

A HORA DO PSIU E A VISÃO DOS FAMILIARES QUANTO A SUA IMPORTÂNCIA

Maria Edinete Ferreira Lopes¹

Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Faculdade do Litoral Sul Paulista (FALS), Praia Grande, São Paulo, Brasil.

Maria Lucivânia Ribeiro dos Santos²

Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Faculdade do Litoral Sul Paulista (FALS), Praia Grande, São Paulo, Brasil.

Raquel de Abreu Barbosa de Paula³

Enfermeira e Pedagoga. Professora especialista em Estomaterapia, UTI e Saúde Mental. Orientadora no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade do Litoral Sul Paulista (FALS), Praia Grande, São Paulo, Brasil.

RESUMO: O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal vem sofrendo atualizações ao longo do tempo, com inovações na tecnologia e na reorganização do ambiente para o atendimento ao neonato, tendo ao mesmo tempo a exposição destes às manipulações excessivas. O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar padrões do sono dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal tendo em vista a contribuição para a prática da assistência de enfermagem neonatal. Os objetivos específicos são: identificar o conhecimento dos familiares quanto a hora do psiu do neonato internado na Unidade de Terapia Intensiva neonatal e analisar a importância dada pelos familiares acompanhantes quanto a este método. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Municipal Irmã Dulce, no município de Praia Grande - SP. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil com o CAAE (Processo nº 69024317.8.0000.5536) e pelas Diretorias Clínica e de Enfermagem do Serviço. A amostra foi constituída de pacientes adultos, de ambos os sexos, com filho recém-nascido e internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e utilizado um instrumento elaborado especialmente para este estudo. Todos os procedimentos éticos foram respeitados, conforme Resolução 466/12. Os resultados mostraram que o sono é importante e indispensável para o desenvolvimento saudável dos recém-nascidos, e que a assistência de enfermagem tem o desafio da implementação do método na UTI Neonatal com horário padronizado e em todos os plantões, sendo que o mesmo só deverá ser interrompido em caso de intercorrência ou admissão, a fim de reduzir o estresse, promover qualidade do sono, e ainda a possibilitar a redução no tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Palavras - Chave: Sono. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem Neonatal.

¹ E-mail: nety.pg@hotmail.com

² E-mail: luluca-pop@hotmail.com

³ Email: pesquisa.raquel@gmail.com

ABSTRACT: The environment of the Neonatal Intensive Care Unit has been updating over time, with innovations in technology and the reorganization of the environment for neonatal care, at the same time exposing them to excessive manipulations. The present study aims to characterize the sleep patterns of neonates hospitalized in the Neonatal ICU in order to contribute to the practice of neonatal nursing care. The specific objectives are: to identify the family members' knowledge about the time of the newborn's hospitalization at the neonatal intensive care unit and to analyze the importance given by the attending relatives to this method. This is an exploratory, descriptive study with a quantitative approach, performed at Irmã Dulce Municipal Hospital, in the city of Praia Grande - SP. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Brazil Platform with the CAAE (Process n. 69024317.8.0000.5536) and by the Clinical and Nursing Departments of the Service. The sample consisted of adult patients of both sexes, with a newborn child and hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. Semi-structured interviews were carried out and an instrument specially prepared for this study was used. All ethical procedures were respected, according to Resolution 466/12. The results showed that sleep is important and indispensable for the healthy development of the newborns, and that the nursing care has the challenge of implementing the method in the neonatal ICU with standardized hours and at all shifts, be interrupted in the event of an intercurrent or admission, in order to reduce stress, promote quality of sleep, and also make it possible to reduce the length of hospital stay in the Neonatal Intensive Care Unit.

Keywords: Sleep. Neonatal Intensive Care Unit. Neonatal Nursing.

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde é desenvolvido na perspectiva da prevenção, promoção e na recuperação da saúde. O nascimento é um evento de grande vulnerabilidade biológica para criança.

As motivações profissionais para o cuidado do prematuro têm como expectativas a prestação de assistência de enfermagem de qualidade para este cliente, a fim de reduzir o tempo de internação e proporcionar alta hospitalar sem sequelas. (SILVA et al, 2015)

Durante a hospitalização, o contato das mães com seus RNs (recém-nascidos) são reduzidos e na maioria dos casos passam a pertencer a um corpo de médicos e de enfermeiros. Estudos da neurociência apontam que a forte ligação dos pais com seus RNs torna-se fragilizada nesse período. A urgência de tais cuidados provoca

manuseio excessivo, levando a escassez de momentos de descanso e a privação do sono. Somando-se aos cuidados e procedimentos clínicos terapêuticos específicos diários que podem, ser invasivos e dolorosos, a atenção a detalhes minuciosos torna-se de extrema valia no que se refere ao cuidado ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A criação de um ambiente físico ideal é uma tarefa difícil, porém necessária, visto que o manuseio excessivo e um ambiente impróprio podem resultar em crianças com algum tipo de seqüela futuramente. Conseqüentemente, enfatiza-se a necessidade de um pensamento envolvendo a abrangência do cuidado, bem como este pode refletir no desenvolvimento físico, psíquico e comportamental do recém-nascido. Torna-se indispensável proporcionar um cuidado capaz de minimizar e evitar os efeitos adversos promovidos pelo ambiente e assim desenvolver uma assistência neonatal que compreenda e atenda aos aspectos humanos desse frágil e pequeno ser. Os cuidados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal estão voltados para as técnicas, rotinas e procedimentos que deverão ser realizadas no sentido de que o recém-nascido seja salvo e possa sair de alta o mais rápido possível. Porém, o cuidar também preserva o cérebro em desenvolvimento (SALGADO *et al.*, 2011).

