

O NEONATO SOB FOTOTERAPIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL – CONHECIMENTO DAS MÃES

*THE NEWBORN UNDER PHOTOTHERAPY AT A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT – THE
MOTHER'S KNOWLEDGE*

*EL NEONATO BAJO FOTOTERAPIA EN LA UNIDAD DE INTERNACIÓN NEONATAL –
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES*

GEORGIA RABELO PINHEIRO¹
LORENA BARBOSA XIMENES²
REGINA CLÁUDIA MELO DODT³
MÔNICA OLIVEIRA BATISTA ORÍ⁴
RÉGIA CHRISTINA MOURA BARBOSA⁵

A hiperbilirrubinemia é a patologia mais freqüente no período neonatal. Estudo exploratório, cujos objetivos foram: identificar o perfil das mães com seus filhos submetidos a fototerapia na unidade neonatal de alto e médio risco e avaliar o conhecimento das mães sobre a fototerapia. Foram entrevistadas mães de neonatos em uso de fototerapia, durante os meses de março e abril de 2006, na Unidade Neonatal de alto e médio risco de um hospital público, utilizando-se um formulário que aborda o conhecimento das mães dos RNs sobre o tratamento e os cuidados durante a fototerapia. Constatou-se a necessidade da equipe multiprofissional inserir a mãe no processo terapêutico, que orientada e esclarecida de todas as etapas do tratamento, reduzirá sua angústia, impotência, medo, dentre outros sentimentos, fazendo com que o bebê responda com uma melhora eficaz, conseqüente à maior adesão materna à fototerapia.

PALAVRAS-CHAVE: Hiperbilirrubinemia neonatal; Fototerapia; Unidades de internação.

Hyperbilirubinemia is the most frequent pathology during the neonatal period. This exploratory study aimed at identifying the profile of mothers who have their babies undergoing phototherapy and verifying the mothers' knowledge about phototherapy with their children attending a Neonatal Intensive Care Unit. Mothers were interviewed during March and April – 2006 in a high and middle risk Neonatal Intensive Care Unit at a Public Hospital. During data collection, a semi-structured form was used to approach the mothers' knowledge about child care during phototherapy. The results highlight the need of an interdisciplinary team to better insert the mother into the therapy process, since guiding mothers throughout the stages of the treatment reduce their anxiety, impotence, and fear, among other feelings, ultimately helping the baby to respond more efficiently to the treatment, as a result of the higher maternal adhesion to the phototherapy.

KEYWORDS: Hyperbilirubinemia neonatal; Phototherapy; Internment units.

Hiper-bilirrubina anémica (hiperbilirrubinemia) es la patología más frecuente durante el período neonatal. Estudio exploratorio con el objetivo de identificar el perfil de las madres que tienen hijos sometidos a fototerapia en unidad neonatal de alto y medio riesgo y evaluar el conocimiento que tienen las madres sobre fototerapia. Para eso, madres de neonatos usando fototerapia fueron entrevistadas durante los meses de marzo y abril de 2006 en una unidad de cuidado intensivo neonatal de riesgo alto y medio, en un hospital público, usando un formulario que aborda el nivel de conocimiento que las madres de los recién nacidos poseen sobre el tratamiento y los cuidados durante la fototerapia. Se constató la necesidad de que el equipo múltiple profesional inserte a la madre en el proceso terapéutico para orientarla y dejarle claro todas las etapas del tratamiento, esto reducirá su angustia, miedo e impotencia entre otros tantos sentimientos, logrando así que el bebe responda con una mejora eficaz como resultado de una mayor adhesión materna a la fototerapia.

PALABRAS CLAVE: Hiperbilirrubinemia neonatal; Fototerapia; Unidades de internación.

