

CENTRO UIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS UNIEVANGÉLICA
CURSO DE ENFERMAGEM

**INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: uma
revisão da literatura**

DELFINA JOMEL BRANCOZINHO CADENGUES

MITOSA CONSTANTINO DA SILVA INDI JEAN

Anápolis

2018

DELFINA JOMEL BRANCOZINHO CADENGUES

MITOSA CONSTANTINO DA SILVA INDI JEAN

**INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: uma revisão
da literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado para apreciação no Curso de enfermagem, como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ma Rosana Mendes Bezerra

Anápolis

2018

DELFINA JOMEL BRANCOZINHO CADENGUES

MITOSA CONSTANTINO DA SILVA INDI JEAN

**INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:
uma revisão da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ____ de _____ de _____

Banca examinadora composta por:

Profª Ma Rosana Mendes Bezerra

Orientadora

Profª Ma Regina Ribeiro de Castro

Avaliador

*O que prevemos raramente ocorre; o que menos
esperamos geralmente acontece.” (Benjamin Disraeli)*

Tudo posso naquele que me fortalece (Fp.4:13)

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em nossa vida, autor do nosso destino, nosso guia, socorro presente na hora de angustia toda nossa família e nossos amigos, e que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que chegássemos até esta etapa da nossa vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos a Deus tudo poderoso pelo dom da vida e pela oportunidade que nos proporcionou de chegar até aqui, pelas lutas e pela vitórias. “Pois nada é impossível para Deus (Lucas 1:37).”

A minha família em especial meu esposo Tiago Luis cadenguês por toda dedicação e paciência contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante esses anos. Meus filhos Neemias, Josivânia e Nathan, Janete Rode da Silva Delgira Gomes Manuela e Filismina meus amigos Honório e Juliana diretora de escola de Efermagem Florence Ni meu sobrinho Jano, Lucas Jumaly Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para o meu aprendizado. Agradeço também a minha instituição ter me dado a chance e todas as ferramentas que permitiram chegar hoje ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

Agradeço meus pais Domingos Constantino Indi, Virginia da Silva Indi, por terem me apoiado durante esse tempo mesmo distante, sempre estão orando, intercedendo e me encorajando, graças a vocês consegui vencer todos os obstáculos e ter essa conquista, meu querido esposo David Jean, meu bombo Ndjimenny Daniella, meu cunhado Becupe, minha irmã Filadélfia, meu irmão Eloy e minhas amigas Vânia Pinto, Miliza Djata, Jessica, Dona Damdeia e Bedanloa pela ajuda, atenção, paciência e encorajamento. Vocês contribuíram para que seja realizada essa conquista.

Muito obrigada meninas do G2 por fazerem parte da nossa vida, vocês são nota 10, que continuem sendo essas pessoas maravilhosas.

Agradecemos a nossa querida orientadora Prof^a. Ma. Rosana Mendes Bezerra pela paciência, dedicação e apoio nas horas difíceis de dúvidas, nos atendeu sempre com carinho e compreensão, sem ela esse trabalho não seria possível que Deus lhe abençoe, você estará sempre em nossos corações.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são responsáveis por acolher os pacientes em estado crítico de saúde. Assim entende-se por UTI neonatal a área dentro de uma unidade de saúde responsável por acolher e tratar bebês prematuros ou com algum problema crítico de saúde. No caso dos bebês de 0 a 28 dias prematuros para amadurecer os pulmões, ganhar peso e tratar doenças congênitas e genéticas (GAÍVA; SCOCHI, 2004). **OBJETIVOS:** Geral: Identificar na literatura científica como é descrita a internação na UTI neonatal; Específicos: Conhecer como a família se descreve a internação na UTI neonatal; Conhecer como os profissionais descrevem hospitalização em UTI neo. **METODOLOGIA:** Trata-se de pesquisa de revisão da literatura. Foram utilizados meios em biblioteca online da SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca virtual de saúde) e nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe em ciência de Saúde) e BDEF (Base se Dados de Enfermagem) com descritores em saúde: com descritores em saúde: Enfermagem, Enfermagem neonatal, hospitalização, UTI neonatal. **RESULTADOS:** Surgiram duas categorias que ficaram mais evidentes: primeira, visão de família frente a hospitalização em UTI neonatal; segunda, visão de profissionais de saúde frente a hospitalização em UTI neonatal. **CONCLUSÃO :** A internação na UTIN é vista como um lugar carregado de sentimentos de perda, tristeza angustia e desespero, ao mesmo tempo existe o sentimento de esperança de futuro melhor e na alta hospitalar e se sentem muito felizes quando são permitido e orientado a participar do cuidado do filho durante a visita, a participar nas trocas de fralda para promoção dos vínculos afetivos. Entende-se que para profissionais de saúde é um lugar de muito desgaste emocional, psicológico e físico, eles ficam preocupados com o acolhimento da família de melhor maneira para promover mais tranquilidade confiança e vínculo familiar, se preocupam com desenvolvimento do RN, com dor, febre e prevenção das infecções que pode levar neonato a óbito. Os profissionais que atuam nessa área é necessário atualização técnico, científico e educação continuada e permanente para melhor cuida-los. Este trabalho servirá base para novas pesquisas científicas.

