

**AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**CARINA DE JESUS SANTIAGO**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PREMATUROS EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**JUINA-MT**

**2019**

**AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA**  
**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**CARINA DE JESUS SANTIAGO**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PREMATUROS EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da AJES - Faculdade do Vale do Juruena, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Ma Lídia Catarina Weber

**JUINA-MT**

**2019**

**FACULDADE DO VALE DO JURUENA**  
**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

SANTIAGO, Carina De Jesus. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PREMATUROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – AJES – Faculdade do Vale do Juruena, Juína-MT, 2019.

**DATA DE DEFESA**

**MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA**

---

**Presidente e Orientador:** Profa. Ma. Lídia Catarina Weber

---

**Membro Titular:** Profa. Paloma dos Santos Trabaquini

---

**Membro Titular:** Leandro Andrade

**Local:** Associação Juinense de Ensino Superior

AJES – Faculdade do Vale do Juruena

**AJES – Unidade Sede, Juína-MT**

## DECLARAÇÃO DE AUTOR

*Eu, Carina De Jesus Santiago, portador da Cédula de Identidade – RG nº 2503286-0 SSP/MT, e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 049.094.691-75, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado **cuidados de enfermagem a prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão bibliográfica**, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.*

*Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e ao autor.*

Juína-MT, de dezembro de 2019.

---

Carina de Jesus Santiago

## DEDICATÓRIA

Gostaria de me agradecer primeiramente, pois mesmo quando todos diziam que não era possível, eu acreditei que era possível e depois ao meu bom Deus por ter me dado forças para não desistir nessa etapa da minha vida.

Ao meu digníssimo esposo Raul Luê por ter me apoiado e me incentivado a seguir nessa longa e desgastante trajetória, mas que no final será recompensado. Quero agradecê-lo por ter dado o melhor presente que eu poderia receber nessa vida que é meu pequeno príncipe Eduardo, sei que devo lutar por ele agora e nunca desistir de dar um futuro melhor para ele, amo muito vocês.

Quero agradecer a minha família em especial a minha mãe que sempre fez e deu o melhor de si disponibilizando o seu tempo para cuidar do meu filho, enquanto eu estava ocupada com a faculdade, ela sempre me apoiou, me animando para não desistir (Te amo mãe). Quero deixar meu obrigado ao meu pai José Ferreira Santiago que sempre deu o melhor para seus filhos e que hoje está vendo que todo o seu esforço valeu à pena, pois mais uma filha irá se formar, obrigado pai por tudo, se hoje eu sou o que sou agradeço ao senhor te amo. E quero agradecer aos meus irmãos, Aline de Jesus Santiago, Carla de Jesus Santiago, Andréia de Jesus Santiago, Paulo José de Jesus Santiago, Joice de Jesus Santiago, que sempre me ajudaram durante esses longos anos, amo todos vocês.

Não poderia deixar de agradecer a minha orientadora e docente mais querida da faculdade, que sempre que precisávamos estava ali disposta a ajudar, a dar conselhos. Obrigada por ser minha orientadora.

E quero agradecer em especial as minhas Marias: Pammela Veronezi e Joyce dos Santos, que sempre estiveram comigo nessa caminhada dura e estressante, me apoiando e aconselhando, durante esses anos uma sempre apoiou a outra, e se alegrou com cada conquista da outra, isso é uma amizade, querer o bem da outra independentemente da situação que esteja, quero agradecer por fazer parte da minha vida e essa amizade continuará por muitos longos, pois nós agora somos as 3 Marias. Amos vocês.

## EPIGRAFE

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.*

Fernando Teixeira de Andrade

## RESUMO

O cuidado cada vez mais especializado faz com que a sobrevivência do recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal seja cada vez maior, a gestação tem duração de 280 dias, totalizando em média 40 semanas, o prematuro é aquele que nasce com idade inferior a 37 semanas, podendo ser classificado de acordo com a idade gestacional, com peso ou a adequação do nascimento a idade gestacional, temos então como objetivo geral, buscar os estudos científicos que abordem a assistência de enfermagem prestada ao RN prematuro na UTIN. Este trabalho tem como finalidade descrever os cuidados que o enfermeiro tem com o RN na UTIN. Método: Trata-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica, a partir de estudos selecionados nas bases de dados indexadas, (BVS), (SCIELO) e (LILACS) para a busca, foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde (DEC's): “ recém-nascido”, “unidade de terapia intensiva neonatal”, “cuidados de enfermagem”. Resultados: pode perceber que os enfermeiros necessitam de apoio e compreendem a importância da educação continuada para sua formação, porém ainda se tem uma grande dificuldade por falta de suporte para que a assistência ao RN e família seja de qualidade. Foram levantados quatro artigos que abordam o tema cuidados de enfermagem na UTIN. Considerações finais: Os enfermeiros que realizam estes cuidados necessitam de uma boa formação e equipamento, e para que o RN na sua admissão na unidade tenha uma assistência de qualidade, necessita que os profissionais tenham conhecimento científico e técnicas adequadas para o seu cuidado, não podendo esquecer que o apoio da família é de suma importância para que o prematuro tenha recuperação rápida e ganhe alta hospitalar.

**Palavras-chave:** Enfermagem neonatal; Prematuro; UTIN.

## ABSTRACT

The increasingly specialized care makes the survival of the premature newborn in the neonatal intensive care unit is increasing, the pregnancy lasts 280 days, totaling an average of 40 weeks, the premature is born at a younger age. at 37 weeks, and can be classified according to gestational age, weight or adequacy from birth to gestational age, we have as a general objective to seek scientific studies that address nursing care provided to premature newborns in the NICU. This paper aims to describe the care that the nurse has with the NB in the NICU. Method: This is a bibliographical research, based on studies selected in the indexed databases (VHL), (SCIELO) and (LILACS) for the search, the following descriptors in health sciences (DEC's) were used. : “Newborn”, “neonatal intensive care unit”, “nursing care”. Results: It can be seen that nurses need support and understand the importance of continuing education for their training, but there is still a great difficulty due to lack of support for the care of newborns and family to be of quality. Four articles were raised that address the theme of nursing care in the NICU. Final considerations: Nurses who perform this care need good training and equipment, and for the newborn on admission to the unit to have quality care, needs the professionals have adequate scientific and technical knowledge for their care, and can not forget that family support is of paramount importance for the premature to recover quickly and be discharged from hospital.

