúdo da frase indicasse não haver interferência no desenvolvimento da criança e "R" quando o conteúdo da frase estivesse associado a um retardo (atraso ou interferência negativa) no desenvolvimento da criança ("procedimentos e manipulações desnecessários no bebê" e "linguagem pobre da mãe", por exemplo).
- *Questionário de satisfação do usuário*: nesse instrumento, adaptado do original de Eyberg (1993), os participantes deveriam fazer uma avaliação sobre o curso de capacitação, marcando um X nos itens que expressavam sua satisfação com a capacitação e o quanto haviam aprendido sobre o bebê internado em Utin.
- *Formulário de sugestões de melhorias na Utin*: nesse instrumento, elaborado para este estudo, os profissionais expuseram seu ponto de vista, sugerindo possíveis alterações dentro da Utin que melhorassem a qualidade de vida do bebê e demonstrassem a importância dos conceitos apresentados no curso.

Procedimento

Os participantes foram abordados coletivamente, no auditório do hospital, no momento que antecedia a realização de um curso de capacitação. Após a explicação dos procedimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes responderam ao questionário sobre desenvolvimento infantil, em aplicação coletiva.

Em seguida, iniciou-se o curso de capacitação, incluindo os temas: 1. características de recém-nascido de alto risco, sobretudo prematuro e com baixo peso; 2. manejo e alívio da dor em recém-nascido de alto risco; e 3. intervenções no meio ambiente da Utin, vi-

sando melhorar o desenvolvimento do bebê hospitalizado. O curso teve duração de 8 horas (4 h em um dia e 4 h em outro), tendo ocorrido com dois grupos diferentes. Três profissionais (dois neonatologistas e uma psicóloga) conduziram os grupos. No segundo dia do curso, após seu término, os participantes responderam ao questionário de satisfação do usuário e ao formulário de sugestões de melhorias na Utin.

Processamento e análise de dados

No questionário sobre desenvolvimento infantil, para a avaliação dos itens relacionados aos marcos do desenvolvimento da criança, consideraram-se corretas as respostas que indicavam a idade adequada ou aproximada (um mês para mais ou para menos) para a emergência de um dado comportamento. Com relação à importância da primeira infância, todas as alternativas estavam corretas, consideraram-se aquelas em que o participante marcou um X, sendo posteriormente calculado o percentual de acerto para cada uma das habilidades listadas. No que se refere à avaliação das condições que afetam o desenvolvimento infantil (fatores de risco e mecanismos de proteção), foi calculada a quantidade de respostas corretas e incorretas para cada um dos 43 itens avaliados.

Para a análise dos dados do questionário de satisfação do usuário, foi feito um cálculo de porcentagem de respostas nas categorias: aprendizado sobre o desenvolvimento do bebê internado na Utin, nível de aproveitamento do curso, sentimento em relação à capacidade de cuidar do bebê após o curso, opinião sobre a maneira como o curso influenciou o dia a dia e avaliação afetiva do curso (o quanto o participante gostou do curso).

As respostas ao formulário de sugestões de melhorias na Utin, com propostas de mudanças nesse contexto, foram agrupadas em cinco categorias (definidas com base na leitura das respostas dos participantes) de alterações em: 1. ambiente físico da Utin, 2. rotina dos profissionais, 3. manuseio do bebê visando ao seu bem-estar, 4. ações de humanização da Utin e 5. atendimento às famílias do RN. Fez-se também um cálculo de porcentagem de respostas em cada categoria.

Aspectos éticos e limitações

Os procedimentos da pesquisa não implicaram nenhum prejuízo ou risco para os participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas éticas de pesquisa, após a explicação dos procedimentos. Na época da apresentação do projeto, o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em estudo não estava funcionando, mas foi obtida a aprovação pela Comissão Interna de Pesquisa, sendo também autorizado pela direção do hospital.

Uma das limitações do presente estudo refere-se à falta de preenchimento nos questionários, por alguns participantes, de dados de identificação, impedindo que suas respostas fossem correlacionadas a variáveis como idade, cargo e tempo de trabalho em Utin.

Resultados e discussão

Com relação à caracterização dos respondentes, 95% eram do sexo feminino, a média de idade foi de 35 anos e o tempo médio de trabalho em Utin foi de 7 anos. Os técnicos de enfermagem representavam 45% da amostra, sendo 14% de auxiliares de enfermagem, 9% de enfermeiros, 5% de acadêmicos de enfermagem e 27% não responderam à questão.