Descritores: Enfermagem. Enfermagem neonatal. Hospitalização. UTI neonatal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Intensive Therapy Units (ITUs) are responsible for receiving patients in a critical state of health. Thus, the neonatal ITU is understood as the area within a health unit responsible for hosting and treating premature babies or with any critical health problem. In the case of babies from 0 to 28 days premature to mature the lungs, gain weight and treat congenital and genetic diseases (GAÍVA; SCOCHI, 2004). **OBJECTIVES:** General: To identify in the scientific literature how the hospitalization in the neonatal ITU is described; Specific: To know how the family describes the hospitalization in the neonatal intensive Therapy unit; To know how professionals describe hospitalization in neo-ITU. **METHODOLOGY:** This is a literature review research. We used means in an online library of SCIELO (Scientific Electronic Library Online), VHL (Virtual Health Library) and LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Science) databases and BDNF (Nursing Data Base) with descriptors in health: with descriptors in health: Nursing, Neonatal nursing, hospitalization, neonatal ITU. **RESULTS:** Two categories emerged that became more evident: first, the family view regarding hospitalization in a neonatal intensive care unit; second, view of health professionals regarding hospitalization in neonatal ITU. **CONCLUSION:** The hospitalization in the NITU is seen as a place full of feelings of loss, sadness, anguish and despair, at the same time there is the feeling of hope for a better future and at hospital discharge and feel very happy when they are allowed and guided to participate in the care of the child during the visit, to participate in diaper changes for the promotion of affective bonds. It is understood that for health professionals is a place of much emotional, psychological and physical wear, they are concerned about the reception of the family in a better way to promote more tranquility, confidence and family bond, are concerned with the development of the newborn, with pain, fever and prevention of infections that can lead to neonatal death. The professionals who work in this area need technical updating, scientific and continuing education and permanent to better care for them. This work will serve as the basis for new scientific research.

Keywords: Nursing. Neonatal Nursing. Hospitalization. Neonatal ITU

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL.....	11
2.1 Histórico das Unidades de Terapia Intensiva	11
2.2 causas da internação na UTI-N e causas de óbitos	13
2.3 Políticas públicas voltado a UTI neonatal.....	14
3 METODOLOGIA.....	16
3.1 Tipos de estudos	16
3.2 Local da pesquisa	16
3.3 Sujeitos de pesquisa	16
3.4 Critério de inclusão	16
3.5 Critérios de exclusão.....	16
3.6 Coleta e análise de dados.....	17
5. CATEGORIAS.....	20
5.1 Visão de família frente a hospitalização em UTI neonatal	20
5.2 Visão de profissionais de saúde frente a hospitalização em UTI neonatal.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são responsáveis por acolher os pacientes em estado crítico de saúde. Sendo assim entende-se por UTI neonatal a área dentro de uma unidade de saúde responsável por acolher e tratar bebês prematuros ou com algum problema crítico de saúde. No caso dos bebês de 0 a 28 dias prematuros, estes ficam na UTI para amadurecer os pulmões, ganhar peso e tratar doenças congênitas e genéticas. As principais causas que impedem consecutivamente o amadurecimento dos nascimentos prematuros são a baixa de peso e algumas doenças congênitas pulmões e outros órgãos (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

São considerados como prematuro todo neonato pré termo ou seja, com até 36 semanas de gestação. A partir disto os bebês podem ser classificados como prematuro limítrofe que nasce entre 37 e 38 semanas, prematuro moderado entre 31 e 36 semanas e prematuro extremo entre 24 e 30 semanas (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. Devem articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido que necessitem dos cuidados específicos e que se encontrem em locais que não disponham dessas unidades devem receber os cuidados necessários até sua transferência para uma Unidade Neonatal, que deverá ser feita após estabilização do recém-nascido e com transporte sanitário adequado, realizado por profissional habilitado (BRASIL, 2010).

Alguns fatores como infecções urinárias, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, diabetes gestacional, distúrbios da glândula tireoide e o uso de bebidas alcoólicas são as principais causas de parto prematuro no Brasil. Porém algumas condições como malformações fetais e síndromes genéticas podem contribuir para o nascimento prematuro (ARAÚJO; TANAKA, 2007).

Além destas causas é importante ressaltar que algumas doenças de notificação compulsória também podem desencadear o parto prematuro, entre elas as doenças sexualmente transmissíveis que pode também ser transmitida de mãe para feto e algumas infecções como toxoplasmose, citomegalovírus e outras (BARROS; MATIJASEVICH; SILVEIRA, 2013).

Entre as principais causas de óbitos estão a prematuridade, as afecções respiratórias do RN, a membrana hialina, a asfixia intrauterina e o intraparto, o baixo peso ao nascer, o traumatismo obstétrico e a infecção intrauterina (MARANHÃO; COUTINHO; SIU, 1999).

Este estudo torna-se relevante por se tratar que a Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são responsáveis por acolher os pacientes em estado crítico de saúde. No caso dos bebês de 0 a 28 dias prematuros, estes ficam na UTI para amadurecer os pulmões, ganhar peso e tratar doenças congênitas e genéticas.

O estudo poderá servir de base para os Gestores dos Serviços de Saúde da cidade de Anápolis, afim de que possam aplicar novos métodos e serviços de saúde ou implementar aqueles já existentes para prevenção do nascimento prematuro.