**Keywords:** Neonatal nursing; Premature; NICU

## LISTA DE FIGURA

Figura 01 – Organograma dos critérios abordados, produzido pela autora.	
Juína-MT/ 2019 .....	28

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – codificação dos artigos, ano da publicação, autores, revista de publicação. Juína - MT/ 2019 .....	30
--	----

## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

BP	Baixo peso
BCR	Berço de calor radiante
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
IG	Idade Gestacional
CET	Cânula Endotraqueal
LILACS	Sistema Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde
MC	Método Canguru
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Pequeno para Idade Gestacional
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido Pré-termo
RNPTE	Recém-nascido Prematuro extremo
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UTIN	Unidade de terapia neonatal

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1. OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>14</b>
<b>2. REVISÃO LITERÁRIA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE A NEONATOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 METODO CANGURU NA UTIN.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 CAUSAS DA PREMATURIDADE .....</b>	<b>20</b>
<b>2.4 RISCO GESTACIONAL.....</b>	<b>19</b>
<b>2.5 TRABALHO DE PARTO PREMATURO.....</b>	<b>20</b>
<b>2.6 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA UTI NEO .....</b>	<b>21</b>
<b>2.7 ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA CHEFE/ENCARREGADA DA UTI NEONATAL.....</b>	<b>22</b>
<b>2.8 ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA ENCARREGADA DO PLANTÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>3. MATERIAL E MÉTODO .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 TIPO DE ESTUDO .....</b>	<b>26</b>
<b>3.2 BANCOS E BASE DE DADOS .....</b>	<b>26</b>
<b>3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:.....</b>	<b>27</b>
<b>3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:.....</b>	<b>27</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCURSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>CONCLUSOES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIA.....</b>	<b>34</b>

## INTRODUÇÃO

O cuidado cada vez mais especializado faz com que a sobre vida dessas crianças seja cada vez maior. A gestação tem duração de 280 dias, totalizando em média 40 semanas. A gestante perceberá os movimentos fetais por volta do 4º mês. No início da gestação, o cálculo da idade gestacional é feito pelo tamanho do saco gestacional; da 8ª a 14ª semana, faz-se a mensuração da cabeça à nádega do feto, sendo este um excelente parâmetro. Já, na 2ª metade da gestação, o cálculo realizado é baseado no comprimento do fêmur pela presença e tamanho de ossificação, chamado de diâmetro biparietal. Este deve ser medido entre a 12ª e a 39ª semanas e, se possível, repetir após uma ou duas semanas (DELLAQUA; 2012).

O recém-nascido pré-termo é aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas, podendo ser classificado de acordo com a idade gestacional, com o peso ou a adequação do nascimento à idade gestacional. Quando o recém nato nasce com menos de 27 semanas é chamado de prematuro extremo e geralmente apresenta peso inferior a 1000 gramas, classificado como Pequeno para Idade Gestacional PIG e são encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), pois requerem cuidados especiais (RIBEIRO; 2008).

A UTIN, que é a unidade hospitalar destinada ao atendimento de neonatos de zero a 28 dias de vida, que precisam de assistência médica e de enfermagem altamente capacitada e com equipe presente 24 horas por dia oferecendo todos os cuidados necessários para o recém-nascido (RN) (BRASIL; 2012).

A Unidade neonatal é o local onde o neonato pré termo é hospitalizado ficando na incubadora por um período suficiente para se recuperar do parto e estabilizar seus parâmetros como: peso, temperatura, respiração e frequência cardíaca. É nesse mesmo ambiente que o neonato também vivencia sentimentos de desamparo, pois, com a separação brusca da mãe, ele será privado de tudo o que um neonato nascido a termo recebe, não terá os cuidados maternos e paternos, necessitará de procedimentos invasivos e passará a ser excessivamente manuseado, sairá de um ambiente acolhedor aquático (intra-útero) e encontrará um lugar com nível sonoro alto, luzes e cheiros fortes, sentirá

cansaço físico e mental, estresse, dor e desconforto e não terá quem o acalente (BRASIL; 2002).

Então, para que a assistência de enfermagem ao neonato prematuro seja de qualidade, é fundamental atender às necessidades de repouso, calor, nutrição, higiene, observação e atendimento contínuo aos bebês prematuros, baseado nisso, a Enfermagem deve perceber o RN não como objeto, mas como sujeito ativo e receptivo do cuidado, independente da sua idade ao nascimento (MOREIRA: 2001).

Porém, considera-se que as intervenções de enfermagem devam ser direcionadas para ajudar na transição da vida intra-uterina para a extra-uterina, mostrando assim, que está deve atender não só as necessidades biológicas do neonato prematuro, como também as emocionais. Deste modo, o cuidado holístico ao recém-nascido prematuro proporciona um ótimo desenvolvimento, prevenindo a estimulação indesejada e o estresse, o que resulta em significantes mudanças nas respostas comportamentais e fisiológicas do recém-nascido (MARQUES; 2011).

Como os profissionais da enfermagem são parte integrante e ativada da assistência neonatal, não poderíamos deixar de abordar os procedimentos mais frequentemente realizados sob seus cuidados. Em Procedimentos de Enfermagem em UTI Neonatal, a enfermagem deve analisar aspectos práticos de intervenções comumente realizadas em UTI's Neonatais, tais como: inserção de cateter epicutâneo, punção venosa, sinais vitais, assistência ventilatória e suas complicações, o manuseio hidroeletrólítico e nutricional, higiene e a proteção da pele, a profilaxia das infecções, aspiração de vias aéreas afim de evitar possíveis agravos (MOREIRA; 2004).

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVOS GERAIS**

Buscar os estudos científicos brasileiros que abordam a assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

A revisão da literatura é uma parte vital do processo de investigação. Aquela envolve localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia (revistas científicas, livros, atlas de congressos, resumos, etc.) relacionada com a sua área de estudo; é, então, uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema. A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma idéia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento (CARDOSO; 2010).

### **2.1 CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE A NEONATOLOGIA**

A Neonatologia tem o seu início com o obstetra francês Pierre Budin, que estendeu sua preocupação com os recém-nascidos além das salas de parto. Budin criou um ambulatório de puericultura no Hospital Charité, em Paris, no ano de 1892. Budin foi o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal (LUSSKY;1999).

Esta realidade modificou-se quando a população europeia preocupada com a taxa de mortalidade infantil impulsionou a criação do movimento para a saúde da criança entre os anos de 1870 e 1920. Este movimento tinha como objetivo resguardar a vida das crianças. Outro marco importante no desenvolvimento e aprimoramento da Neonatologia é a implantação da primeira incubadora, marcando-se então o século XX, esta implantação foi em Chicago neste período, aconteciam muitas transformações relacionadas ao cuidado das crianças prematuras (OLIVEIRA; 2005).