A atuação do profissional de enfermagem é essencial para o processo de desenvolvimento e consciência de que a hora desse descanso aos neonatos sem manipulações é um conjunto de competência, conhecimento, habilidades e atitudes que justificam um alto desempenho e que é percebida como um recurso importante na promoção do bem-estar do neonato. A crescente complexidade na assistência neonatal e a necessidade de se buscar um cuidado humanizado e com excelência na qualidade impõem a reflexão acerca das questões relacionadas às competências da equipe da enfermagem (BERTOLAZI, 2008).

Assim, esse estudo é de suma importância para equipe que assiste as crianças internadas na UTI neonatal e seus familiares, pois trata da atuação dos profissionais de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, no que diz respeito à assistência voltada para procedimentos e invasões técnicas no neonato, salvo as intercorrências emergenciais, e pode colaborar para melhor compreensão e adesão dos familiares no que diz respeito a hora do psiu, visando a preservação do sono, melhor recuperação, crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos internados.

O objetivo geral deste estudo é caracterizar padrões do sono dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal tendo em vista a contribuição para a prática da assistência de enfermagem neonatal. Os objetivos específicos são: identificar o conhecimento dos familiares quanto à hora do psiu do neonato internado na UTI neonatal e analisar a importância dada pelos familiares acompanhantes quanto a este método.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Neonatologia é um serviço que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, geralmente é amplo e espaçoso, e está presente na grande maioria das maternidades. Dispõe de uma equipe, pronta a dar assistência ao RN em casos de prematuridade, anóxia neonatal, síndrome de aspiração meconial, desconforto respiratório entre outros. Na visão da família do RN, este serviço pode ter um aspecto um pouco assustador, com berços que parecem caixas (incubadoras), monitores que apitam, máquinas, umas que geram impulsos para o bebê respirar, outras que controlam o soro e outras que emitem luzes fortes, dependendo dos cuidados de que cada bebê precisa. A dinâmica do serviço normalmente é organizada e calma, para evitar que os bebês sejam muito estimulados, tentando ao máximo respeitar o ritmo de cada um (FERNANDEZ & CRUZ, 2006).

As visitas a este serviço são muito restritas, devido à fragilidade e suscetibilidade dos bebês que lá se encontram. Daí muitas vezes deve ter um controle rígido das mesmas, com horários de visitas controlados e assim possibilitando a hora do psiu. Os pais dentro de algumas instituições são as únicas pessoas que não são consideradas visitas e podem permanecer 24 horas junto ao bebê.

Sabendo os enfermeiros, que este é um período de grande vulnerabilidade também para os pais, sempre que possível devem ser envolvidos nos cuidados ao bebê. Caso não consiga estar presente, devem combinar com a enfermagem uma hora que de alguma forma participe nos cuidados ao seu filho (TAMEZ & SILVA, 2006).

A enfermagem tem um papel relevante na preservação do sono e repouso do neonato internado na Unidade Terapia Intensiva Neonatal - UTIN e algumas

intervenções têm sido recomendadas e implantadas com vista a prestar a assistência integral e voltada para o desenvolvimento dos recém-nascidos hospitalizados. O cuidador deve planejar e organizar a assistência, anteriormente a manipulação do recém-nascido, pois o cuidado sem planejamentos tende a demorar mais (TAMEZ & SILVA, 2006).

Sugere-se falar suavemente com o recém-nascido antes de tocá-lo e manipulá-lo de maneira suave e gradualmente, para que a transição do sono a vigília seja o menos abrupta possível. Antes de executar os procedimentos é preciso melhorar a posição e a contenção do RN e aguardar a oportunidade de intervir diante do comportamento adquirido pelo recém-nascido. Ao fazer o posicionamento, evitar mudanças súbitas de postura ou realizá-las com aconchego, em flexão e com as mãos próximas a boca. É importante respeitar o estado comportamental do recém-nascido, caso passe para o sono leve para acordá-lo; se estiver chorando, consolá-lo complementar antes da realização do procedimento.