Para Araújo et al. (2005) as principais patologias que levam um recém-nascido a ficar internado na UTI são evidenciadas como baixa de peso, malformações severas, septicemia, prematuridade extrema e patologias do cordão e da placenta. Em seu estudo realizado com cerca de 2240 neonatos 82% dos que apresentaram peso abaixo de 1500 quilogramas evoluíram a óbito, 25% dos que tiveram malformações também evoluiu a óbito, dos prematuros cerca de 13%, infecções do RN e patologias da placenta e do cordão representaram respectivamente 3,3% e 7,1%.

Frente ao tema foram propostos os seguintes objetivos: o geral de Identificar na literatura científica como é descrita a internação na UTI neonatal; objetivos específicos Conhecer como a família se descreve a internação na UTI neonatal; Conhecer como os profissionais descrevem hospitalização em UTI neo.

Assim, diante do exposto pergunta-se: Com é descrita o hospitalização em UTI neonatal pela equipe de saúde e família?

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 Histórico das Unidades de Terapia Intensiva

A história do surgimento das UTIs no início do século XX, são chamadas “salas de recuperação” para onde os pacientes eram levados após alguma cirurgia neurológica, no Hospital John Hopkins (EUA). Já no Brasil elas só começaram a ser implantado na década de 70, primeiramente no hospital Sírio Libanês em São Paulo com apenas dez leitos em 197 (GA et al., 1999).

O objetivo básico das UTIs é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam. Assim, as unidades de terapia intensiva são equipadas com aparelhos capazes de reproduzir as funções vitais dos internados como respiradores artificiais (a criação destes aparelhos reduziu de 70% para 10% a morte de recém-nascidos, os aparelhos de hemodiálise que substituem a função dos rins e diversos outros. A criação das UTIs representou um grande impacto na história da medicina, uma vez que possibilitou o atendimento adequado dos pacientes graves ou em risco,garantindo-lhes melhores condições de recuperação e reduzindo os números dos óbitos em cerca de 70%, (GA et al., 1999)

Para Souza; Possari; Mugaiar (1985), As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são consideradas como locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes aí internados há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência Médica e de enfermagem contínua e intensiva.

Segundo Santos; Toledo; Silva (1999), a equipe multiprofissional que atua nas UTIs é composta por: médicos intensivistas, que são responsáveis pela assistência durante e a permanência do paciente na UTI, e juntamente com o médico responsável pela internação do paciente, elabora um plano para diagnóstico e do tratamento; as enfermeiras são responsáveis pela avaliação e elaboração de um plano de cuidados de enfermagem individualizado e sistematizado. A equipe multidisciplinar da UTI que é composta por Auxiliar de Enfermagem, Agente de Transporte, Auxiliar de Higiene Hospitalar, Fisioterapeutas e Nutricionistas.

A UTI é um lugar que sempre abala emocionalmente as pessoas, onde é prestada assistência a pacientes de risco. Tratando-se, pois, de Unidade de terapia

intensiva neonatal (UTIN), essa situação é mais agravante, já que se trata de um recém-nascido cujos pais o amam e imaginavam outra realidade, o que poderá interferir na estrutura emocional e econômica entre o pai e filhos. O paciente assistido em uma UTIN perde seu contato direto com familiares e pessoas próximas. É destituído, mesmo que temporariamente, da sociedade, e tendo que se relacionar com desconhecidos e ficando exposto a situações (HEWITT, 2002).

Apesar de toda a tecnologia empregada nas UTIs e, com isso, o melhoramento da assistência prestada, o índice de mortalidade ainda é elevado, o que criou o mito, para pacientes e familiares, de que a UTI está diretamente relacionada à morte e a pacientes que não têm chance de recuperação. Uma intervenção junto aos familiares é necessária, dando-lhes oportunidade para expor suas dúvidas, medos e sentimentos em relação à internação do paciente nesse ambiente ajudando-os a se conscientizarem da real situação do doente e da necessidade de tratamento na UTI. É preciso garantir que as famílias sintam-se apoiadas, úteis e participativas no tratamento do paciente e tenham suas dúvidas esclarecidas (SOUZA; POSSARI; MUGAIAR, 1985).

O cuidado emocional é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, que precisa estar em condições emocionais de trabalhar com os pacientes, seus familiares e comunidade. Ser saudável é uma conquista que deve ser buscada não só para os pacientes, mas também para a vida dos profissionais que atuam em UTIs, (SANTOS; TOLEDO; SILVA, 1999).

A UTIN é planejada para prestar assistência aos paciente em casos críticos e que exija a assistência médica, de enfermagem e equipe multiprofissional. Esses fatos justificam a introdução de tecnologias cada vez mais aprimoradas na tentativa de melhorar o quadro de saúde do neonato, por meio de aparelhos, conhecimento técnicos profissionais para preservar e manter a vida, através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exige profissionais de saúde altamente qualificado (DINIZ, 2009).

AUTI-N: é destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias (BRASIL, 2010).