No final do século XIX, outras evoluções ocorreram no tratamento obstétrico e neonatal. As incubadoras estavam sendo utilizadas no tratamento de crianças prematuras com sucesso. Martin Coney, aluno de Budin, foi para os Estados Unidos em 1896 sendo considerado o primeiro a oferecer cuidados especializados a crianças prematuras. Em Viena, o médico Carl Credé foi o responsável pela introdução do uso de nitrato de prata na profilaxia da ophtalmia neonatorum, e um cirurgião ortopedista inglês, Willian Little, correlacionou o trauma de nascimento com a paralisia cerebral. John Baleantyne, um obstetra de Edimburgo, introduziu o tratamento pré-natal e afirmava que: “(...) doenças

maternais tal como a sífilis, tifo, tuberculose e a ingestão de toxinas adversas durante a maternidade afetavam a saúde e o desenvolvimento do feto” (LUSSKY; 1999).

Dando continuidade aos avanços alcançados na década de 30 para os problemas respiratórios, os anos 50 também foram marcados pelas descobertas relacionadas aos distúrbios do trato respiratório. Na época não havia meios para a respiração mecânica, e a apnéia infantil era controlada pela observação; as crianças que necessitavam de estímulo eram puxadas pelos pés por uma faixa de tecido. Richard Pattle e John Clemente’s descobriram, em 1957, as propriedades da parede interna do alvéolo; em 1959, Mary Ellen Avery’s e Jere Mead’s descreveram a deficiência de surfactante como etiologia da HMD (síndrome respiratória) sendo esta a causa de 2500 mortes por ano, e desta forma proporcionou uma explicação para o distúrbio e uma base para a terapia (DOWNES; 1992).

Os avanços médicos e tecnológicos da época propiciaram grandes transformações no cuidado neonatal durante e após o parto. As fundações que antes eram designadas para prestar assistência a crianças abandonadas foram modificadas e transformadas em hospitais infantis, e os pediatras assumiram um grande papel no tratamento neonatal. Na primeira década do século XX, ocorreu a contribuição dos pediatras para a ciência no tocante à Neonatologia, com estudos sobre a alimentação (natural e artificial) e a prematuridade (LUSSKY; 1999).

No Brasil, a assistência à criança era, predominantemente, voltada para as ações preventivas e baseada na caridade e filantropia. E em meados do século XIX, foram criadas instituições de cunho social para o atendimento às crianças. Em meados do século XIX, as crianças eram ignoradas pelos médicos, não havia instituições que se dedicassem aos cuidados com as crianças. “Esperava-se que as crianças nascidas prematuramente fossem ao êxito letal, assim como também aquelas crianças nascidas com malformações. Havia um sentimento de que a seleção natural se encarregaria das crianças ‘menos adaptadas’ à sobrevivência, tal como o sugerido pelo termo ‘fracote’ atribuído as crianças prematuras (AVERY; 1999).

No ano de 1899, o Instituto de Proteção e Assistência a Infância do Rio de Janeiro, foi criado pelo médico Arthur Moncorvo Filho, tendo seu funcionamento efetivo iniciado no ano de 1901. Este era destinado a assistência de crianças até 14 anos sem distinção de raça ou nacionalidade, desde a sua vida intra-uterina. Como parte deste Instituto criou-se o Dispensário de Moncorvo, que foi instalado em 14 de julho do ano de

1901, e a creche Senhor Alfredo Pinto, que somente foi instalada no ano de 1908, sendo considerada a primeira creche popular da cidade do Rio de Janeiro, ela possuía 21 leitos e 2 incubadoras da marca Lyon para os débeis e prematuros (ANUÁRIO;1922).

A partir dos estudos dos médicos Jaime Silvado e Antonieta Morpurgo e reflexão destes sobre os notáveis resultados obtidos com as incubadoras no cuidado aos prematuros no exterior, o diretor do Dispensário Moncorvo recebeu uma proposta de criar um serviço de incubadoras nesta instituição que, em 1903, já possuía 2 incubadoras da marca Lyon (BARBOSA; 2002).

A enfermagem também exerceu um papel fundamental no início do desenvolvimento da Neonatologia. Um artigo escrito por Julius Hess traz a informação de que os melhores resultados obtidos no cuidado aos recém-nascidos prematuros eram alcançados quando enfermeiras bem treinadas estavam à frente do serviço, como supervisora. Nesse período, cresceu o incentivo pela especialização da enfermagem para o cuidado a recém-nascidos prematuros, e observa-se um grande investimento nessa área. (HESS; 1975).

A Segunda Guerra Mundial trouxe algumas estruturas relacionadas aos cuidados de saúde com os recém-nascidos em geral, e especificamente dos prematuros, portanto, até cerca de 1930, os mesmos eram separados do pai e da mãe pelo fato de se acreditar que o isolamento era algo mais atuante na prevenção de infecções - o pai e a mãe eram vistos como fontes de risco para o seu filho. A assistência à saúde era focada no bebê (REBELO; 2013).

Com a concretização de diversos estudos, depois da Segunda Guerra Mundial, mais especificamente na década de 50, concluiu-se que a presença do pai e da mãe junto ao filho recém-nascido era importante para o desenvolvimento e bem-estar do bebê - os cuidados maternos e paternos também eram fundamentais nesse processo, não apenas os cuidados médicos, como eram preconizados anteriormente. Foi constatado que a ausência dessas figuras trazia consequências nocivas para a criança hospitalizada (REBELO; 2013).

O berçário era um setor hospitalar que abrigava os bebês a termo e sem complicações, cujo contato com a mãe e com os familiares era feito de modo descontínuo. Os primeiros berçários brasileiros surgiram em 1945. No Brasil, a prática de abrigar conjuntamente puerperas e recém-nascidos não era frequente até a década de 70, e apenas

as Santas Casas de Misericórdia acomodavam mulheres de baixa renda junto com seus filhos. A partir de 1997, o Ministério da Saúde instituiu a recomendação de que as crianças sem risco continuassem ao lado de suas mães, e não mais em berçários (AGUIAR; 2012).

Já o local em que os bebês de alto risco ficavam era uma local diferente do habitual, pelo fato de atender os recém-nascidos prematuros e/ou com complicações fisiopatológicas. Este tipo de unidade hospitalar era (e continua sendo em algumas instituições brasileiras) especializado no cuidado ao neonato de risco, cujo objetivo principal era a sobrevivência deste bebê, sendo o cuidado focado na doença. Estas unidades foram criadas por conta de demanda e necessidade específicas, contudo, nem sempre apresentavam estrutura adequada e normas idealizadas. Durante o século XX, por causa de todo um acontecimento político-social (manifestações durante e após a Segunda Guerra Mundial), os berçários se transformaram em UTINEONATAIS (BARBOSA; 2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, por meio da Portaria nº 693 GM/MS, que visa o estabelecimento de uma contínua adequação tanto na abordagem técnica quanto das práticas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais com vistas à melhoria na atenção aos prematuros, envolvendo a família (BRASIL; 2011).