Para promover a maior estabilização e organização para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido enfermo, especialmente prematuros, cuidados devem ser agrupados em períodos curtos e executados de maneira contínua, lenta e gentil, observando-se os sinais de estresse (aumento da frequência cardiorrespiratória e redução da saturação de oxigênio), sendo que qualquer procedimento deve ser interrompido quando isso ocorrer. Ainda nesse sentido, destaca que o cuidador, ao assistir o neonato, deve estar atento aos sinais emitidos pelo recém-nascido, de má adaptação ao ambiente, como respiração, frequência cardíaca e pressão arterial irregular, temperatura corporal oscilante; postura; tônus muscular e movimentos corporais alterados; irritabilidade, choro contínuo; sono difuso, hiper alerta e outros. Durante os procedimentos, deve-se propiciar ajuda ao recém-nascido, até que fique estável e em seguida, retornar o recém-nascido a posição adequada, seja no berço, incubadora ou no colo da mãe. Quanto a proteção do recém-nascido contra os estímulos ambientais, pode se reduzir a luz do ambiente por certos períodos do dia, cobrindo-se a incubadora com uma manta, para promover o sono profundo e descanso e também facilitar o ciclo dia e noite, pois a luz constante, sem distinção do dia e noite, pode prejudicar a manifestação dos ritmos circadianos endógenos. É

importante que também existam períodos de claridade moderada para a maturação do desenvolvimento da retina. (PAIVA & SOUZA, 2006).

Recém-nascido de 0 a 30 dias de vida dormem em média 16 a 20 horas de sono por dia com ciclos de 1 a 4 horas de duração intercalados por períodos de vigília de 1 a 2 horas independente de ser noite ou dia. (MINDELL *et al.*, 2003).

O feto e o recém-nascido passam a maior parte do tempo dormindo dentro e fora do útero. O sono é considerado uma ação crucial do período neonatal semelhante à respiração e nutrição. Ele desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do cérebro. Hoje, é mostrado que o sono desempenha um papel predominante na regulação da temperatura corporal, economia de energia e desintoxicação neuronal. O sono é o estado comportamental mais importante dos neonatos, particularmente nos prematuros. O ruído, a luz, o tratamento invasivo e as atividades de cuidado estão entre os fatores perturbadores na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) que deixam impactos negativos no desenvolvimento do cérebro ao perturbar o processo do sono. (MAHMOODI *et al.*, 2015)

O crescimento é um processo complexo que sofre influência de vários hormônios e neurotransmissores, os quais modulam diversos eventos biológicos nos tecidos do corpo (cérebro, órgãos, sangue, músculos e ossos). Um dos principais protagonistas nesse processo é o hormônio de crescimento. Vários fatores como nutrição, estresse, mas também na capacidade dos tecidos de responder o seu estímulo. Na infância, pode-se dizer que o sono também desempenha um importante papel nessa modulação. Apesar do hormônio de crescimento ser produzido durante todo o dia, à noite sua produção se eleva durante o sono profundo (GUYTON & HAAL, 2002).

Sem o sono adequado, vários distúrbios podem ocorrer, como problemas de coordenação e concentração durante o dia (levando a piora do desempenho da ativação do crescimento dentro da internação), diminuição do gasto energético e velocidade do crescimento. (CARLSON NR, 2002).

Quanto à proteção do recém-nascido contra os estímulos ambientais, pode-se reduzir a luz do ambiente por certos períodos do dia, cobrindo-se a incubadora com uma manta, para promover o sono profundo e descanso e também facilitar o ciclo dia/noite, pois a luz constante, sem distinção do dia/noite, pode prejudicar a manifestação dos ritmos circadianos endógenos. É importante que também existam períodos de claridade moderada para a maturação do desenvolvimento da retina. A

equipe humanizada também deve se preocupar em eliminar ruídos desnecessários como tom de voz também na passagem de plantão junto ao leito do recém-nascido e neutralizar os ruídos advindos do calçado. O mesmo olhar deve-se ter em relação aos sons no ambiente como telefone, monitores, alarmes, manuseio e movimentos de equipamento, evitar apoiar objetos ou bater com os dedos sobre a superfície da incubadora e por fim, sinalizar o ambiente como área de silêncio. É fundamental que os profissionais de enfermagem, implantem ações para fortalecer as relações entre o recém-nascido a sua família. Para tal, a liberação de visitas dos pais, com livre acesso de horários e permanência materna na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, é uma estratégia recomendada, pois favorecem o apego e estabelecimento do vínculo familiar. Neste contexto, devido ao contato frequente com os bebês fica clara a importância do papel da enfermagem em avaliar criteriosamente o sono do RN e atuar como recurso protetor do seu desenvolvimento sadio (SANTOS et al, 2015)

Assim, o conhecimento pode não ser o único fator a garantir o controle do sono, barreiras para esse cuidado podem incluir conhecimento insuficiente sobre fatores de evidência, individual ou organizacional, que comprometem a capacidade do profissional de usar seu conhecimento. Considera-se que uma assistência de qualidade e humanizada e o tratamento adequado às necessidades do neonato sobre a temática fazem parte do processo de enfermagem e influenciam esse profissional de enfermagem nas tomadas de decisões por um plano de cuidados baseado em evidências científicas para manejar e valorizar o sono (TAMEZ & SILVA MJP, 2006).

O sono apresenta vários estágios neurológicos, os quais são subclassificados, conforme as suas qualidades distintas, em sono REM e sono REM 4. O sono não REM compreende os estágios de 1 a 4 do sono e vai desde o sono mais leve ao mais profundo, o sono REM (também conhecido como sono dessincronizado ou paradoxal) compreende o quinto e último estágio do sono. É assim denominado devido aos movimentos rápidos dos olhos (do inglês, *Rapid Eye Movement* "movimento rápido dos olhos"). Neste momento, a atividade cerebral não possibilita que a pessoa tenha consciência de seu ambiente externo, estando verdadeiramente adormecida.