A neonatologia, como especialidade, surgiu na França. O obstetra, Dr. Pierre Budin, resolveu estender suas preocupações além da sala de parto e criou o Ambulatório de Puericultura no Hospital Charité de Paris, em 1882. Posteriormente, chefiou um Departamento Especial para Debilitados estabelecido na Maternidade

por Madame Henri, antiga parteira chefe. Em 1914, foi criado pelo pediatra, Dr. Julius Hess, o primeiro centro de recém-nascidos prematuros no Hospital Michel Reese, em Chicago. Posteriormente vários outros centros, foram criados para atendimento a nascidos prematuros com a finalidade de lhes assegurar enfermeiras treinadas com dispositivos próprios, incluindo incubadoras e procedimentos rigorosos para a prevenção de infecções (DINIZ, 2009).

Já em 1947 foi criado na Universidade do Colorado, local de atendimento que ia além dos cuidados prestados aos prematuros. Possuía leitos para mães com gravidez de risco, para parto prematuro e programas de treinamento para serem ministrados em todo o Colorado (AVERY, 1984).

Assim , atualmente temos para prestação de cuidados a crianças a UTI-P. Esta é destinada à assistência a pacientes com idade entre 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTI-PM). Destina-se a assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal (BRASIL, 2010).

2.2 Causas da internação na UTIN e causas de óbitos

As principais patologias que levam um recém-nascido a ficar internado na UTI são evidenciadas por Araújo et al. (2005). Como baixo peso ao nascer é um fator de destaque, vem sendo apontado por diversos autores como peça fundamental de mortalidade em nossos países, malformações severas, septicemia, prematuridade extrema e patologias do cordão e da placenta.

Salge et al. (2009) complementa dizendo que ao avaliar os fatores associados à prematuridade se encontram num grupo de doenças, as doenças do aparelho respiratório. No Brasil Kahale (2000) diz que prevalece como causas de mortalidade perinatal a asfixia intra-uterina e intraparto, o baixo peso ao nascer, as infecções e a prematuridade, diferentemente dos países desenvolvidos, onde a prematuridade extrema e a mal formação congênita são principais causas de óbito perinatal.

A avaliação das causas de óbito mostra que a mortalidade por afecções perinatais representa mais de 72% da mortalidade neonatal e mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida em todas as regiões do País. Associadas a esse panorama, encontra-se também, em todo o território nacional, altas taxas de

mortalidade materna, estando o coeficiente brasileiro, ao final da década de 90, em torno de 100 óbitos por 100.000 nascidos vivos (GOMES, 2002).

No tocante à mortalidade perinatal, os dados nacionais também refletem a precariedade das estatísticas de saúde em nosso país: 50% dos óbitos fetais notificados em 1995 eram da Região Sudeste, embora essa seja uma das regiões de mais baixa taxa de natalidade e mortalidade infantil do País. Os dados disponíveis sobre a mortalidade perinatal na década de 90 mostram que, ao contrário dos países desenvolvidos, nos quais a primeira causa de mortalidade no período perinatal é a malformação congênita, no Brasil a maioria dos óbitos é determinada pelas condições da gestante e pelas circunstâncias do parto e do nascimento. Entre as principais causas de óbitos estão a prematuridade, as afecções respiratórias do RN, a membrana hialina, a asfixia intrauterina e intraparto, o baixo peso ao nascer, o traumatismo obstétrico e a infecção intrauterina (MARANHÃO; COUTINHO; SIU, 1999).

2.3 Políticas públicas voltado a UTI neonatal

As UTI neonatal sofreram diversas alterações com o passar dos anos e a criação de novas tecnologias que aumentam de forma significativa a sobrevivência do recém-nascido. Sendo assim os profissionais de saúde precisam ter conhecimentos específicos, habilidade técnica e competência específica para avaliar minuciosamente as necessidades de cada paciente. Ou seja, o cuidado deve ser individualizado e minimizar ou sanar possíveis prejuízos desencadeados pela internação. Mediante a isso muitas unidades de saúde vem tornando a UTI neonatal um ambiente mais acolhedor tanto no espaço físico como no comportamento da equipe (ANTUNES et al., 2014).

Para instalação de uma UTI é necessário ter equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua, e devem estar disponíveis, para uso exclusiva na UTI neonatal, materiais equipamentos de acordo com faixa etária biotipo do paciente (BRASIL, 2010)

Porém tudo o que se refere a UTI desde sua estrutura física até as capacitações das equipes atuantes na mesma devem ser baseadas na Resolução da Diretoria Colegiada 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento da UTI. Que garante a regularização da

unidade, proveniência dos materiais, registro de normas institucionais, privacidade e segurança dos pacientes entre outras providencias que devem ser adotadas pela unidade de saúde que pretende manter em suas instalações uma UTI (BRASIL, 2010).

Todos os profissionais que atuam na UTIs devem ter titulo de especialista em terapia intensiva, conforme estabelecido pelos respectivos conselhos de classe e associações reconhecidas por estes, para assegurar a cidadãos brasileiros que serão assistidos por enfermeiros qualificados e capacitados com condições de prestar um cuidado de qualidade e seguro aos pacientes/família e comunidade. Focados na diminuição de riscos e danos ao paciente (BRASIL, 2017).

Dos materiais, registro de normas institucionais, privacidade e segurança dos pacientes entre outras providencias que devem ser adotadas pela unidade de saúde que pretende manter em suas instalações uma UTI (BRASIL, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipos de estudos

Trata-se de pesquisa de revisão da literatura que procura explicar um problema a partir das referências teóricas publicadas em documentos, buscando conhecer e analisar as contribuições científicas do passado existentes sobre determinados problemas, seja em forma de livros, revistas, artigos, científicos impressos ou eletrônicos (CERVO; BERVIAN, 2002).