Em Santa Catarina, a partir da década de 1980, foram instaladas algumas UTINs em diferentes regiões do Estado, procurando descentralizar o atendimento especializado ao recém-nascido. Em Florianópolis, os saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido no âmbito hospitalar, começaram a ser desenvolvidos nos berçários das duas tradicionais maternidades da cidade, a Maternidade Dr. Carlos Corrêa (1927) e a Maternidade Carmela Dutra (1955). Entretanto, oficialmente a UTIN surgiu na cidade na década de 1980, sendo que a primeira unidade foi instalada no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) (COSTA; 2010).

## 2.3 METODO CANGURU NA UTIN

Em 2002, foi lançado no Brasil o primeiro Manual Técnico de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, com segunda edição em 2011. Segundo consta no manual, as afecções perinatais são a primeira causa de mortalidade infantil no Brasil, estas compreendem, desconforto respiratório, asfixia ao nascer e infecções, sendo este quadro clínico mais frequente em bebês prematuros de baixo peso (BRASIL: 2011).

O Método Canguru surgiu inicialmente na Colômbia, em 1979, com o objetivo de melhorar o atendimento ao recém-nascido. No Brasil, o Método Canguru começou a ser implantado nos anos 90, porém, ainda não havia sido formalizado nem normatizado. Em dezembro de 1999 é lançada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru). A partir desse momento, o atendimento humanizado ao recém-nascido passou a ser difundido no país, e o Método Canguru começou a ser implantado em diversas maternidades públicas. Desde a primeira edição do manual até os dias de hoje, o método foi sendo estudado para alcançar a atual formatação e método de implantação (BRASIL: 2011).

Trabalhar com a vulnerabilidade dos recém-nascidos pré-termos (RNPT) e/ou baixo peso (BP) torna-se um desafio constante para os profissionais de saúde, que necessitam estar alertas às necessidades e especificidades de cuidados, pois os mesmos encontram-se em fase de maturação dos órgãos em ambiente antagônico às condições uterinas. Historicamente, esta prática teve início nos anos 80, em Bogotá, na Colômbia, através da promoção do contato pele-a-pele, também conhecida como posição canguru, que tinha por objetivo promover a estabilidade térmica do RN, frente à falta de incubadoras necessárias para o aquecimento do RN (BRASIL; 2011).

Esta nova prática de cuidado, não somente reduziu os índices de mortalidade infantil, como também diminuiu o abandono do RN nas UTIN, aumentando vínculo entre RN/ família e as taxas de aleitamento materno. Frente a esses benefícios, rapidamente esta prática estendeu-se aos cinco continentes, e o Brasil destacou-se mundialmente por adotar o método canguru (MC) como Política Pública Nacional no ano 2000, amplamente estruturada em três etapas sequenciais RN (BRASIL; 2011).

A primeira etapa corresponde ao período de internação do RNPT e/ou BP na UTIN, ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais (UCINCo). Na

segunda etapa, que ocorre na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), a mãe retorna ao hospital em regime de alojamento conjunto, na condição de acompanhante ao filho prematuro, e assume a integralidade do cuidado ainda sob supervisão e orientação de uma equipe multiprofissional até o RN atingir peso ideal para alta, que pode variar entre as instituições hospitalares, mas visa a alta com cuidado materno autônomo e seguro para a continuidade domiciliar (BRASIL; 2011).

A terceira etapa corresponde ao seguimento ambulatorial, no qual o RN será acompanhado pelo serviço até atingir peso de 2500g, onde poderá ser atendido na atenção básica de saúde. Nas três etapas o cuidado ao RN e família, envolve um conjunto de ações que buscam acolher os pais, permitir o envolvimento dos mesmos no processo terapêutico dos seus filhos, incentivá-los ao toque precoce com evolução até a posição canguru, inseri-los nos cuidados e promover o início de formação de vínculo (BRASIL; 2011).

## **2.4 CAUSAS DA PREMATURIDADE**

O prematuro é a criança que nasce antes dos 9 meses, ou seja, antes de completar 37 semanas de gestação. É um bebê biologicamente mais vulnerável do que aquele nascido a termo (com 37 semanas de gestação ou mais), devido à sua imaturidade orgânica, necessitando, muitas vezes, de cuidados especiais. Além dessas características comuns nos prematuros, eles ainda apresentam um desenvolvimento incompleto dos pulmões, cérebro, sistema imune, sistema renal e sistema hepático, podendo acarretar uma diversidade de problemas, inclusive levar a óbito o bebê, caso não receba os cuidados necessários (SILVEIRA; 2008).

A prematuridade é uma condição que favorece o aparecimento de várias doenças; algumas delas, de maior gravidade. Por apresentarem um sistema imune mais imaturo, e muitas vezes outras condições de agravo, essas crianças devem ter um calendário vacinal diferenciado que atenda às suas necessidades de prevenção (COLLET; 2006).

As causas para a prematuridade são variadas e estão especialmente relacionadas ao aparelho reprodutor feminino, alterações placentárias, excesso de líquido amniótico e outros fatores como: idade materna, infecções maternas (não tratadas). Porém na maioria dos casos, as causas são desconhecidas. O parto pode ser antecipado quando a criança tem problemas de má formação ou de infecções adquiridas da mãe (SILVEIRA; 2008).

Além disso, outros fatores podem levar ao parto prematuro: ausência do pré-natal, fumo, álcool, drogas, estresse, infecções do trato urinário, sangramento vaginal, diabetes, obesidade, baixo peso, pressão alta ou pré-eclâmpsia, distúrbios de coagulação, algumas anomalias congênitas do bebê, gestações muito próximas (menos de 6 a 9 meses entre o nascimento de um bebê e ficar grávida novamente (DEUTSCH; 2013).

## **2.5 RISCO GESTACIONAL**

Segundo BRASIL 2004, os riscos gestacionais podem ser:

“Biológicos: idade (abaixo de 18 anos e acima de 35 anos), estatura (menor que 1,50m), peso antes da gestação abaixo de 40 Kg ou peso ganho durante a gestação menor que 7 Kg, história prévia de natimorto, óbitos fetais, partos complicados e recém natos de baixo peso, anemia na gestação, intervalo gestacional curto (menor que 24 meses); sócio econômico: escolaridade baixa, baixa renda, trabalho que exija esforço demasiadamente; comportamentais: tabagismo e etilismo, práticas inadequadas de higiene e saúde; intercorrências obstétricas: hemorragia (se na primeira metade pode ser abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional, na segunda metade placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina), doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) sendo a pré-eclâmpsia e eclâmpsia; gestação múltipla, gestação prolongada (maior que 42 semanas), parto prematuro (entre 22 e 36 semanas), amniorrexe prematura, polidrâmnios, mola hidatiforme; intercorrências clínicas: hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, infecção urinária, distúrbios nutricionais (inclusive anemia) e distúrbio tireoidiano”.