¹ Especialista em Enfermagem Neonatal / Enfermeira Assistencial. Rua Gilberto Studart, 630. Apt 501 Bairro Papicu; CEP: 60.190-750. georgiarabelo@yahoo.com.br

² Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Promoção da Saúde da Criança e da Família. Rua Gotardo de Moraes, 101. Aptº 401 Bairro Dunas; CEP: 60190701. lbximenes@yahoo.com.br

³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Hospital Infantil Albert Sabin. Membro do Projeto de Pesquisa Promoção da Saúde da Criança e da Família. Bolsista da FUNCAP. Av. Heróis do Acre, 50; aptº 104; Bairro Passaré; CEP 60743760. reginadodt@yahoo.com.br

⁴ Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa FAMEPE: Família – Ensino, Pesquisa e Extensão. Rua Dr Onofre Sampaio Cavalcante, 254 Cidade dos Funcionários. oriaremon@hotmail.com ou oriarie@uol.com.br

⁵ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC e Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Professor de Enfermagem da FAMETRO. Rua Henrique Rabelo, 1522 Piedade CEP 60110540. regiabarbosa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hiperbilirrubinemia é conseqüente ao acúmulo de bilirrubina no sangue e caracteriza-se pela coloração amarela da pele e outros órgãos. Apesar de muito frequente entre os recém-nascidos, sendo na maioria dos casos considerada benigna, no entanto, algumas vezes pode indicar um estado patológico¹.

A icterícia neonatal pode ser resultante do aumento da bilirrubina conjugada (direta) ou não conjugada (indireta), sendo esta a forma mais comum. Níveis de bilirrubina sérica não-conjugada de aproximadamente 20mg/dl ou mais podem levar a encefalopatia por bilirrubina (Kernicterus), uma condição potencialmente fatal, caracterizada por depósitos de bilirrubina nos gânglios basais do cérebro². A sintomatologia do kernicterus se divide em três fases: I: hipotonia, letargia, choro agudo e sucção débil; II: opistótono, rigidez de nuca, hipertermia e convulsão; e III: hipertonia³.

O tratamento mais indicado para hiperbilirrubinemia é a fototerapia, a qual pode ser realizada com luz convencional, halógena e fibra ótica. O mecanismo de ação da fototerapia consiste na fotoisomerização e fotooxidação. A fotoisomerização consiste na destruição da bilirrubina, transformando-a em composto isômero para ser excretado na bile, sendo parte desta bilirrubina modificada eliminada através do mecônio. Na fotooxidação ocorre produção de complexos solúveis em água e excretados pela urina.⁴

A fototerapia, apesar de ser um tratamento necessário e efetivo na prevenção da encefalopatia bilirrubínica, não é isenta de riscos⁵, e possui efeitos colaterais como: diarreia, irritação da pele, hipertermia, lesão da retina caso os olhos sejam expostos à luz sem a proteção ocular.

Para que o tratamento da fototerapia tenha eficácia e menos riscos para a criança é preciso que a equipe de Enfermagem tenha sempre o cuidado de informar para a família de cada bebê como é feito o tratamento, deixando, assim, o mínimo de dúvidas para cada mãe, conseqüentemente, ajudando no tratamento de cada recém-nascido (RN).

A eficácia do tratamento pela fototerapia depende de vários fatores como a idade gestacional, a idade pós-natal do RN, o peso de nascimento e a intensidade da luz emitida pelo equipamento.

Alguns cuidados devem ser realizados pela Enfermagem ao RN sob tratamento de fototerapia: manter o RN despido; proteger os olhos com venda apropriada cuidando para que as pálpebras estejam bem fechadas, evitando escoriações na córnea; posicionar o foco de luz de modo que atinja uma maior área corporal; interromper a fototerapia 3 vezes por dia para a estimulação da visão removendo a venda por aproximadamente 15 minutos; fazer mudança de decúbito a cada 4 horas ou de acordo com a rotina da instituição; realizar balanço hídrico rigoroso; verificar a radiação 3 vezes ao dia.^{4,6}

O papel do enfermeiro na unidade neonatal passa a ser um desafio constante, pois requer uma assistência que promova e mantenha equilíbrio térmico, sensitivo, acústico e visual do neonato, proporcionando um ambiente propício para a sua permanência na Unidade Neonatal, livre de estímulos nocivos e focada na redução de riscos. Reconhece-se, então, que a fototerapia é um tratamento importante para os recém-nascidos com icterícia, sendo necessário que todos os envolvidos no processo de cuidar consigam atender às reais necessidades do neonato.