Fase 1: É o sono leve, sendo o paciente facilmente acordado. O movimento dos olhos e os movimentos do corpo desaceleram. Assim experimentando o movimento espasmódico de pernas e outros músculos. Este sono inicial e tais

espasmos são os que causam as repentinas sensações de queda que acordam um indivíduo no susto.

Fase 2: Cerca de 50 por cento de seu tempo dormindo é gasto nesta etapa do sono. Neste período, o movimento dos olhos e suas ondas cerebrais páram.

Fase 3: É a primeira fase do sono profundo. As ondas cerebrais são uma combinação de ondas lentas com as ondas mais rápidas. Durante esse estágio, o paciente pode sentir-se fraco e desorientado por vários minutos antes de recobrar plena consciência de seus arredores e ações.

Fase 4: Segunda fase do sono profundo. Aqui, o cérebro trabalha quase que exclusivamente com as ondas deltas lentas. Também é muito difícil o despertar.

REM- Rapid Eye Movement: é o último estágio, completando o ciclo em uma noite de sono que é extremamente importante para garantir um equilíbrio físico, químico e mental para um indivíduo. Quando se entra na fase REM, sua respiração torna-se rápida, irregular e superficial. Noites mal dormidas podem resultar em irritabilidade. (PAIVA & SOUSA, 2004).

Durante o primeiro mês de vida o RN começa a se adaptar ao ritmo noite-dia. Até os três meses de vida, o sono REM está presente ao adormecer, após essa idade, o sono não REM será o primeiro a aparecer. Com o passar dos meses a criança vai adquirindo padrões de sono mais regulares, pré-termos apresentam períodos de sono tranquilo relativamente mais largos e maior frequência do estado de sono REM. É importante os profissionais da saúde que prestam cuidados ao neonatos ofereçam condições para que as funções biológicas e psicológicas do sono tenham um desenvolvimento adequado. O ruído é um dos perturbadores mais importantes do ritmo do sono e produz sérios efeitos na saúde mental. Além desses efeitos, a exposição do RN a altos níveis de ruídos podem causar distúrbios nos padrões de sono, irritabilidade, agitação e choro (GAÍVA et al, 2010)

Recomenda-se ainda poupar o neonato de manipulações excessivas evitar estresse. Os cuidados posturais também são de importância fundamental para o crescimento e desenvolvimento do neonato, pois contribuem para a diminuição do gasto e do estresse, além de facilitarem a modulação dos estados do sono. Independentemente da manipulação do recém-nascido, faz necessário mantê-lo em local aconchegante (PAIVA & SOUZA, 2006).

Para isso pode-se criar um apoio com rolos para que se sinta seguro, o que favorece um melhor posicionamento e desenvolvimento motor. As intervenções posturais podem ser executadas durante os procedimentos, alimentação e banho.

É fundamental que os profissionais de enfermagem, implantem ações para fortalecer as relações entre o recém-nascido a sua família. Para tal, a liberação de visitas dos pais, com livre acesso de horários e permanência materna na UTIN, é uma estratégia recomendada, pois favorecem o apego e estabelecimento do vínculo familiar. Medidas simples e essenciais devem ser prioridade em nossos estudos, uma vez que, cuidados delicados com mínimo manuseio, respeitando o momento de cada recém-nascido representam a humanização no ambiente da UTI neonatal (MARQUES et al, 2017).

Outro aspecto a ser considerado pela enfermagem diz respeito a participação dos pais no cuidado do seu filho, estimulando a adaptação do recém-nascido e reconhecendo os sinais por ele emitidos. Os procedimentos a serem realizados devem ser analisados quanto à necessidade e ser programados e distribuídos levando-se conta as peculiaridades do recém-nascido e a participação familiar. Neste contexto, devido ao contato frequente com os bebês fica claro a importância do papel da enfermagem em avaliar criteriosamente o sono do RN e atuar como recurso protetor do seu desenvolvimento sadio.

A análise da expressão facial fornece informações válidas, sensíveis e específicas a respeito da natureza e da intensidade da dor, permitindo uma comunicação eficaz entre o neonato e as pessoas envolvidas em seus cuidados. Quando se trata do fator conhecimento insuficiente, ainda encontramos profissionais que duvidam da capacidade do recém-nascido de sentir sono, ou avaliam o fenômeno álgico de maneira empírica, sem a presença de um registro da ação para que se possa direcionar o cuidado e a continuidade do mesmo (TAMEZ & SILVA MJP, 2006).

Dessa forma, de acordo com a nossa vivência por alguns anos na UTI neonatal, uma assistência de qualidade e humanizada, assim como o tratamento adequado às necessidades do neonato, são imprescindíveis para que os neonatos sejam beneficiados por um plano de cuidados baseado em evidências científicas, comprometimento e conhecimento suficiente para que se possa direcionar o cuidado e a continuidade do mesmo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no município de Praia Grande, Estado de São Paulo, sendo o local de coleta de dados na UTI Neonatal do Hospital Irmã Dulce.