## **2.6 TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

Trabalho de Parto Prematuro (TPP) é definido como aquele iniciado entre 20ª e 37ª semana de gestação, excluindo os abortamentos que ocorrem antes da 20ª semana.

Há dois fatores principais de TPP idiopáticos, o TPP prévio e baixo nível, sócio-econômico da paciente, já que esse está relacionado diretamente a outros fatores, sendo eles: anemia materna, uso de drogas, infecções, baixo peso materno, polidrâmnio, colo uterino menor que 35 mm entre 24 e 28 semanas de gestação, tabagismo, idade inferior a 18 anos, raça negra, estilo de vida estressante e violência doméstica. Existem algumas medidas para a prevenção do TPP, que são: cerclagem uterina, tratamento de infecção cervicovaginal e a aplicação da pomada de progesterona natural 100 a 200mg, intravaginal, diariamente, da 18ª a 36ª semana de gestação (JÚNIOR; 2010).

Ao receber o RN na UTI Neonatal, o mesmo deve ser colocado em uma incubadora com parede dupla, aquecida e umidificada. Quando o RN não é intubado na sala de parto, esse é o primeiro procedimento a ser realizado na UTI Neonatal (intubação

oro ou nasotraqueal) e colocado em ventilação mecânica depois faz-se o surfactante. O surfactante é indicado o mais rápido possível, preferencialmente nas duas primeiras horas de vida; este procedimento é realizado pelo médico (OLIVEIRA; 2005)

O RNPTE não deve tomar banho devido hipotermia, alterações das propriedades de barreira (aumento de pH), irritação e trauma da pele, contudo, deve-se fazer higiene em região genital ou áreas sujas, mas não usar sabonete. Outra conduta é manter a incubadora coberta na região da cabeça do RN, a iluminação excessiva é nociva, entretanto, períodos de claridade alternados com penumbra beneficiam o recém-nascido, aumentando o ganho de peso e maior tempo de sono. Deve-se sempre atentar para mantê-lo monitorado com oxímetro de pulso, evitar ruídos externos e batidas na incubadora, deixá-lo em proclive e sempre que possível em decúbito ventral. Ainda precisam ser tomados alguns cuidados como evitar uso de micropore e esparadrapos diretamente sob a pele; fixar sonda orogástrica junto com a cânula endotraqueal (CET); evitar acesso venoso periférico; não aspirar CET rotineiramente, somente quando necessário; manuseio restrito; cuidados com a pele, pois a sua integridade no RNPTE melhora em torno do 10º-14º dia de vida (SOUZA; 2009).

## **2.7 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA UTI NEO**

A UTIN constitui ambiente terapêutico apropriado para tratamento do recém-nascido (RN) em estado grave. A fragilidade desse RN, a crescente implementação de procedimentos de alto risco e a baixa tolerância a erros de medicação são algumas preocupações dos profissionais de enfermagem que atuam na UTIN (ALTON; 2006).

São especialistas, atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal: neonatologistas, pediatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, cardiologistas, oftalmologistas, neurologistas pediátricos, pneumologistas e gastroenterologistas pediátrico. A hospitalização em UTIN introduz o bebê em um ambiente inóspito, onde há exposição intensa a estímulos nociceptivos, como o estresse e a dor que são frequentes, (Ruídos, luz intensa e contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos e dolorosos são constantes nessa rotina (MOREIRA; 2003).

A enfermagem deve cuidar para que todo o material e equipamentos estejam sempre preparados para a assistência do RN. Ao chegar à sala, a enfermeira precisa

preparar o berço de calor radiante (BCR) com campos e compressas estéreis; testar a fonte de oxigênio juntamente com o ambú, o mesmo deve estar montado corretamente para evitar que não funcione; o vácuo ou sistema de aspiração funcionando; laringoscópios com pilhas carregadas; e todo o material restante para intubação como luvas; cânulas traqueais, sondas de aspiração, lâminas retas zero e seringas; agulhas e medicações (FONSECA; 2011).

O papel do enfermeiro na UTIN é fundamental, uma vez que ele se dedica ao paciente durante as 24 horas do dia, exercendo funções específicas na adaptação do RN à vida extra-uterina, por meio da manutenção do equilíbrio térmico, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo adequado. De igual forma, é fundamental a observação constante do quadro clínico através do exame físico, da monitorização dos sinais vitais e do emprego de procedimentos de assistência especial: administração da alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento, se possível auxiliando e orientando a mãe para o aleitamento materno. Outras atribuições importantes desse profissional é o controle de infecções, a educação dos pais e familiares, a administração, coordenação, ensino e a supervisão dos cuidados de enfermagem prestados (ADRIANO; 2009).

As práticas de enfermagem que são realizadas diariamente nas UTIs Neonatais incluem a manutenção da temperatura e umidade através de incubadoras, posicionamento, banho, procedimentos invasivos, entre outros. Recomenda-se o manuseio restrito ao Recém-nascido prematuro extremo (RNPE) devido à dificuldade que apresenta em manter a temperatura corporal, e deixá-lo sempre que possível em posição fetal, pois minimiza a transferência de calor do seu corpo para o meio externo. Quanto à higiene corporal, deve ser realizado somente com água, sem sabonete, nem *shampoo*, já que sua pele é muito mais frágil. O mesmo deve ser evitado nos primeiros dias de vida (DELLAQUA; 2012).

O enfermeiro coordena, orienta e supervisiona o pessoal de enfermagem, outros funcionários e o ambiente. O enfermeiro é o detentor do saber e controlador do processo de trabalho de sua área de responsabilidade, e os outros membros são os executores de tarefas. O enfermeiro executa procedimentos de maior complexidade, assumindo e cuidando daqueles neonatos em estado clínico mais grave. No entanto, em alguns momentos, também se ocupa de atividades consideradas menos complexas como o banho e o controle dos sinais vitais (GAÍVA; 2004).

Para organizar e definir as ações da enfermagem na UTIN, utiliza-se uma metodologia assistencial compartilhada pela categoria, ou seja, os enfermeiros utilizam o processo de enfermagem para sistematizar a assistência aos RNs. O processo de enfermagem é constituído de cinco fases que podem variar de acordo com o referencial teórico adotado, são elas: o levantamento de dados, a identificação de problemas, o planejamento, a implementação e a avaliação (GAÍVA; 2004).