Além disso, a Enfermagem precisa conhecer todos os procedimentos e tratamentos aos quais o RN está sendo submetido, para interagir de forma satisfatória com a mãe durante o processo, no intuito de minimizar as tensões que podem ser vivenciadas pela mesma. Essa interação dar-se-á de forma mais eficiente caso os profissionais trabalhem com a habilidade de ouvir e aprender, utilizando a comunicação não-verbal útil (linguagem corporal), visto que a mãe percebe por meio de nossa expressão corporal e essa pode ser uma barreira ou um aspecto facilitador, na comunicação terapêutica. A linguagem corporal pode incentivar a comunicação ou desinteresse e também transmitir ansiedade para a mãe, de forma que a resolução adequada da mãe dependerá de como o profissional a ouve e a entende, desenvolvendo a confiança e o apoio.⁷

Durante a vivência profissional, na unidade neonatal nos deparamos com vários questionamentos quando a mãe presencia o seu filho em fototerapia: O que é essa luz? Para que serve esse aparelho? Meu bebê vai ficar realmente curado? Quando vai terminar o tratamento? Meu filho vai sentir dor? Ele vai ficar normal? Tais inquietações e dúvidas passam o cotidiano dessas mães e podem repercutir na

interação das mesmas com a equipe que está cuidando do RN em fototerapia, implicando na adaptação do processo de internação do filho, aceitando e participando ativamente deste momento.

Sendo assim, a realização deste estudo foi relevante não só para a Enfermagem, mas para todos os profissionais que compõem a Unidade Neonatal, pois ao termos a oportunidade de averiguar o conhecimento das mães sobre a fototerapia a que seu filho está sendo submetido poderemos refletir sobre a nossa *praxis* e propor estratégias educativas que visem uma maior aceitação e participação das mães durante o tratamento.

Portanto, este estudo teve por objetivos: identificar o perfil das mães com seus filhos submetidos a fototerapia na unidade neonatal de alto e médio risco e avaliar o conhecimento das mães sobre a fototerapia.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo. Exploratório, pois visa buscar informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações, ou sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno, particularmente quando se sabe pouco sobre o fenômeno. Também são usados para determinar diferenças entre as variáveis⁸. Descritivo, pois procura conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social e demais aspectos do conhecimento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente, como de grupos (família) e comunidades maiores.⁹

Optou-se pela abordagem quantitativa com finalidade de verificar o conhecimento das mães sobre a fototerapia utilizada em seus filhos na Unidade Neonatal. A pesquisa quantitativa proporciona dados, indicadores e tendências observáveis, sendo utilizada para grande quantidade de dados demográficos, podendo ser analisados por meio de variáveis.¹⁰

Os cenários foram uma unidade neonatal de alto e outra de médio risco com 13 e 12 leitos respectivamente de um hospital considerado de grande porte, referência estadual (Ceará) em nível terciário de atenção à saúde, com setores de urgência/emergência, atendimento ambulatorial e hospitalar em clínicas médicas, UTU (Unidade de Trata-

mento de Urgência) e UTI adulto, UTI neonatal, Unidade de Terapia Semi-Intensiva e Maternidade.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de março e abril de 2006, com a amostra constituída por 20 mães que estavam com seus filhos recém-nascidos submetidos à fototerapia na Unidade Neonatal de alto e médio risco. Foram excluídas do estudo as mães de crianças que não estavam em uso de fototerapia ou aquelas que se recusaram a participar da pesquisa. É oportuno salientar que por tratar-se de uma unidade hospitalar que oferece diversas clínicas, o número de leitos neonatais é restrito o que faz com que a permanência dos bebês nessa unidade se prolongue, diminuindo a rotatividade da clientela na Unidade Neonatal, portanto, houve dificuldade para alcançar um número significativo de mães para o estudo.

Para tanto realizou-se uma entrevista com as mães em um local disponibilizado pelo hospital, a partir de um formulário estruturado preenchido pela pesquisadora, que continha dados referentes à estrutura familiar, estado civil, idade, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de filhos e o conhecimento das mães dos RNs sobre o tratamento da fototerapia. Essas informações são relevantes para que se possa correlacionar as características da mãe com a situação de saúde do bebê. No momento da entrevista, as mães estavam muito apreensivas, com dúvidas e chorosas por causa do sofrimento dos seus filhos. As mães colaboraram durante a entrevista, mas em alguns momentos percebeu-se que elas, muitas vezes, não tinham certeza do que realmente estavam relatando. Apesar do ambiente nem sempre ser calmo e silencioso, a entrevista não ficou comprometida porque as mães participaram ativamente respondendo a todos os questionamentos.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos preconizados pela Resolução nº 196/96,¹¹ sendo este avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição, sendo apreciado e deferido com o protocolo nº 160202/05. As mães foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, assinando termo de consentimento pós-informação, que garantia o sigilo, o anonimato, o livre acesso às informações, bem como, liberdade para sair da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si e/ou seus filhos.