No questionário sobre desenvolvimento infantil, ao caracterizarem o bebê a termo, prematuro e com baixo peso, 85% dos respondentes afirmaram que bebês PT-BP sentem dor, o que denota que reconhecem a responsividade do bebê à estimulação dolorosa. Para 73,7% da amostra, procedimentos dolorosos repetidos representam uma interferência negativa no desenvolvimento da criança. Esse conhecimento, embora importante, pode não ser suficiente para que o profissional atue no sentido de aliviar a dor, pois é necessário também que ele reconheça quando o bebê está sentindo dor e seja capaz de amenizá-la com os procedimentos adequados, que devem fazer parte da rotina da equipe.

Uma das maiores dificuldades encontradas por profissionais que atuam em Utin, de acordo com Sousa et al. (2006), é notar quando um recém-nascido está sentindo dor, uma vez que o bebê ainda não é capaz de relatá-la. A melhor maneira de fazer esse tipo de identificação é por medidas fisiológicas e avaliação de sinais comportamentais emitidos pelo bebê antes, durante e depois de um procedimento doloroso. Algumas escalas, como o sistema de codificação da atividade facial neonatal (NFCS) fazem esse tipo de avaliação mediante a verificação das alterações da mímica facial associadas à dor (CORREIA; LINHARES, 2008; GASPARD; LINHARES; MARTINEZ, 2005; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; SOUSA et al., 2006).

Estudos da área mostram que, além da escassa utilização de métodos para avaliação da dor, não existem normas e rotinas para seu controle na maioria dos serviços neonatais brasileiros, embora vários estudos demonstrem a importância do controle da dor (GRUNAU; TU, 2007; KLEIN; LINHARES, 2007). No hospital do presente estudo, ainda não foi implantado nenhum protocolo de controle de dor na Utin, sendo este um dos desafios para o alcance da assistência integral ao neonato de alto risco.

Alguns métodos de controle e alívio da dor, como a administração de sacarose por via oral, a sucção não nutritiva, o leite humano via sonda nasogástrica e o colo, são apontados como eficazes para a redução e controle da dor, já que essas intervenções não farmacológicas apresentam efeitos sinérgicos quando aplicadas em conjunto (GASPARD; LINHARES; MARTINEZ, 2005).

Ao responderem sobre marcos do desenvolvimento infantil, os participantes deveriam indicar em que idade (em média) as crianças apresentariam algumas habilidades. No grupo avaliado, o percentual de acerto ficou acima de 60% em 5 dos itens avaliados, e, para o total de 8 itens, o percentual de erros esteve acima de 25% (variando entre 26,5% e 85%), ficando a média de acertos em 54,86% (Tabela 1).

Tabela 1. Índice de acertos no apontamento de marcos do desenvolvimento infantil

Item avaliado	Percentual de acerto
Sentar sem apoio	73,4
Engatinhar	72
Controlar os esfíncteres	69
Agarrar e soltar objetos	60,5
Ficar em pé sem ajuda	60
Falar a primeira palavra	46
Andar	43
Falar corretamente	15
Média	54,8

No que se refere à avaliação da importância da infância como período de aquisição de determinadas habilidades, os participantes deveriam marcar um X naquelas que a criança desenvolve na primeira infância (como andar, falar, diferenciar os sexos, entre outras). A avaliação dos participantes foi adequada para todos os itens, com mais de 45% de acerto (Tabela 2).

Tabela 2. Índice de acertos na indicação de habilidades adquiridas na primeira infância

Item avaliado	Percentual de acerto
Andar	100
Falar	100
Relacionar-se emocionalmente com pais, irmãos e outras pessoas	93,2
Comer alimentos sólidos	88,6
Controlar seu organismo	77,2
Diferença básica entre os sexos	75
Distinguir o certo e o errado (valores morais)	52,2
Formar conceitos básicos sobre o meio físico e social	45,4
Média	79

Na parte do questionário sobre as condições que afetam o desenvolvimento da criança, a análise incidiu sobre as sentenças assinaladas com as letras "A" – ajuda ao desenvolvimento da criança –, "N" – não há interferência no desenvolvimento – e "R" – con-

dição que gera retardo ou interferência negativa no desenvolvimento da criança –, delineando o conhecimento dos profissionais acerca de fatores de risco e mecanismos de proteção. Em apenas 3 das 43 afirmações, houve 100% de acerto por parte dos participantes (“fumo, álcool e drogas na gravidez” – R, “jogos e brinquedos” e “mãe que estabelece bom vínculo afetivo com o bebê” – A).