3.2 Local da pesquisa

Foram utilizados meios eletrônicos em biblioteca online da SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca virtual de saúde) e nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe em ciência de Saúde) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem).

3.3 Sujeitos de pesquisa

Foram utilizados artigos científicos, manuais de Ministério de Saúde relacionado tema internação em UTI Neonatal.

3.4 Critério de inclusão

Artigos completos publicados entre ano de 2008 a 2017.

Publicações em idiomas português.

Disponível gratuitamente.

3.5 Critérios de exclusão

Artigos de revisão, resumo incompletos, teses, dissertações e resenhas.

Artigos publicados antes de 2008.

Artigos que não estejam em idiomas português.

Que não esteja disponível gratuitamente.

3.6 Coleta e análise de dados

Os dados foram coletados nos meses de Novembro de 2017 a Fevereiro de 2018, com descritores em saúde: Enfermagem, Enfermagem neonatal, hospitalização, UTI neonatal. Para tanto foram feitas leituras exploratória para seleção do material. Foi elaborado um quadro com artigos encontrados que posteriormente foram selecionados para compor o trabalho científico. Após foram escolhidos os que atendem objetivo de pesquisa e posteriormente houve interpretação dos dados.(CERVO; BREVIAN, 2002).

4 RESULTADOS

Os dados foram coletados nas bibliotecas virtuais em bases de dados com utilização dos descritores seguindo critérios de inclusão e exclusão e utilização dos filtros. A seguir temos detalhadamente a coleta de dados.

- Dados coletados na LILACS

Descritor usado Enfermagem e UTI neo:

Disponíveis 3 filtro (idioma) 2 filtro (ano) 1 filtro (artigo) 1 filtro (assunto principal) 1;

Descritor usado Enfermagem and Hospitalização :

Disponíveis 491 filtro (idioma) 400 filtro (ano) 307 filtro (artigo) 280 filtro (assunto principal) 9;

Descritor usado hospitalização and UTI :

Disponíveis 54 filtro (idioma) 44 filtro (ano) 32 filtro (artigo) 23 assunto principal 3 .

Selecionados 14 artigos, após leitura dos resumos excluídos 11 e ficaram **3** que atendem objetivos da pesquisa.

- Dados coletados na BDEF

Descritor usado Enfermagem e UTI neo:

Disponíveis 3 filtro (idioma) 2 filtro (ano) 1 filtro (artigo) 1 (assunto principal) 1;

Descritor usado Enfermagem e Hospitalização :

Disponíveis 332 filtro (idioma) 303 filtro (ano) 216 filtro (artigo) 197 filtro (assunto principal) 3 ;

Descritor usado hospitalização and UTI :

Disponíveis 24 filtro (idioma) 23 filtro (ano) 19 filtro (artigo) 19 (assunto principal) 14.

Selecionados 18 artigos, após leitura dos resumos excluídos 13 e ficaram **5** que atendem objetivos da pesquisa.

- Dados coletados na SCIELO

Descritor usado Enfermagem e UTI neo:

Disponíveis 45 filtro (idioma) 43 filtro (ano) 29 filtro (artigo) 26 filtro (assunto principal) 5;

Descritor usado Enfermagem e Hospitalização:

Disponíveis 349 filtro (idioma) 315 filtro (ano) 227 filtro (artigo) 220 filtro (assunto principal) 14;

Descritor usado hospitalização and UTI:

Disponíveis 50 filtro (idioma) 39 filtro (ano) 24 filtro (artigo) 24 filtro (assunto principal) 8.

Selecionados 27 artigos, após leitura dos resumos excluídos 25 e ficaram 2 que atendem objetivos da pesquisa.

Tabela 1. Distribuição dos artigos conforme base de dados

Base de dados	Artigos achados	Excluídos conforme filtros	Incluídos	Utilizados
LILACS	557	516	14	3
BDENF	359	341	18	5
SCIELO	444	417	27	2
TOTAL	1360	1274	59	10

Os resultados dos dados foram obtidos através da leitura e análise de todos os artigos usados e após realizar a separação dos mesmos em categorias. Usamos duas (2) categorias que ficaram mais evidentes: a Categoria 1; visão de família frente a hospitalização em UTI neonatal e a Categoria 2; visão de profissionais de saúde frente a hospitalização em UTI neonatal.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Categoria 1 Visão de família frente a hospitalização em UTI neonatal

O impacto da hospitalização infantil é complexo, pois quando há necessidade de internação o paciente hospitalizado muitas vezes perde sua identidade pessoal. Principalmente quando é reconhecido somente pelo número de seu prontuário ou o indivíduo que tem uma certa doença estas caracterizações enfatizam os sentimentos negativos da criança em relação ao ambiente hospitalar (SANTOS et al., 2012).

Ficou evidenciado que em um estudo qualitativo os autores Reis; Santos (2011), abordou 196 mães, que estavam passando pela situação de hospitalização de seus filhos devido a necessidade da realização de cirurgias. Neste artigo, percebe-se a existência do sentimento de esperança das mães. Em seus relatos, as mães expressam estar sempre na torcida para que tudo dê certo e ocorra da melhor forma possível com seus filhos.