Os dados obtidos foram organizados e apresentados em forma de tabelas e em seguida, analisados sob a forma

de frequência absoluta e relativa. Após a análise estatística, buscou-se uma interpretação com base no referencial bibliográfico pertinente ao tema e vivência das autoras.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi evidenciado um número significativo de mães adolescentes, o que configura um risco tanto para a mãe como para o neonato, decorrendo daí maior evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho¹². A imaturidade materna reflete-se no cuidado à criança e inclusive na sobrevivência do neonato.^{13,14}

No que diz respeito à escolaridade materna foram identificadas 16 mães (80%) com ensino fundamental incompleto (menos de oito anos de escolaridade) e 4 (20%) com ensino fundamental completo (oito anos de escolaridade). A baixa escolaridade materna pode influenciar diretamente nos cuidados que a gestante deve ter consigo (alimentação adequada, ambiente tranquilo, consultas frequentes de pré-natal, dentre outros) e é um fator importante que pode gerar situações potencialmente de risco durante o ciclo gravídico-puerperal, pois está associada ao baixo peso ao nascer, à perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, assim como ao aumento do número de partos.^{12,15}

Indicadores de alto risco gestacional, que causam bastante problemas com os recém-nascidos, são os fatores econômicos como ocupação dos pais, renda e situação conjugal, bem como os fatores demográficos, que são idade materna, educação materna, estatura e ganho ponderal materno, dentre outros.¹⁶

Verificou-se que a maioria (11, 55%) fez de 5-7 consultas no pré-natal, 8 (40%) de 2-4 consultas e 1 (5%) não fez qualquer acompanhamento na gravidez. Sabe-se que as consultas frequentes de pré-natal são de suma importância para a mãe e o bebê, pois nas consultas são detectados problemas comuns que podem ser solucionados o mais precocemente possível, minimizando os riscos no ciclo gravídico-puerperal.

Em relação ao tipo de parto foi verificado que 13 (65%) mães submeteram-se a parto cesariano e 7 (35%) tiveram parto normal (Tabela 1). O trabalho de parto e o parto podem causar trauma associado a sangramento

extravasular e hemólise, e a demora no clampamento do cordão umbilical pode estar associada com policitemia neonatal e carga aumentada de bilirrubina.¹⁷

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES DE RN'S INTERNADOS NA UTI NEONATAL DE ALTO E MÉDIO RISCO, SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DADOS OBSTÉTRICOS. FORTALEZA, 2006. N=20.

VARIÁVEIS	N	%
1. Idade		
15–20	7	35
21–25	8	40
26–30	2	10
31–40	3	15
2. Escolaridade		
Ensino Fundamental (incompleto)	16	80
Ensino Fundamental (completo)	4	20
3. Estado Civil		
Solteira	7	35
Casada	13	65
4. Ocupação		
Dona de casa	11	55
Estudante	4	20
Outros	5	25
5. Nº de Gestações		
1	8	40
2	3	15
3	5	25
≥ 4	4	20
6. Nº de Partos		
1	11	
55		
2	3	15
3	6	30
7. Nº de Abortos		
0	11	55
1	7	35
2	2	10
8. Nº de Consulta de Pré-Natal		
1– 4	8	40
5– 7	11	55
Não fez	1	05
9. Tipo de Parto		
Normal	7	35
Cesáreo	13	65
10. Idade Gestacional		
27– 30	8	40
31– 36	10	50
37– 40	2	10

Quanto à idade gestacional, 10 (50%) dos RN's nasceram entre 31 e 36 semanas, 8 (40%) com 27 a 30 semanas e somente 2 (10%) com 37 a 40 semanas. É oportuno ressaltar que a maioria dos neonatos nasceu antes de 37 semanas, o que, *a priori*, justifica a incidência da icterícia, tendo em vista que há uma relação entre idade gestacional

e a gravidade da hiperbilirrubinemia, sendo que quanto menor a criança, menores serão os níveis de bilirrubina que conduzirão à toxicidade.¹⁸

Com relação ao conhecimento das mães quanto aos cuidados com o recém-nascido durante o tratamento da fototerapia, observou-se que todas responderam corretamente que a proteção ocular durante a fototerapia protege o bebê contra alguns danos à visão (Tabela 2).