Em 26 afirmações, o índice de acertos foi acima de 75% (“parto prolongado” – R e “incorporar os pais nos cuidados do bebê na Utin” – A, por exemplo); em 9 afirmações, o índice de acertos ficou entre 50% e 75% (“prover contenção, vestir ou cobrir o bebê na Utin” – A e “procedimentos dolorosos repetitivos” – R, por exemplo); em 5 sentenças, o índice de acertos ficou entre 25% e 50% (“linguagem pobre da mãe” – R, por exemplo); e, por fim, nenhuma afirmação teve índice de acerto abaixo de 25%.

O conjunto desses resultados revela que, na média, os participantes têm boas noções sobre desenvolvimento infantil, fatores de risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. Esse conhecimento é de suma importância para que o profissional realize a vigilância ao desenvolvimento, que compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e detecção de problemas de forma precoce na atenção primária à saúde da criança (FIGUEIRAS et al., 2003, 2005).

Após passarem pelo curso de capacitação, no formulário de sugestões de melhorias na Utin, os 43 participantes apresentaram 240 respostas com soluções de melhorias. A categoria que obteve maior número de sugestões (41,3% das respostas) foi referente a alterações no “ambiente físico da UTIN”, na qual foram agrupadas sugestões como: reduzir a estimulação ambiental, estruturar *box* mais espaçoso, melhorias tecnológicas, aumentar a quantidade e a qualidade dos equipamentos, entre outras. Entre as sugestões de alteração na categoria “rotina dos profissionais” (23,75% das respostas), houve destaque para: trabalhar em equipe, agrupar cuidados, prestar atenção durante a execução do procedimento, capacitar funcionário e sistematizar a rotina.

Na categoria “manuseio do bebê visando seu bem-estar” (20,83% das respostas), foram feitas sugestões como: planejamento durante o cuidado, redução do manuseio, uso de analgésicos e interação com o bebê; já na categoria “ações de humanização da Utin” (8,3% das respostas), foram agrupadas sugestões como: cuidados humanizados e atenção ao bebê quando agitado. A categoria com menor frequência de respostas (5,82%) relacionou-se ao “atendimento às famílias do RN”, com sugestões como: orientar os pais para que tenham maior carinho e delicadeza e maior higiene ao lidarem com o bebê, estimular o contato familiar, assim como a interação mãe-filho, e promover a acomodação dos pais (Tabela 3).

A categoria mais apontada pelos participantes se referiu ao controle do ambiente da Utin, visando à redução da estimulação visual e sonora, bem como a diminuição do manuseio e do toque do bebê pela equipe de saúde, por meio do agrupamento de cuidados. Essas ações, de acordo com Raeside (1997), estão amparadas em evidências convincentes de que os escores dos bebês em testes de desenvolvimento aumentam quando se tem um ambiente controlado.

Tabela 3. Sugestões de melhorias na Utin, segundo os profissionais de enfermagem

Sugestão de melhorias na Utin		
Categorias	F	%
Ambiente físico da Utin	99	41,3
Rotina dos profissionais	57	23,7
Manuseio do bebê visando ao seu bem-estar	50	20,8
Ações de humanização da Utin	20	8,3
Atendimento às famílias do RN	14	5,8
Total	240	100

A categoria menos apontada pelos profissionais foi relacionada com intervenções voltadas para a família do recém-nascido. O reduzido número de respostas nessa categoria pode ser decorrente da ausência dessa temática específica no curso de capacitação. Entretanto, supõe-se que a família ainda não esteja suficientemente integrada nas ações dos profissionais da Utin. Rolim e Cardoso (2006) mostraram que, apesar da vontade da equipe de saúde em compartilhar com os pais as dificuldades vividas no enfrentamento da hospitalização do bebê, a intensa carga de trabalho acabava sendo um fator que dificulta a aproximação com as famílias.