A família vê que existe esperança com a recuperação do seu filho a partir do momento que a mãe visita o filho e tem oportunidade colaborar no simples cuidado de troca de fraldas (PINTO; COLS, 2009)

Um estudo realizado por Santos et al. (2013) com 12 mães de crianças internadas na UTI neonatal, observou e descreveu que nos relatos das mães havia o sentimento muito grande de medo. Estas não sabiam como seria o próximo dia e se o seu filho iria ou não sair daquela situação. Além disso ficou bastante evidente a tristeza por ter deixado seu filho no hospital na UTIN e não tê-lo em casa nos seus braços.

Segundo Santos et al. (2012) a hospitalização do filho em UTI neo representa um caso assustador e surpresa na vida dos pais. Pode desencadear angústia, sentimento de tristeza e medo devido a percepção de que UTI é um ambiente desconhecido e condenado como um lugar para morrer. Esta hospitalização representa um período mais cansativo de vida dos pais porque além da correria do dia a dia, estes ainda tem que conviver com a incerteza do futuro de bebe prematuro que está internado na UTIN.

De acordo com Santos et al (2013), a prematuridade é vista pela mãe como risco de morte para filho, que a traz medo de voltar para casa sem seu tão sonhado

e planejado filho, sem poder tocar, dar banho, amamentar, acariciar, acalmar no colo, e colocar para dormir. É nesse momento que os pais se sentem culpados, inseguros, com medo, tristeza, alegria e esperança frente a hospitalização do bebê.

Para Reis; Santos (2011), quando os pais do recém-nascido com mal formação congênita são comunicados da necessidade de uma cirurgia, uma mistura de sentimentos acontece, pois estão preocupados com o procedimento, quando e como será realizadas, medo do recém-nascido não voltar da cirurgia e ao mesmo tempo com esperança da correção cirurgica. De qualquer forma os procedimentos cirurgicos são bem aceitado pelos pais, porque ficam mais esperançosos no futuro melhor da saúde do filho. Esses autores apontam que em caso de cirurgia a familia relata tristeza, angustia e medo.

Segundo Perdon; Bonilha (2008), os pais eram orientado a participar do cuidado do filho durante a visita, a ajudarem nas trocas de fralda para promoção dos vínculos afetivos. As mãe em que seus RN estavam em isolamento e não podiam sair da encubadora, foram orientadas a colocar seu seio na portinhola da encubadora para amamentá-lo. Essas práticas trouxe benefícios imensurável para os pais e para bebes prematuros.

Para Pinto; Cols (2009), algumas mães dos bebês hospitalizados em UTI neonatal se sentem confiantes e positivas relacionados ao fatos dos seus RN estarem apresentando-se mais saudáveis com risco de morte menor pois, estão evoluindo bem e isso pode ser devido ao fato dessas mães terem mais contatos e aproximação com os bebês. A expectativa destas mães está em receber a alta do filho para poder tê-lo em seus braços e no convívio familiar.

De acordo com Santos et al. (2012), quanto a hospitalização do prematuro em UTI neo, os sentimentos dos pais são mesmos com das mães, como depressão, ansiedade, insegurança e diversos sentimento associados. Isso é descrito devido ao tempo de internação que é mais cansativo e difícil em suas vidas, não conseguem acompanhar de perto a evolução do filho por vários motivos, como horário de visita restrito.

Para Pinto; Cols (2009), na sua pesquisa, relata que muitas mães das crianças internados em UTI neonatal que tinham antecedente de história psiquiátrica, por causa dos indicadores de suas historias passada apresentado se sentem culpados, negativos, com depressão relacionado a ansiedade, emoções, medo de RN ficar com algumas sequelas neurológicos.

Entende-se que para família a hospitalização é um fardo muito pesado sentimento de tristeza e medo devido a percepção de que UTI é um ambiente desconhecido e condenado como um lugar para morrer. Ao mesmo tempo, a família vê que existe esperança de recuperação do seu filho.

5.2 Categoria 2 Visão de profissionais de saúde frente a hospitalização em UTI neonatal

Para Aquino; Christoffel (2010), As saúdes mentais dos profissionais de saúde tendem a sofrer ainda mais agressões, quando estes são vistos como uma peça chave para manutenção da saúde populacional. Quando estes observam suas responsabilidades e sua trajetória em manter e cuidar da saúde da população acabam deixando de lado suas emoções para não acabar misturando o lado pessoal com o lado profissional. No entanto nem sempre isso é possível, pois os profissionais de saúde lidam constantemente com lutas entre a vida e a morte. Em muitas vezes isto desencadeiam complicações psicológicas. A equipe que enfrenta o sofrimento pela situação do paciente em unidade de terapia intensiva,

Os profissionais de saúde estão a todo tempo submetidos a situações que mobilizam seu lado emocional de forma intensa e isso além de dificultar seu trabalho pode intervir em suas ações técnicas e acarretar grande sofrimento pessoal de acordo com o prognóstico e os resultados obtidos a cada intervenção realizada, (ROLIM et al., 2009).

Para Ottoni; Grave (2014), é muito importante a educação continuada e permanente para os profissionais que atuam em UTI neonatal, e é importante na contribuição do desenvolvimento saudável do RN. É necessário sensibilizar a equipe sobre o reconhecimento dos sinais faciais e corporais do bebê, que pode ser o indicador de dor ou estresse, para proporcionar um atendimento de qualidade e aumento de qualidade de vida desses bebês.