Quanto à proteção ocular, 19 (95%) mães acertaram quando afirmaram que esta conduta deve ser ajustada para evitar exposição dos olhos à luz. A luz muito forte pode causar lesão na retina e queimaduras na córnea. A irritação causada pelos protetores oculares pode provocar abrasões na córnea e conjuntivite¹⁹. Autores enfatizam que a cada oito horas deve-se interromper a fototerapia por 15 minutos, removendo a venda ocular, a fim de promover a estimulação visual.⁴

Ainda verificou-se que 16 (80%) mães acertaram quando afirmaram que a proteção ocular pode ser retirada para estimulação da visão do bebê quando o mesmo não estiver sob a luz. A estimulação visual deve ser encorajada, principalmente a mãe estando presente, com o intuito de promover o vínculo do binômio mãe-filho. O bebê deve e precisa ser tocado durante a exposição à fototerapia. A comunicação mãe-filho, iniciada na fase intra-útero, intensifica-se nos primeiros meses de vida, a partir dos afetos, atuando como um elo entre o bebê e a mãe. As expressões de afeto são as primeiras formas de linguagem humana.²⁰

No que diz respeito ao conhecimento das mães com relação ao uso de óleo na pele do RN para protegê-lo da exposição à fototerapia, 10 mães (50%) acertaram, referindo que o uso de óleo não beneficia o RN. Passar óleo ou emolientes na pele do bebê, que está sendo submetido à fototerapia, pode favorecer queimadura na pele sensível do RN.²¹

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS EMITIDAS PELAS MÃES DOS RN'S INTERNADOS NA UTI NEONATAL QUANTO AO CONHECIMENTO E CUIDADOS DURANTE A FOTOTERAPIA. FORTALEZA, 2006. N=20.

Fototerapia (Conhecimento/Cuidados)	Certo		Errado	
	F	%	F	%
1. A proteção ocular durante a fototerapia protege o bebê contra alguns danos à visão.	20	100	0	0
2. O bebê deve ser alimentado normalmente quando está sob a fototerapia.	16	80	4	20
3. Deve-se passar óleo na pele do bebê para evitar o ressecamento durante a exposição à fototerapia.	10	50	10	50
4. O bebê não pode ser tocado durante a exposição à fototerapia.	15	75	5	25
5. A proteção ocular deve ser ajustada para evitar exposição dos olhos a luz.	19	95	1	5
6. O bebê deve usar roupinhas quando está na fototerapia.	18	90	2	10
7. Sempre que o bebê chora quando está na fototerapia deve-se tirá-lo da incubadora ou berço para acalentar.	17	85	3	15
8. A fototerapia é indicada para seu filho somente porque é prematuro.	17	85	3	15
9. O bebê precisa ficar exposto à luz porque ficou com a pele amarelada.	19	95	1	5
10. Quanto maior tempo o bebê ficar exposto à luz mais rápido a pele voltará à cor normal.	19	95	1	5
11. O bebê sente dor durante a exposição à luz.	15	75	5	25
12. Podem aparecer na pele do bebê eritemas (manchas avermelhadas na pele) durante exposição à luz.	16	80	4	20
13. A proteção ocular pode ser retirada para estimulação da visão do bebê quando o mesmo não estiver sob a luz.	16	80	4	20
14. O bebê ficará curado após o tratamento da fototerapia.	20	100	0	0

A presença de eritema na pele do RN durante a fototerapia foi considerada correta por 16 (80%) das mães do estudo. Na literatura científica sabe-se que o eritema, perdas hídricas, hipertermia e lesão ocular são efeitos colaterais da fototerapia.²⁰

Das 20 mães entrevistadas, 19 (95%) consideraram correto que o RN precisa ficar exposto à luz devido à coloração amarelada da pele. A icterícia é caracterizada pela coloração amarelada visível na pele, na mucosa, nas escleróticas e na urina¹⁹, e continua sendo importante causa de enfermidade no período neonatal.