Vários estudos evidenciam que é de extrema importância que as mães sejam orientadas, durante sua estada no hospital, sobre como lidar com o neonato de risco e promover uma mediação adequada na relação com o bebê (BARBOSA; RODRIGUES, 2004; BROWNE; TALMI, 2005; CARVALHO; LINHARES; MARTINEZ, 2001; KLEIN; LINHARES, 2006; LINHARES; MARTINS; KLEIN, 2004; LINHARES et al., 2004). Assim, a visita monitorada ao bebê internado, com acompanhamento do profissional de saúde, e grupos de apoio para as mães com orientações e suporte psicológico têm sido estratégias apontadas na literatura para incluir a família no cuidado ao neonato de risco e melhorar seu prognóstico após a alta hospitalar (RAESIDE, 1997; LINHARES et al., 2004; PADOVANI et al., 2004; SCOCHI et al., 2003).

Gaíva e Scochi (2004) apontaram que, apesar das importantes transformações na inserção da família nos cuidados do recém-nascido e humanização das Utin, o trabalho da enfermagem ainda é centrado em um modelo de cuidar focado no corpo do bebê, com ênfase no aspecto curativo. Nesse sentido, a psicologia pediátrica tem o importante papel de destacar os aspectos relativos ao desenvolvimento do neonato que estão implicados nos procedimentos da Utin e ajudar esse profissional a manejá-los, tendo em vista uma perspectiva preventiva.

Por fim, com relação ao questionário de satisfação do usuário, os participantes avaliaram ter aprendido vários conteúdos sobre o desenvolvimento do bebê internado na Utin (67,45%) e relataram ter tido bom aproveitamento (71,4%) no curso. Para cuidar do

bebê após o curso, relataram estar mais confiantes (69,8%) e sentiram que o curso ajudou muito (65,11%) nos cuidados com o recém-nascido. Avaliaram, ainda, o curso de maneira positiva, com maior frequência para a categoria “gostar muito” (83,3%), o que evidencia sua satisfação em relação à capacitação.

Conclusões

Os dados obtidos neste estudo evidenciam que, de forma geral, os participantes têm uma boa percepção sobre condições de vulnerabilidade, risco e fatores protetores para o desenvolvimento de uma criança, e reconhecem a necessidade de um atendimento mais especializado para o bebê de risco, especialmente o prematuro e com baixo peso. O curso realizado contribuiu para que os profissionais compreendessem melhor o recém-nascido de alto risco e ajudou-os a perceber e propor mudanças que poderão ser implantadas no seu cotidiano de trabalho, vindo a beneficiar o desenvolvimento do bebê internado na Utin.

Ações educativas como essas podem prevenir que o ambiente da Utin potencialize os efeitos dos fatores de risco já presentes no contexto do nascimento, especialmente de crianças prematuras e com baixo peso (GRILO; PEDRO, 2005; LINHARES et al., 2006). A capacitação continuada, dentre outras estratégias com a equipe de saúde que atende o neonato, certamente contribuirá para melhorar a vigilância do desenvolvimento (FIGUEIRAS et al., 2005).

Além da intervenção iniciada dentro da própria Utin, existe a necessidade de esses bebês serem acompanhados durante a infância, após a alta hospitalar (*follow-up*), visando à detecção precoce de problemas de desenvolvimento e também ao mapeamento dos recursos dessa criança para a adoção de medidas preventivas. Esse acompanhamento e a orientação das famílias são fatores cruciais para a diminuição das possíveis adversidades no curso da infância (MELO; ROCHA, 1999; SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1990).

A assistência neonatal vem se transformando com o passar dos anos e ampliando as chances de sobrevivência de recém-nascidos de risco, e, nesse contexto, a atuação dos profissionais da saúde que cuidam do bebê pode ser fator diferencial na promoção do seu desenvolvimento inicial. Inúmeros desafios se colocam para que o cuidado do neonato seja integral: avaliação e manejo da dor, inclusão da família nas ações da equipe de saúde, controle do ambiente da Utin, atuação da equipe de maneira integrada, entre outros. A Psicologia pode contribuir para a melhoria dessa assistência colocando o desenvolvimento do bebê como foco das ações de saúde.

Referências

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 205-212, 2004.

BARBOSA, V. C.; FORMIGA, C. K. M. R.; LINHARES, M. B. M. Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascidos pré-termo. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 4, p. 275-281, 2007.

BARROS, L. **Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista**. Lisboa: Climepsi, 2003.