A amostra que compôs o estudo foram dos indivíduos que estiveram de acordo com os critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão são: mãe ou responsável legal pelos recém-nascidos internados na UTI Neonatal do Hospital Irmã Dulce, no período da coleta, indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e indivíduos que aceitem participar do estudo. Os critérios de exclusão são: indivíduos que não preenchem os critérios de inclusão.

A vivência na área da saúde, bem como a experiência de ambas pesquisadoras no ambiente da Unidade de Terapia Intensivo Neonatal, despertou-lhes para uma análise crítica-reflexiva em relação ao modo como é avaliado o sono e repouso dos recém-nascidos e as consequências que implicam o déficit neste procedimento. Refletiu-se a forma em que o familiar entende e interage frente a tal método, de como é avaliado pelos mesmos a importância do recém-nascido ter o horário do soninho. Assim podendo contribuir para o desenvolvimento neuropsicomotor e diminuição do tempo de interação dos recém-nascidos.

Esta pesquisa identifica a importância dos cuidados com recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensivo Neonatal, uma vez que o sono contribui para seu desenvolvimento e diminui o tempo de internação, sabendo-se que é de suma importância que familiares tenham ciência de tal intervenção e colaborem para que tal intervenção aconteça.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento elaborado especialmente para o estudo.

Para início do levantamento de dados foi realizado contato com a instituição envolvida na pesquisa, a saber, o Hospital Irmã Dulce para apresentação do projeto e autorização para coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada pelos próprios pesquisadores na UTI neonatal. Os possíveis sujeitos do estudo foram abordados durante a internação do recém-

nascido, aos quais foram apresentado o projeto de pesquisa e realizado o convite para participação, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No local, as pesquisadoras se apresentaram e fizeram o convite à participação no estudo com apresentação dos objetivos, método, considerações éticas e esclarecimento de dúvidas e dos riscos mínimos como o desconforto dos participantes ao responder o questionário, pelo tempo que gastaria, ou sentir algum tipo de constrangimento pelo conteúdo em responder alguma questão específica do questionário. Em caso de aceitação o entrevistado foi convidado a assinar o TCLE.

A realização deste estudo respeitou os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP). Em consonância com esta Resolução, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo qual o participante foi informado do caráter científico do estudo, dos objetivos e método do estudo, bem como os riscos e benefícios de sua participação. Foi garantido o anonimato dos participantes, o sigilo das informações coletadas e garantido o desejo de interrupção do estudo a qualquer momento.

O estudo não ofereceu riscos nem benefícios diretos para a saúde do participante, porém a identificação dos dados obtidos possibilitou conhecer os fatores que colaborassem para a criação de ações de intervenção que visem a melhoria da qualidade de assistência de enfermagem.

O preenchimento do instrumento poderia causar cansaço ou algum desconforto, haja vista que serão aplicados em um único momento, porém foi dada a oportunidade ao pesquisado de interromper o preenchimento por alguns minutos sem prejuízo da coleta de dados ou, se preferir, agendar outro momento para a coleta.

Os dados obtidos foram transcritos com processo de dupla digitação no programa Microsoft Excel e após, foram transportados e analisados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, versão 16. Foi realizada análise estatística dos dados, por um estatístico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP.

Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 005$. Os dados foram discutidos de acordo com a literatura pertinente e apresentados por meio de Tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na caracterização sociodemográfica, descrita na Tabela 1, dos 12 familiares dos recém-nascidos internados na UTI neonatal que foram analisadas, todas as entrevistadas eram mães (100%), com idade entre 18 a 29 anos (58,4%). Prevaleceu o estado civil solteiro (75%) e o serviço doméstico do lar (66,7%). Identificou-se que estudaram até o ensino médio (58,3%), tinham até 3 filhos (66,7%). A maioria das mulheres (75,0%) mencionou não serem fumantes.

Tabela 1 - Características sócio demográficas da amostra. Praia Grande, 2017.

Características sócio demográficas	Total	
	n	%
Faixa etária		
18 a 29 anos	7	58,4
30 a 39 anos	4	33,3
40 anos ou mais	1	8,3
Nível de escolaridade da mãe		
Ensino médio	7	58,3
Ensino fundamental	5	41,7
Ocupação da mãe		
Do lar	8	66,7
Atividade remunerada – ativas	3	25,0
Atividade não remunerada – ativas	1	8,3
Estado civil		
Solteira	9	75,0
Casada	3	25,0
Quantidade de filhos		
0 a 3 filhos	8	66,7
4 a 6 filhos	3	25,0
Mais que 6 filhos	1	8,3
Hábitos da mãe		
Fumante	3	25,0
Não fumante	9	75,0
Etilista	2	16,7
Não etilista	19	83,3
Drogas ilícitas	0	0
Não usuária	11	99,0
Não identificado	1	1,0

Mulheres com menor nível de instrução, sem qualificação profissional possuem maiores taxas de fecundidade, indicando possibilidade para um ciclo de manutenção de pobreza. (AGUIAR, 2011).

As condições socioeconômicas repercutem direta ou indiretamente no desenvolvimento intrauterino do feto, no seu peso ao nascer e na duração da gravidez. (COSTA ET AL, 2014)

Estudos apontam que o fumo durante a gravidez pode prejudicar o desenvolvimento do feto diretamente, pois as substâncias ligadas ao fumo afetam a criança ainda no útero da mãe, enquanto que, indiretamente, algumas características genéticas ou comportamentais das mães que fumam durante a gravidez teriam impacto na criança (BRION *et al.*, 2010).