Quanto à afirmativa de que o RN deve ficar a maior parte do tempo exposto à luz para que a coloração da pele volte o mais rápido ao normal, 19 (95%) mães acharam-na correta. A fototerapia tem o mecanismo de ação de fotoisomerização e fotooxidação tendo como finalidade a excreção da bilirrubina. Sob ação da luz, a bilirrubina indireta transforma-se em outros pigmentos, que não são tóxicos para o sistema nervoso central, e que são mais facilmente excretados através do fígado e da urina.^{4, 22}

Observou-se também que 15 mães (75%) afirmaram ser falsa a assertiva de que o RN sente dor durante a fototerapia. Os recém-nascidos não sentem dor durante o tratamento sob fototerapia, mas podem ficar mais irritados, pois a luz esquenta bastante na pele sensível. A energia luminosa que atinge o recém-nascido varia inversamente com a distância entre a fonte luminosa e o neonato. Entretanto, deve-se ter em mente que a utilização de equipamentos ao redor da fototerapia reduz a visibilidade do profissional de saúde em relação ao neonato, além de aumentar o risco de superaquecimento. Para impedir aquecimento e queimaduras, a fonte luminosa não deve ser mantida próxima ao bebê. Recomenda-se que fototerapias equipadas com lâmpadas halógenas sejam posicionadas a 40-50 cm do neonato²³. A temperatura deve ser verificada frequentemente para evitar o superaquecimento²⁴. Faz-se necessário a equipe estar atenta aos sinais que a criança apresenta para efetuar as intervenções necessárias. O uso inadequado dessa tecnologia expõe o RN a exames laboratoriais frequentes e desnecessários, prolonga seu período de hospitalização e interfere na relação mãe-bebê.²⁵

Verificou-se que apesar de um grande número de acertos de todas as mães entrevistadas, somente cinco (25%)

foram orientadas pelos profissionais de saúde, e as demais conheciam um pouco do tratamento devido à convivência diária com outras mães e equipe interdisciplinar, facilitando o conhecimento do tratamento em fototerapia.

Evidenciou-se, porém, a credibilidade e confiança das mães no tratamento quando, em sua totalidade (100%), acertaram ao responder que o bebê ficará curado após o tratamento da fototerapia.

CONCLUSÕES

A partir da realização deste estudo, pôde-se constatar sua relevância, pelo fato de evidenciar a necessidade de favorecer mais conhecimentos às mães que tinham seus filhos internados na UTI Neonatal de alto e médio risco, assim como constatou-se a importância da orientação dessas mães, fazendo com que ajudem no cuidado, minimizando um pouco o grau de ansiedade das mesmas. A comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que vislumbra uma melhor assistência ao cliente e à sua família que estão vivenciando ansiedade e estresse decorrentes do processo de hospitalização, especialmente em longos períodos de internação.²⁶

A Enfermagem tem compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, vincula as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.²⁷

Entretanto, deve-se chamar atenção quanto à falta de orientação destas mães que estão sendo acompanhadas diariamente pela equipe de saúde, pois o fato de terem acertado, não significa que têm conhecimento satisfatório do tratamento de seu recém-nascido, podendo implicar nos cuidados com o bebê e na eficácia do tratamento do mesmo.

No cotidiano da equipe de enfermagem na UTI neonatal, vivenciam-se inúmeros conflitos, dentre os quais, o desafio de, além de prestar uma assistência qualificada, deparar-se com os familiares, emocionalmente fragilizados diante dos problemas de seus filhos. O ambiente hostil das unidades neonatais chega a parecer assustador às mães, afinal, diante de tantos equipamentos, o bebê parece-lhes ainda

mais fragilizado. Atitudes simples e corriqueiras podem ser efetivas quando se trata do cuidado a um bebê. Expressar ternura e atenção no momento do cuidado, chamar a criança pelo seu nome, saber ouvir são atitudes perfeitamente exequíveis que podem trazer um impacto imediato na assistência de enfermagem.