Segundo Rolim et al. (2009), os profissionais de saúde mostraram bastante precauções em relação aos procedimentos invasivos aos recém-nascidos. Com isto, as principais preocupações são citadas como a possível infecção do neonato se alguma técnica for realizada de maneira incorreta. Assim, procedimentos dolorosos são descritos como algo difícil a equipe de saúde (JANTSCH et al., 2014).

De acordo com Aquino; Christoffel (2010), os profissionais de enfermagem que atuam em UTI neonatal são preparados para prestarem a assistência de

qualidade para bebê prematuro, o trabalho do enfermeiro líder é muito importante e necessita de preparo melhor e de experiência para administrar a assistência baseado no procedimento técnico e científico, garantir qualidade da mesma, planejar o cuidado ao recém-nascido prematuro.

Segundo Santos et al. (2013), os profissionais de saúde pensaram em uma forma de melhorar contato entre os pais de RN neonato. Isso proporciona o bem-estar no binômio, pois ao implementarem método canguru que trás esse primeiro contato pele a pele entre os pais e bebês prematuro, tiram as barreiras impostas pela incubadora. Viu-se que os profissionais que acompanhavam as puérperas estavam com expressão de felicidade, viam que a família encontrou uma forma de participar do cuidado e evolução do filho.

Para Aquino; Christoffel (2010), a equipe ficam com muita dor e triste quando estão fazendo procedimentos invasivo doloroso e desagradável, para isso preferem adotar o método não fármaco que esta sendo utilizado para melhor cuidado do RN prematuro. Porque essa dor interfere com psicológico e emocional dos profissionais. O posicionamento por exemplo para redução da pneumonia mostra-se como algo que cansa o recém nascido porém é necessário (MANSANO et al., 2017).

De acordo com Pedron; Bonilha (2008), os profissionais se preocupam em acolher os pais dos RNs hospitalizados em UTI neonatal, criaram a utilização de assistência global á crianças e seus pais, que permite sua permanência junto aos filhos por tempo indeterminado durante todo tempo da internação. Tiveram uma dificuldade inicial para mantê-lo juntos na relação pai/bebê, porque o vínculo criado entre mãe e bebê é fragil, necessita de ajuda para fortalece-los. Que o ambiente de uti pode se tornar acolhedor quando é proporcionado ao familiar um tempo maior de permanência junto ao seu RN, tendo assim a humanização da assistência.

Percebe-se que os profissionais de saúde estão em tempo todo convivendo numa situação que afeta seu lado emocional que interferem no seu trabalho, podem ficar cansados, estressados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a unidade de terapia intensiva neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral do recém-nascido grave ou potencialmente grave. É uma estrutura assistencial que possui condições técnicas adequadas a prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas equipamentos e recursos humanos. Devem articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade de instrumentos e a condição clínica do recém-nascido que necessitem dos cuidados específicos.

O estudo apontou que a internação na UTIN é vista como um lugar carregado de sentimentos de perda, tristeza angústia e desespero, ao mesmo tempo existe o sentimento de esperança de futuro melhor e na alta hospitalar. Percebe-se que a internação causa muitas misturas de sentimentos para família como: medo de perder RN, desespero, angústia, tristeza, incerteza, ansiedade, depressão, culpa e também amor, esperanças, confiança, e alegria quando há melhoras de seu RN, e se sentem muito felizes são permitido e orientado a participar do cuidado do filho durante a visita, a ajudarem nas trocas de fralda para promoção dos vínculos afetivos.

Portanto para os profissionais de saúde é um lugar de muito desgaste emocional, psicológico e físico, eles ficam preocupados com o acolhimento da família de melhor maneira para promover mais tranquilidade confiança e vínculo familiar, se preocupam com desenvolvimento do RN, com dor, febre e prevenção das infecções que pode levar neonato a óbito.

Os profissionais que atuam nessa área é necessário atualização técnico, científico e educação continuada e permanente para melhor cuida-los.

Este trabalho servirá base para novas pesquisas científicas sobre o tema, irá contribuir para que a internação em UTIN seja menos traumática tanto pra família quanto para os profissionais de saúde e ainda proporcionara a humanização da assistência no ambiente Critico.

REFERENCIAS

ANTUNES, Bibiana.Sales. Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. **Revista Rene**. v.15, n.5, p. 796-803, 2014. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1794/pdf . Acesso em 5 de jan. 2018.

AQUINO Fernanda Martins de, CHRISTOFFEL Marialda Moreira. Dor Neonatal: Medidas Não-Farmacológicas Utilizadas Pela Equipe De Enfermagem. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, p. 169-177, 2010. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12623/1/2010_art_fmaquino.pdf . Acesso 15 de fev. 2018.

ARAUJO, Breno Fauth de et al . Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 5, n. 4, p. 463-469, Dec. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292005000400010&lng=en&nr m=iso>. access on 10 Maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000400010>..

ARAUJO, Breno Fauth de; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 12, p. 2869-2877, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001200008&lng=en&nr m=iso>. access on 10 Maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001200008>.

AVERY, G.B. **Neonatologia, Fisiologia e Tratamento do Recém-Nascido**. 2 ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1984, 1035 p.