## **2.8 ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA CHEFE/ENCARREGADA DA UTI NEONATAL:**

“Participar da equipe de planejamento e implantação da UTI neonatal, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem, programar e avaliar o desenvolvimento das atividades de enfermagem, elaborar a escala mensal e de férias, manter comunicação com os demais departamentos e setores do hospital por meios de reuniões periódicas, participar da passagem de plantão da equipe de enfermagem, bem como acompanhar as visitas médicas, organizar e administrar treinamento e educação continuada para a equipe de enfermagem, monitorar a incidência de infecção na UTI neonatal, cumprir e fazer cumprir o regulamento do hospital, o regimento do departamento de enfermagem, os regulamentos, as rotinas e os procedimentos da UTI neonatal” (TAMEZ; 2013).

## **2.9 ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA ENCARGADA DO PLANTÃO**

“Distribuir as tarefas diárias da equipe, receber o plantão juntamente com a equipe, tomar conhecimento das ocorrências como o estado geral dos pacientes, os exames radiológicos e laboratoriais (realizados e que serão realizados), os cuidados especiais, as medicações, a nutrição, os sinais vitais, a participação dos pais, planejar e prescrever os cuidados de enfermagem para os pacientes, supervisionar e coordenar a transferência dentro da unidade, coordenar a equipe de enfermagem no atendimento da parada cardiorrespiratória, anotar os horários nas prescrições médicas, manter a comunicação aberta com os pais do paciente, avaliando o atendimento, suas preocupações, suas necessidades e seus descontentamentos quanto ao atendimento, colaborar com o gestor/encarregado da unidade nos programas de pesquisa, no treinamento e na educação continuada, cumprir e fazer cumprir o regulamento geral no hospital, o regimento do departamento de enfermagem, as rotinas e os regulamentos da UTI neonatal” (TAMEZ; 2013).

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica, cujo os dados secundários são obtidos através de consulta realizadas nos livros, revistas, jornais, enciclopédias, com a finalidade de fazer com que o pesquisador disponha do contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto (MARQUES; 2006).

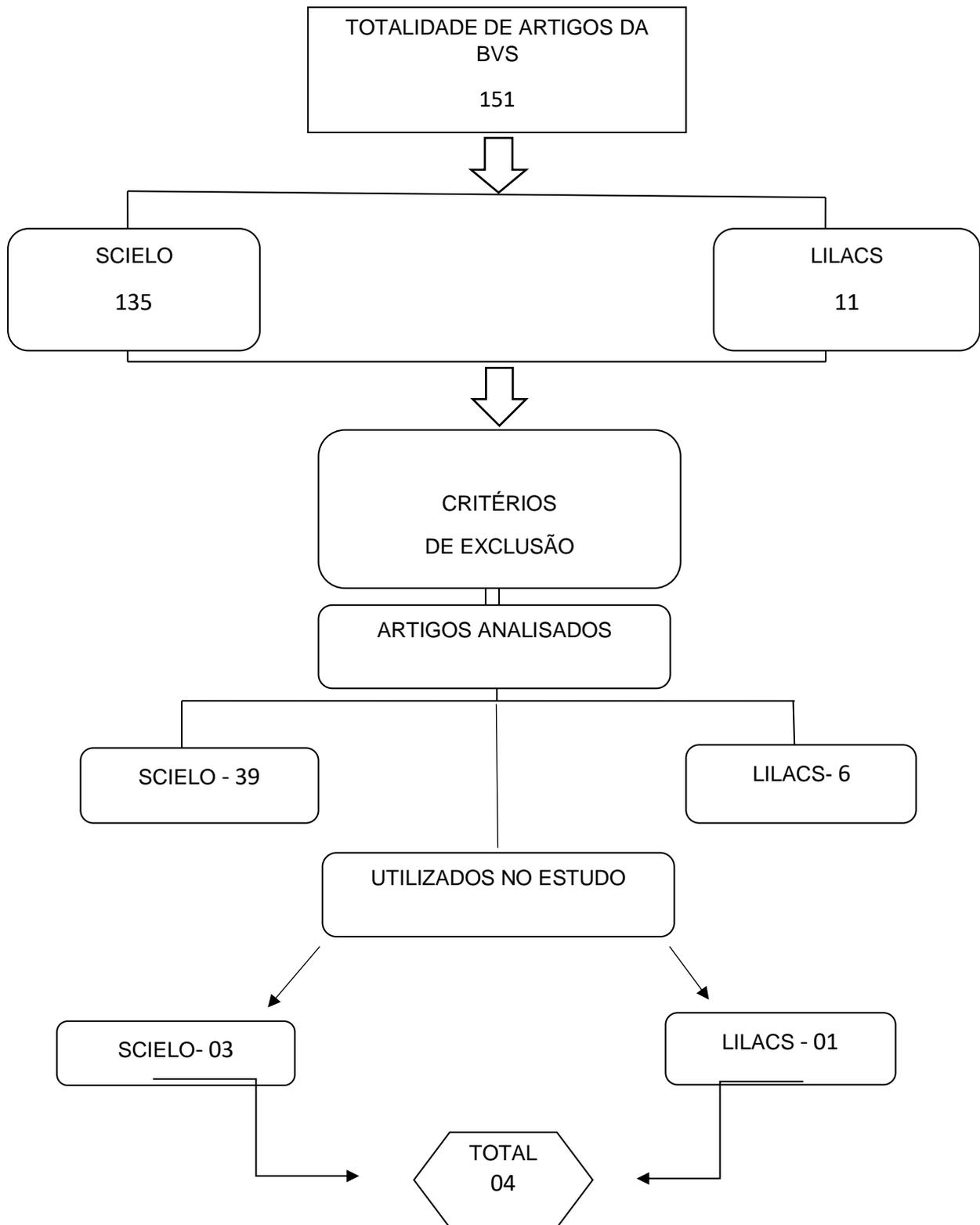
Para a realização das buscas, foram utilizados os descritores de ciência da saúde (DeCS): Enfermagem, recém-nascido, prematuro. Utilizando o operador de pesquisa (Booleano) AND para possíveis combinações entre os descritores, as quais surgiram: enfermagem AND recém-nascido, recém-nascido AND prematuro.

#### **3.2 BANCOS E BASES DE DADOS**

Nas buscas foram utilizadas as bases de dados da área da saúde, por meio de consultas de artigos científicos originais e de revisões, da língua portuguesa e acessadas via portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), como BDENF (*Base de Dados da Enfermagem*), LILACS (*Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde*).

A busca das produções científicas foi realizada de fevereiro a junho de 2019 com a utilização de artigos originais levantados nas bases de dados. As análises dos dados adquiridos ocorreram depois da leitura e comparação dos estudos, foram elaborados quadros que contém informações sobre o tema proposto.