Portanto, a equipe de Enfermagem, que permanece a maior parte do tempo junto ao paciente e à família, precisa participar ativamente deste cuidado, estabelecendo uma comunicação terapêutica com a família do neonato. Identificar-se para a mãe que acompanha o bebê possibilita a abertura de um canal de comunicação, uma interação com a família. A partir da educação em saúde com grupos de mães, onde repassando suas experiências umas às outras e o Enfermeiro atuando como mediador entre elas, irá favorecer a troca de conhecimentos com essas mães, facilitando a vivência no dia-a-dia com a equipe multidisciplinar da Unidade Neonatal e conseqüentemente maior eficácia no tratamento do recém-nascido.

Enfim, a equipe de saúde deve dedicar-se não somente ao neonato, mas à família deste que, assim como aquele, requer cuidados e segue esperando, apesar de toda a terapêutica do bebê, o retorno para casa, aumentando mais ainda a ansiedade por não entender o que se passa com seu filho durante qualquer tratamento.

Evidencia-se, portanto, a importância de estabelecer-se uma relação de empatia e confiança com os familiares, para que se obtenha resultado favorável o mais rápido possível. Afinal, compreende-se melhor aquilo que compartilha-se, e assistir o neonato na perspectiva do cuidado à família, que tem potencial de transformação, será um grande passo na evolução da enfermagem neonatal, considerando que, orientar não é depositar informações, mas discutir com o outro as inúmeras possibilidades do que pode ser feito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
2. Kenner, C. Enfermagem neonatal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2001.
3. Coelho AF. Icterícia neonatal In: Silva AS. Manual de neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. cap. 9. A., p. 109-22.
4. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto-risco. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 139-49.
5. Campos ACS, Cardoso MVLL. Cuidado de enfermagem ao neonato sob fototerapia: a visão do discente no campo de prática. Rev RENE 2005; 6(1): 86-94.
6. Oliveira RJC, Benevides LTVA. Práticas e saberes da enfermagem neonatal. 2004.
7. Bueno LGS, Teruya KM. Momento do pediatra com a mãe. In: Rego JD. Aleitamento materno. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. cap. 10. p.183-92.
8. LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. cap. 8. p.110-21.
9. Bervian PA, Cerro AL. Metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Pearson / Prentice Hall; 2004. p. 47-50.
10. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo – qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública 1993; 9(3):239-62.
11. Ministério da Saúde(BR). Conselho Nacional de Saúde de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.
12. Secretaria de Saúde(CE). Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza, 2002.
13. Almeida MF, Novaes HMD, Alencar GP, Rodrigues LC. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sociodemográficos e assistenciais. Rev Bras Epidemiol 2002; 5(1): 93-107.
14. Bercini LO. Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil. Rev Saúde Pública 1994; 28(1): 38-45.
15. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad Saúde Pública 2001; 17(4):1025-9.
16. Costa SHM, Ramos JGL. Neonatologia princípios e prática. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
17. Clohery JP, Stark AR, Eichenwald EC. Manual de neonatologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

18. Leon AS, Oliveira JBA, Pereira DN. Hiperbilirrubinemia no recém-nascido: uma abordagem fisiológica e terapêutica. *Rev Pediatría Atual* 2002; 15(11/12).
19. Melson KA, Jaffe MS, Kenner C, Amlung S. Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados. 3ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002. p. 231-6.
20. Cordeiro MT. Postura, posição e pega adequadas: um bom início para a amamentação. In: Rego JD. *Aleitamento Materno*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap.9, p.159-181.
21. Deutsch AD. Icterícia neonatal. In: Leone CR, Tronchin DMR. *Assistência integrada ao recém-nascido*. São Paulo (SP): Atheneu, 2001.
22. Silva AS. Fototerapia. *Manual de Neonatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.9. E. p. 155-163
23. De Carvalho M. Tratamento da icterícia neonatal. *Journal Pediatría* 2001; 77 (Supl 1): S71- S80.
24. Colvero AP, Colvero MO, Fiori RM. Fototerapia. *Scientia Médica* 2005; 15(2):125-132.
25. Vieira AA, Lima CLMA, De Carvalho M, Moreira MEL. *Revista Bras Saúde Matern. Infant* 2004; 4 (4): 359-66.
26. Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JE A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Rev Eletrôn Enferm* 2004; 6(2): 292-7. Disponível em www.fen.ufg.br.
27. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002.

RECEBIDO: 26/02/07

ACEITO: 04/06/07