BARROS, Fernando; MATIJASEVICH, Alicia; SILVEIRA, Mariângela. **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 15 de março 2017; Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=0102-311X20080015&script=sci_issuetoc.

BRASIL. Ministério De Saúde. **RDC 07 de 24 de fevereiro de 2010**. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária; Brasil 2010. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010

BRASIL, Ministério da Saúde RDC 137 **Agência Nacional de Vigilância Sanitária através da Resolução da Diretoria Colegiada** Brasil 2017. 08 de fevereiro de 2017

CERVO, Amado Luis; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 5 edição. São Paulo: 2002.

DINIZ, Késsya Dantas. **Atuação dos técnicos de enfermagem junto ao recém-nascido com dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. Dissertação. Mestrado em Enfermagem, UFRN, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14645> . Acesso em: 7 de fev. 2018.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 3, p. 469-476, June 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692004000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 19 June 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300004>.

GIL Antonia Carlos **Como elaborar projeto de pesquisa**-5 edição – são Paulo : altas 2010

GOMES Masm **Assistência Neonatal Na Secretaria Municipal De Saúde Do Rio De Janeiro: uma análise do período 1995-2000**. Tese de doutorado. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2002.

HEWITT, Jeanette. Psycho-affective Disorder in Intensive Care Units: A Review. **Journal of Clinical Nursing**. New Jersey, v.11 n.2, p.575-584, marc, 2002. Available:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2702.2002.00638.x> . Acess: 8 fev. 2018.

JANTSCH Leonardo Bigolin et al. Utilização Do Cateter Central De Inserção Periférica Em Neonatologia, **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 244-251, set./dez. 2014. Disponível em:
<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/10109/8985> . Acesso em: 9 fev. 2018.

MANSANO, Fabiana Petruski Niyama et al. Impacto de ação educativa na manutenção do decúbito elevado como medida preventivade pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidade De Terapia Intensiva. **Revista: ABCS Health**, SC, v. 42 n. 1, p. 21-26, 2017. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/945> . Acesso em 4 de fev. 2018.

MARANHÃO; COUTINHO; SIU. **Recém nascido de alto risco teoria e pratica do cuidar** 2004; Disponível em: <https://books.google.com.br/books?isbn=857541237>

OTONI, Aline Caren Santos; GRAVE, Magali Teresinha Quevedo. Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 25,n. 2, p. 151-8. maio/ago.;2014. Disponível em:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-745371> . Acesso em: 4 de fev. 2018.

PEREIRA JÚNIOR, Gerson Alves et al.O papel da unidade de terapia intensiva no manejo do trauma. **Medicina, Ribeirão Preto**, n 32, p. 419-437, out./dez. 1999. Disponível em:
<https://www.infoescola.com/medicina/unidade-de-terapia-intensiva-uti> . Acesso em: 7 de fev. 2018.

PINTO, Ingrid Duarte; PADOVANI, Flávia Helena Pereira; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 25, n. 1, p. 75-83, Mar. 2009 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jan 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100009>.

REICHERT Altamira Pereira Da Silva; LINS Rilávia Nayara Paiva; COLLET, humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.09,n.01,p.200-213,2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm> . Acesso: 13 de março 2017.

REIS, Adriana Teixeira; SANTOS, Rosângela da Silva. Sentimentos de mulheres-mães diante da cirurgia neonatal nas malformações congênitas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 490-496, Sept. 2011 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

81452011000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Jan 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300007>.

ROLIM Karla Maria Carneiro, FARIAS Celiane Parente Ximenes, MARQUES Luciana Carvalho, MAGALHÃES Fernanda Jorge, GURGEL Eloa de Paula Pessoa, CAETANO Joselany Áfio, Atuação Da Enfermeira Na Prevenção De Lesão De Pele Do Recém-Nascido **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4. P.54 out/dez 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf . Acesso em: 3 de fev. 2018.

SALGE, Ana Karina Marques et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, jun. 2017. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47198/23139>>. Acesso em: 19 jun. 2018. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v11.47198>

SANTOS, Luciano Marques dos et al . Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 5, p. 788-794, Oct. 2012 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500011&lng=en&nrm=iso>. access on 7 Jan 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500011>.

DOS SANTOS, Luciano Marques et al. Maternal perception of the skin to contact with premature infants though the kangaroo position. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, v.5, n., p. 3505-3514, feb.2013. ISSN 2175-5361. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1994/>. Acesso em: 4 de jun. 2018.

SANTOS CR, TOLEDO NN, SILVA SC. Humanização Em Unidade De Terapia Intensiva: Paciente-Equipe De Enfermagem-Família. **Nursing**; n. 17p. 26-9 out 1999

SOUZA, Márcia de; POSSARI, João Francisco; MUGAIAR, Ketrin Helena B. Humanização Da Abordagem Nas Unidades De Terapia Intensiva. **Rev Paul Enferm**; v. 5 n. 2p. 77-9. abr 1985. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=8475&indexSearch=ID>. Acesso em 22 de mai 2018.

TRONCO, Caroline Sissy. Internação Do Recém-Nascido Na Unidade Neonatal: Significado Para a Mãe. **Rev Rene**. v.15, n.5, p. 796-803, 2014 Disponível em:
http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11322/1/2014_art_bsantunes.pdf . Acesso em: 3 de fev 2018.