O consumo de bebidas alcoólicas pela gestante pode levar a abortamento, natimortalidade e à prematuridade, além de danos ao embrião e ao feto, atualmente classificados em desordens fetais alcoólicas (FASD – fetal alcohol spectrum disorders). Esses danos podem ser irreversíveis e incluem alterações físicas, mentais, comportamentais e/ou de aprendizado, problemas mentais, dificuldades escolares e no trabalho, comportamento sexual inapropriado e problemas com a justiça. (MESQUITA, 2010)

A grande maioria das entrevistadas (66.7%) não exercia qualquer tipo de atividade remunerada no momento da entrevista, sendo elas do lar. Também é possível perceber que as atividades remuneradas (25%) são compatíveis com o nível de escolaridade apresentado. Em comparação com a literatura, é interessante perceber também que, no momento em que a entrevista foi realizada, a maioria das mulheres já estavam separadas do pai do bebê e que, em muitos casos, não queria contato com a mãe e/ou com a criança. (SANTOS & MENANDRO, 2005)

Mães multíparas apresentavam índices de autoestima materna mais baixos, sentimento de insegurança relativamente à prestação de cuidados e maior ansiedade e sintomatologia depressiva, comparativamente com as mães primíparas. Ainda, as experiências prévias de prematuridade nas mães multíparas são apontadas como um fator que conduz a níveis de ansiedade e depressão mais elevados, a interação mãe/bebê poderá ficar comprometida, não só pelos constrangimentos que advém de

um parto prematuro, bem como pelo estado emocional em que a mãe, naquele momento, se encontra. (ALEXANDRE et al, 2016)

Quanto ao perfil obstétrico, descrito na Tabela 2, identificou-se que 75,0% das mulheres realizaram pré-natal na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), sendo que a maioria compareceu em até 6 consultas (50%). A maioria das mães (91,7%) não apresentou doença crônica associada a gestação, porém houve um predomínio da prevalência de complicações durante a gestação (75%).

Tabela 2 - Características do perfil obstétrico da amostra. Praia Grande, 2017.

Características obstétricas	Total	
	N	%
Realizaram pré-natal		
Sim	9	75,0
Não	3	25,0
Doença crônica associada a gestação		
Não	11	91,7
Sim	1	8,3
Consultas realizadas no pré-natal		
Até 6 consultas	6	50,0
De 7 a 12 consultas	3	25,0
Mais que 12 consultas	1	8,33
Nenhuma	2	16,7
Complicações durante a gestação		
Sim	9	75,0
Não	3	25,0

É preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma realidade em que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante o período gestacional, parto e pós-natal. Dentro do ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais (CPN) constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças. (Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez – 2012)

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) recomenda atenção indispensável à mulher grávida, instituído pelo Ministério da Saúde, no ano de 2000, constituindo uma das diretrizes para reorientar o modelo de assistência à

saúde da mulher nesse período. As instituições devem se adequar e os profissionais de saúde devem conduzir a assistência pré-natal visando o cuidado de qualidade e o atendimento aos direitos assegurados por lei. (OLIVEIRA et al, 2016)

O número de consultas pré-natal é um importante fator que pode representar o grau de cuidados da mãe com o seu filho. A Organização Mundial de Saúde recomenda que o número mínimo de consultas pré-natal realizadas pela gestante seja de oito durante a gravidez, tendo em vista melhoria da qualidade da atenção pré-natal, com o objetivo de reduzir complicações na gravidez e detecção oportuna de riscos além de proposições de medidas preventivas, sobretudo durante as consultas de enfermagem (WHO, 2016).

A assistência em unidade de terapia intensiva neonatal é uma das mais complexas do sistema de saúde, sendo inevitável o uso de tecnologias avançadas e especialmente a atuação de pessoal capacitado para tomar decisões rapidamente e adoção imediata de condutas. O cuidar em UTIN se fortalece como uma das áreas da Enfermagem em constante desenvolvimento, visando conciliar os avanços tecnológicos importantes para a sobrevivência do bebê, com abordagens que valorizam as inter-relações cotidianas. (OTAVIANO et al, 2015)

Há enfermidades na gravidez com repercussão danosa para a saúde do binômio materno-fetal. Entre elas sobressaem doenças hipertensivas, diabetes, processos infecciosos, afecções obstétricas, entre outras. A melhor forma de controlá-las é mediante detecção precoce e tratamento em uma assistência pré-natal adequada, dirigida para a gravidez de risco. Gestação de alto risco é qualquer gravidez que implica um maior risco definido ou desfavorável à saúde da mãe e do feto, incluindo distúrbios obstétricos, como complicação no trabalho de parto, além de doenças clínicas maternas e alterações fetais. (COSTA ET AL, 2014)

Na Tabela 3, observa-se que (100%) desconhece o método a hora do psiu e que não são informados quando realizado, (75%) das mães entendem que a luz, os ruídos e a manipulação constante compromete o sono do neonato.