BROWNE, J. V.; TALMI, A. Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. **Journal of Pediatric Psychology Advanced Accesses Published online**, p. 1-11, 2005. Disponível em: <<http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/jsi053v1>>. Acesso em: 11 jan. 2009.

CARVALHO, A. E. V.; LINHARES, M. B. M.; MARTINEZ, F. E. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500 g). **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 1-33, 2001.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: revisão da literatura. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 6, p. 477-486, 2008.

CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M.; PEROSA, G. B. (Org.). **Temas em psicologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

EYBERG, S. M. Consumer satisfaction measures for assessing parent training programs. In: VANDECREEK, L.; KNAPP, S.; JACKSON, T. L. (Org.). **Innovations in clinical practice: a source book**. Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1993. v. 12, p. 377-382.

FIGUEIRAS, A. C. M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1691-1699, 2003.

_____. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da Aidpi: módulo II**. Washington, DC: Organização Pan-Americana de Saúde, OMS, 2005.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-476, 2004.

GAMA, D.; FERRACIOLI, F.; CORRÊA, S. M. P. Estimulação sensório-motora nos bebês de risco em hospitais. **Reabilitar**, Lisboa, v. 6, n. 23, p. 45-50, 2004.

GARMEZY, N. Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In: HAGGERTY, R. J. et al. (Org.). **Stres, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and intervention**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 1-18.

GASPARDO, C. M.; LINHARES, M. B. M.; MARTINEZ, F. E. A eficácia da sacarose no alívio da dor e neonatos: revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre v. 81, n. 6, p. 435-442, 2005.

GRILO, A. M.; PEDRO, H. Contribuições da psicologia para as profissões da Saúde. **Psicologia: Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 6, n. 1, p. 69-89, 2005.

GRUNAU, R. E.; TU, M. T. Long-term consequences of pain in human neonates. In: ANAND, K. J. S.; STEVENS, B. J.; MCGRATH, P. J. (Org.). **Pain in neonates and infants**. Philadelphia: Elsevier, 2007. p. 45-55.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em Utin. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 404-411, 2006.

KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. Estresse, resiliência e cuidado no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. (Org.). **Temas em educação especial: avanços recentes**. São Carlos: EdUFSCar, 2004. p. 315-324.

_____. Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 277-284, 2006.

_____. Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 33-44, 2007.

LINHARES, M. B. M.; BORDIN, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V. Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar. In: MARTURANO, E.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Org.). **Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, Fapesp, 2004. p. 75-106.

LINHARES, M. B. M.; MARTINS, I. M. B.; KLEIN, V. C. Mediação materna como processo de promoção e proteção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In: MARTURANO, E.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Org.). **Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, Fapesp, 2004. p. 39-74.

LINHARES, M. B. M. et al. A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Org.). **Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 11-38.

_____. Psicologia pediátrica e neonatologia de alto risco: promoção precoce do desenvolvimento de bebês prematuros. In: CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M.; PEROSA, G. B. (Org.). **Temas em psicologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 111-145.

MELO, D. F.; ROCHA, S. M. M. Assistência de enfermagem a crianças prematuras: uma revisão de literatura sobre seguimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 14-21, 1999.

PADOVANI, F. H. P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante a após a hospitalização em UTI neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 251-254, 2004.

QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Concepções de promoção de saúde e atuação dos profissionais que cuidam da criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 31-37, 2004.

- RAESIDE, L. Perceptions of environmental stressors in the neonatal unit. **British Journal of Nursing**, Hatfield, UK, v. 6, n. 16, p. 914-923, 1997.
- ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 85-92, 2006.
- SCOCHI, C. G. S. et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-543, 2003.
- SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração da dor**: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: Funpec, 2006.
- SILVA, N. D.; CONTRIN, L. M. Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na Utin no momento da visita. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 3, p. 148-152, 2007.
- SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual de follow-up do recém-nascido de alto risco**: rotinas. Rio de Janeiro: Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 1990.
- SOUSA, B. B. B. et al. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 15, p. 88-96, 2006.
- SOUSA, K. M.; PAGLIUCA, L. M. F. Estimulação visual para o recém-nascido prematuro: intervenção de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 189-206, 1998.

Contato

Fabiana Pinheiro Ramos
Rua Clóvis Machado, 215/1104 – Enseada do Suá
Vitória – ES
CEP 29050-585
e-mail: ramosfabiana@bol.com.br

Tramitação

Recebido em novembro de 2009
Aceito em fevereiro de 2010