Figura 01 – Organograma dos critérios abordados, produzido pela autora. Juína-MT/ 2019



Na busca geral foram encontrados 151 artigos da BVS, com os descritores e palavra-chave, sendo 135 (cento e trinta e cinco) artigos encontrados na SCIELO e 11(onze) no LILACS. Aplicando o filtro e atendendo os objetivos do estudo, pré-selecionou-se 39 (trinta e nove) artigos da SCIELO e 6 (seis) artigos da LILACS, que após a leitura e resumo fez-se a seleção final. Esta pesquisa obteve então: 03 (três) artigos da SCIELO e 1(um) artigo da LILACS, artigos utilizados para amostra desse estudo (Figura 01).

### **3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

#### **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

Artigos e monografias publicados em português, Texto completo, disponíveis gratuitamente nas bases de dados oficiais, estudos originais, resumos para pré-seleção, publicados no ano de 2005 a 2017 nas bases de dados da BVS em que os estudos abordassem o tema enfermagem neonatal e que respondessem à questão norteadora.

#### **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Estar duplicados nas bases de dados, teses e dissertações.

#### **4. RESULTADO E DISCURSÃO**

As publicações científicas selecionadas foram descritas em um quadro contendo os seguintes dados: código, nome dos artigos, quais autores, os sujeitos da pesquisa, o sujeito da pesquisa, o estado/ano de publicação e quais bases de dados. A seguir será apresentado um quadro contendo os artigos que foram utilizados de acordo com a temática do trabalho, seguindo da análise desses artigos.

Quadro 1 -Codificação dos artigos, título, autores, sujeito da pesquisa, estado/ano da publicação, bases de dados. Juína - MT/2019.

COD.	TITULO	AUTORES	SUJEITO DA PESQUISA	ESTADO/A NO	BASE DE DADOS
1	Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de Enfermagem em neonatologia (1937-1979)	Isabel Cristina dos santos Oliveira, Renata Gomes Rodrigues	Estudo histórico	Rio de Janeiro 2005	SCIELO
2	O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro	José Francisco ribeiro, Lorena Larissa Cavalcante da silva, Irineide Lacerda dos santos, vera lúcia evangelista de Sousa Luz, Danieli maria marias coelho	11 enfermeiros assistencialistas de uma unidade de terapia intensiva neonatal	Recife 2016	SCIELO
3	Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo frente às possíveis Intercorrências	Vagner Ferreira do nascimento, Rômulo Cezar ribeiro da silva	Profissionais de enfermagem	Tangará da Serra 2014	SCIELO
4	Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru	Alessandra patrícia Stelmak; Márcia Helena de Souza freire	37 profissionais de enfermagem de nível médio,	Curitiba 2017	LILACS

Autora: CARINA (2019).

Em relação ao objetivo das pesquisas realizadas: Todos os estudos buscados foram para verificar a assistência de enfermagem nos cuidados ao prematuro na UTIN, foi observado que os profissionais de enfermagem necessita de um suporte para realizar a educação continuada com qualidade e conteúdos que possam contemplam o seu trabalho, visando assim uma melhoria no atendimento ao paciente, todos os resultados apontaram que o desafio principal é a falta da educação continuada e da pratica dos profissionais de enfermagem frente ao paciente.

Após a análise dos artigos, leitura minuciosa e entendimento da assistência da enfermagem na Neonatologia, foi explanado que a falta de incentivo da educação continuada para os profissional de enfermagem afeta o desempenho do profissional, desse modo não conseguiu se atualizar e desenvolver uma assistência de qualidade para o RN , após todos os estudos das diversas formas realizados no período de 2005 a 2017, o leitor pôde identificar entretanto, o descompasso entre o processo de formação e a prática do enfermeiro impede a implantação de novas metodologias de trabalho, resultando em tensões e conflitos dos demais membros da equipe. As escolas de enfermagem têm privilegiado a formação de enfermeiros altamente preparados para prestar o cuidado individualizado com bases científicas.

No entanto, na prática, a função esperada desse profissional, na maioria das vezes, é a gerência dos serviços que, não raro, se limita ao controle de material e de pessoal em detrimento do gerenciamento do cuidado. Assim, destaca-se a necessidade de despertar novas abordagens gerenciais do cuidado de enfermagem que estejam associadas à ideia de avançar para novos espaços profissionais e superar práticas assistencialistas. Podendo também, ultrapassar normas, rotinas inflexíveis e programar modelos mais horizontalizados de tomada de decisões; ir além do cuidado pontual e unidimensional, adotando novas abordagens de intervenção na saúde, por meio da educação e promoção da saúde (SANTOS; 2013).

Os achados neste estudo mostram que os enfermeiros reconhecem a importância da educação continuada e de como a atualização do conhecimento traz mais confiança para os profissionais que desenvolvem as atividades, quanto para a família que está recebendo o suporte necessário para o prematuro. Nem todas as UTIN estão com os funcionários capacitados e atualizados com conhecimento técnicos e científicos e existe a necessidade de inovação na implementação das políticas de saúde e da educação, bem como na educação permanente dos profissionais em serviço.

O desafio da educação continuada é excitar a consciência crítica, favorecendo espaços para que os indivíduos questionem, argumentem e continuem aprendendo a desenvolver habilidades que levem a execução adequada do trabalho permeando a maneira de agir, de compreender e de organizar as condutas no cotidiano (LAZZARI; 2012).

Para realizar uma assistência de enfermagem de qualidade ao RN que se encontra internado em uma UTIN, faz-se necessário o conhecimento e execução de procedimentos e realização de cuidados especializados, tendo em vista este paciente ser bastante manipulado, tanto com relação a procedimentos de rotina quanto aos procedimentos específicos de acordo com as suas necessidades. Desta forma, proporcionar ao neonato um cuidado de qualidade envolve conhecimentos e destreza técnica, além do saber cuidar, saber interagir e se comunicar com este ser (ROLIM;2010)

A perspectiva, a elaboração de estratégia, a sensibilização de profissionais de saúde que trabalham na UTIN para participar das atividades e procedimentos realizados com os neonatos e com as mães, possibilitam a interação e o conhecimento da situação real. Assim, a realização de educação permanente voltada para os profissionais de saúde que atuam na assistência ao RN e sua família, contribui para a formação e capacitação destes profissionais proporcionando uma assistência de qualidade (MOREIRA; 2004).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que os cuidados com os RN prematuros na UTIN são realizados por um profissional da enfermagem habilitado com conhecimentos e técnicas especializadas para esta área. É muito importante que toda equipe de enfermagem esteja em constante harmonia e sintonia para a realização deste cuidado, sendo que os RN necessitam de cuidados 24 horas diárias.

Notamos também que com decorrer dos anos, as tecnologias para o cuidado com estes RN foram se modernizando com aparelhos e medicamentos que podem ajudar no processo de internação do prematuro. Sendo assim, os índices de mortalidade infantil, são menores em relação a tempos atrás.