Tabela 3 – Caracterização do conhecimento dos familiares quanto aos padrões do sono dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal. Praia Grande, 2017

	Total	
	N	%
O acompanhante conhece a “Hora do psiu”		
Não	12	100,0
O acompanhante reconhece a influência da “Hora do psiu” nos parâmetros dos sinais vitais do RN		
Sim	12	100,0
O acompanhante considera a luz, os ruídos e a manipulação constante um risco para comprometimento do desenvolvimento no sono do RN		
Sim	9	75,0
Não	3	25,0
Realizado esclarecimento sobre o método a “Hora do psiu”		
Não	12	100,0
Realizado informação pela equipe de enfermagem sobre o horário que é realizado a “Hora do psiu”.		
Não	12	100,0

É relevante esclarecer ao acompanhante o método Hora do psiu, sua importância durante a admissão, no decorrer da internação e explicar as mudanças observadas nos parâmetros vitais durante o sono sem interrupção. O método Hora do psiu deverá ser realizado em todos os plantões no período mínimo de 1 hora.

No decorrer da entrevista foi observada a importância dada pelas mães (91,7%) que notaram mudança comportamental durante o sono, e (100%) percebem a influência do método para a melhora e desenvolvimento do neonato.

Os dados encontrados em nosso estudo corroboram com a literatura, que nos mostra uma experiência da Hora do psiu instituída no Instituto da Criança, no Hospital das Clínicas da USP, em um relatório de atividades de 2010, onde os acompanhantes são orientados que, durante períodos do dia pré-estabelecidos, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatais ficam em silêncio, com diminuição da luminosidade e sem manipulação do bebê, a não ser que seja absolutamente necessário, para melhor repouso e reduzir o estresse. A taxa de satisfação do cliente em 2010 em 97,7% das crianças internadas, do total de 7074 internações, sendo 159 leitos de internação, tendo 43 (27,04%) leitos de leitos de terapia intensiva em neonatologia. (OLIVEIRA e col., 2010)

Ao identificar a importância dada pelas mães quanto a Hora do psiu, observa-se na Tabela 4 que a grande maioria (91,7%) das mães considera importante

padronizar este período. Todas as mães consideram que a Hora do psiu contribui para organizar o padrão do sono e tem grande importância para o desenvolvimento neurológico dos RNs, inclusive está colaborando para o bem-estar físico e emocional do RN (recém-nascido) internado.

Tabela 4 – Identificação da importância dada pelos familiares acompanhantes quanto ao método a “Hora do psiu” na amostra. Praia Grande, 2017.

	Total	
	N	%
Mãe considera importante padronizar a “Hora do psiu” na UTI neonatal		
Sim	11	91,7
Não	1	8,3
Mãe considera que a Hora do psiu contribui para organizar o padrão do sono e tem grande importância para o desenvolvimento neurológico dos RNs (recém-nascidos)		
Sim	12	100%
Mãe considera que a “Hora do psiu” está colaborando para o bem-estar físico e emocional do RN (recém-nascido) internado		
Sim	12	100%

Após esclarecimento do método, prevaleceu o interesse das mães em colaborar e interagir com a equipe de enfermagem (CARVALHAIS et al., 2015)

Um estudo sobre a implementação de práticas de sono seguro em uma unidade de terapia intensiva neonatal, de acordo com a AAP – Academia Americana de Pediatria ampliou recomendações de volta ao sono para incluir um ambiente de sono seguro, orientando os profissionais de saúde para organizar o padrão do sono e educar famílias, aumentando o número de bebês elegíveis em um ambiente de sono seguro. Foi criado um check list seguro de observação do sono. Os dados evidenciaram que 21% dos bebês estavam em um ambiente de sono seguro. Após a educação e observação relatada, a cobertura segura do sono aumentou para 88%. Deste modo, nossos achados podem ser correlacionados com a literatura, sobre a importância de padronizar a “Hora do psiu” na UTI neonatal, que contribui para organizar o padrão do sono e tem grande importância para o desenvolvimento neurológico dos RNs, assim como colaborando para o bem-estar físico e emocional do RN (recém-nascido) internado (VOOS et al.,2015).

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o objetivo de melhorar a atuação da enfermagem na assistência ao neonato, bem como ao familiar/mãe. No decorrer da entrevista foi observado que há um déficit de comunicação da equipe de enfermagem com o familiar quanto ao esclarecimento sobre o método “A hora do psiu” aplicado na unidade terapia intensiva neonatal, que visa o bem estar neuropsicomotor dos RN’s e a interação do familiar.

A operacionalização de cuidados de enfermagem no tocante a “Hora do psiu” e maior atenção na regularidade do ritmo vigília-sono de acordo com as demandas do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva neonatal, proporcionam novos conhecimentos da vida real sobre as opções de tratamento para os neonatos, direcionando o profissional de enfermagem para implementação de uma assistência adequada no que se refere ao sono, podendo evitar consequências danosas, reduzir o estresse, promover qualidade do sono, e ainda a possibilitar a redução no tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Sugere-se a implementação de programas educativos para os profissionais, elaboração e implementação de diretrizes, que possam abordar sobre a humanização e o vínculo mãe, criança e equipe de enfermagem, na busca por um cuidado individualizado e humanizado que minimize consequências e complicações decorrentes do manuseio na assistência e na observância da hora do psiu.