A relação da equipe de enfermagem com a família do prematuro necessita ser conveniente, os pais precisam ter o livre acesso para visitar os filhos, ou até mesmo permanecer com o RN internado, ofertando a eles um ambiente com comodidade, apesar de ainda existirem fatos de que as visitas são restritas e controladas.

Por fim os profissionais de enfermagem são os que mais contribuem para os cuidados dos RN prematuros através da sua formação e conhecimentos aprendidos, nos quais são essenciais para a recuperação destes indivíduos. Sendo assim, é imprescindível que recebam instrução e ambiente para os cuidados serem satisfatórios.

Os profissionais envolvidos na área precisam estar qualificados para a realização dos cuidados dos RN. Sendo assim cabe aos órgãos superiores a eles ofertarem educação continuada, e material adequado para que possam desenvolver uma assistência de qualidade ao RN e família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADRIANO, L. S. M.; FREIRE, I. L. S.; PINTO, J. T. J. M. Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo. **Rev. Eletrônica Enferm**, 2009.

AGUIAR ASC, MARIANO MR, ALMEIDA LS, CARDOSO MVLML, PAGLIUCA LMF, REBOUÇAS CBA, Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista esc. Enfermagem** São Paulo, abril.2012.

ALTON M, Mericle J, Brandon D. **One Intensive Care Nursery's Experience with Enhancing Patient Safety. Adv Neonatal Care**. 2006.

ANUÁRIO DO BRASIL. **Assistência pública e privada no Rio de Janeiro- História e Estatística. Comemoração do Centenário da Independência Nacional**. Rio de Janeiro,1922.

AVERY GB. Perspectivas em neonatologia. In: Avery GB. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 4a.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

BARBOSA, A. C.; OLIVEIRA, I. C. **S.O Advento das incubadoras no exterior e no Brasil: um ensaio histórico. Pediatria Atual**, Rio de Janeiro, Jun,2002.

BARBOSA, A. P. **Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível**. J Pediatr., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de atenção humanizada do recém-nascido de baixo-peso (método canguru)**, posto em 15 de junho de 2003.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Saúde, **Área de Saúde da Criança**. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso**. Brasília (DF); 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Define as Diretrizes e Objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave os critérios de desclassificação e habitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do sistema de saúde (SUS)**. Portaria nº930 de 10 maio de 2012. Brasília -DF.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Saúde. **Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Mãe Canguru: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Especializada. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal**. 2.ed. Brasília; 2004.

BRASIL, Secretaria de atenção à saúde. **Departamento de ações programáticas estratégicas**. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 2ªed. Brasília, 2011.

BRASIL, Secretaria de atenção à saúde. **Departamento de ações programáticas estratégicas**. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: caderno do tutor. Brasília, 2011.

CARDOSO, T., Alarcão, I. & Celorico, J. (2010). **Revisão da literatura e sistematização do conhecimento**. Porto: Porto Editora

COSTA, R. Padilha MI. **O hospital infantil como marco no atendimento ao recém-nascido de risco em Santa Catarina (1987-2009)**.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C. S. **Manual de enfermagem em pediatria**. 2. ed. Cuiabá: Ab, 2006.

DELLAQUA, D. C.; CARDOSO, F. S.. Assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro extremo. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, 2012.

DEUTSCH, A. D.; DORNAUS, M. F. P. S.; WAKSMAN, R. D. **O bebe prematuro: tudo que os pais precisam saber**. São Paulo: Manole, 2013.

DOWNES JJ. **Evolução histórica, estado atual e desenvolvimento prospectivo do tratamento intensivopediátrico: terapia intensiva neonatal e neonatologia**. Clín Ter Intensiva 1992.

FONSECA ESB, Bittar RE, Zugaib M. Prevenção do Nascimento Prematuro: Importância da Monitorização das Contrações Uterinas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 1999 .

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Florianópolis, 2004.

HESS JH. **Chicago Plan for Care Premature Infantes**. JAMA 1975 jul.

JÚNIOR JFS, Feitosa FEL. **Diretrizes Assistenciais, trabalho de Parto Prematuro**. Ceará, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, maio 2010.

LAZZARI DD, Schmidt N, Jung W. Educação continuada em unidade de terapia intensivana percepção de enfermeiras. **Rev Enferm UFSM**, 2012.

LUSSKY RC. **A century of neonatal medicine**. Minnesota Med Assoc 1999.

MARQUES, H. R. et al. **Metodologia da Pesquisa e do Trabalho Científico**. Campo Grande:UCDB, 2006 p. 55.

MARQUES, P. A.; MELO, E. C. P. **O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** Ver.Esc.Enferm. v. 45, n. 2, p. 374-80, ago. 2011.

MOREIRA, M. E. A.. **Estressores em mães de recém-nascidos de alto risco: sistematização da assistência de enfermagem.** 2001.

MOREIRA MEL, Rodrigues MA, Braga NA, Morsch DS. **Conhecendo uma UTI Neonatal,** In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS. (Orgs). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003, p. 29.

MOREIRA, J. O. A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. São Pedro. Belo Horizonte, **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal,** 2003.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. **Recém-nascido de alto risco teoria e prática do cuidar.** Rio de Janeiro: SCIELO-Editora; FIOCRUZ, 2004.

OLIVEIRA ICS. (Re) **Construindo a assistência de enfermagem à criança hospitalizada na cidade do Rio de Janeiro (1920-1969).**

OLIVEIRA RG. **Blackbook: manual de referências de pediatria.** 3. ed. Belo Horizonte: Black Book Editora; 2005.

REBELO B. S. C. **As Estratégias da Equipe de Enfermagem na Promoção da Vinculação Mãe/Bebê Prematuro.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2013.

RIBEIRO JAAB; Felice TD; Souza R. **Prevalência de recém nascidos pequenos para idade gestacional em hospital privado credenciado ao sistema único de saúde de Dourados – MS. Mato Grosso do Sul;** 2008 .

ROLIM KMC, Araújo AFPC, Campos NMM, Lopes SMB, Gurgel EPPG, Campos ACS. Cuidado quanto a Termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da enfermeira. **Rev Rene** 2010.

SANTOS JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. **Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa.** Rev Bras Enferm 2013.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru, manual do curso. Brasília (Brasil):** Ministério da Saúde, 2002.196p.

SILVEIRA, **Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional.** Rev Saúde Pública, Pelota, v. 5, n. 42, p. 41-46, 2008.

SOUZA VHS, Mozachi NN. **O hospital: manual do ambiente hospitalar.** 3.ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2009.

TAMEZ, Raquel. **Enfermagem na uti neonatal**. 5.ed. Rio de janeiro.2013.