Dessa forma, nosso estudo pode contribuir com indicação de formas de cuidados de enfermagem ao recém-nascido internado na UTI neonatal que priorize o mínimo manuseio em detrimento de uma rotina estabelecida individualizada e humanizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOUZHR, C.; WARDLAW, T. **Antenatal Care in Developing Countries**: promises, achievements and missed opportunities-an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. Geneva: World Health Organization, 2003.

AGUIAR, Jaina Bezerra. **Fatores de risco para mortalidade neonatal, em hospital de referencia**. Monografia apresentada na Universidade estadual do Ceará para mestrado acadêmico em saúde pública. 85p. 2011.

- BERTOLAZZI, N.A. **Tradução, adaptação cultural e avaliação do sono**, 2008.
- BRION, M.; VICTORA, C.; MATIJASEVICH, A.; HORTA, B.; ANSEMI, L.; STEER, C.; MENEZES, A. M. B.; LAWLOR, D. A.; SMITH, G. D. **Maternal Smoking and Child Psychological Problems**: disentangling causal and noncausal effects. *Pediatrics*, p. 2009-2754, jun. 2010.
- CARLSON NR. **O sono e os ritmos biológicos**. *Fisiologia do comportamento*. 7ª ed. Barueri (SP): Manole; p. 270-303, 2002.
- CARVALHAIS et al. **Is There Sufficient Training of Health Care Staff on Noise Reduction in Neonatal Intensive Care Units?** a Pilot Study From Neonoise Project. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A*. Vol 78. Issue 13-14: Emerging Risks and Atrategies for Environment and Health Protection. 2015.
- COSTA, A.L.R.R; Junior, E.A; LIMA, J.W.O; COSTA, F.S. **Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal**. *Rev Bras Ginecol Obstet* ; 36(1):29-34. 2014.
- FERNANDEZ P.D; CRUZ N.J. **Efectos de ruído en ambiente hospitalario neonatal**. *Cienc Trab*, v. 8, n. 20, p. 65-73, 2006.
- GAÍVA, M.A.M; MARQUESI, M.C; ROSA, M.K.O. **O Sono do recém-nascido Internado em Unidade de Terapia Intensiva**: Cuidados de Enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, Cuiabá, v. 9, n. 3, p. 602-609, 2010.
- GUYTON A.C, HALL J.E. **Estados da atividade cerebral**: sono, ondas cerebrais, epilepsia, psicoses. *Tratado de fisiologia médica*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara
- MAHMOODI, N. et al. **Nurses' Awareness of Preterm Neonates' Sleep in the NICU**. *Global Journal of Health Science*, v. 8, n. 6, p. 226-233, 2016.
- MARQUES, Lucilia Feliciano; Ribeiro, Renata Vitalino; Rocha, Cristiane Rodrigues da; Carreiro, Monica de Almeida; Santiago, Luiz Carlos. **Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização**. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online); 9(4): 927-931, out.-dez. 2017.
- MESQUITA, M.D.A. Efeitos do álcool no recém-nascido. *Einstein*. 8(3 Pt 1):36875. 2010.
- MINDELL J. A; OWENS J. **A Clinical Guide to Pediatric Sleep**. Editora Lippincott, 2010
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual técnico Gestação de alto risco, 5ª edição – 2010 . Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
- OLIVEIRA P, e col. **Relatório de Atividades 2010**. Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da USP. São Paulo, 2010.

OLIVEIRA RR; Santos SSC; Melo EC; et al. **Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem.** Rev Fund Care Online. 2016

OMS. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.**

OTAVIANO, F.P; DUARTE, I.P; SOARES, N.S. **Assistencia da enfermagem ao neonato prematuro em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN)** Rev. Saúde em foco, Teresina, v. 2, n. 1, art. 5, p. 60-79, jan./jul. 2015

PAIVA M.B, Sousa CAC, Soares E. **Uma viagem pelo sono da criança internada em unidade de terapia intensiva.** Rev Enf UERJ, v.12, n. 3, p. 321-7, 2004.

SALGADO, A.P.A; ADIRSON, D.M; CAVA, A.M; CAMACHO, K.G. **O Sono do Recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 644-9, 2011.

SANTOS BR, ORSI, CALADO KCS, BALIEIRO MMFG, SATO MH, KAKEHASHI TY, PINHEIRO, EM. **Efeito do "horário do soninho" para redução de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal.** .Esc. Anna Nery Rev. Enferm; 19(1): 102-106, Jan-Mar/2015.

SANTOS, S.M; MENANDRO, P.R.M. **Relatos de mães com bebês internados em UTI neonatal sobre relações familiares e conjugais.** Rev. bras. crescimento desenvolv. 2015.

SILVA. S.Q; MANDETTA. M.A; BALIEIRO. M. M. F. G. **O típico do cuidado de enfermagem ao prematuro em relação ao sono e a vigília.** Rev. Eletr. Enf. abr./jun.;17(2):205-11. 2015

TAMEZ R.N; SILVA M.J.P. **Impacto do ambiente da UTI neonatal no desenvolvimento neuromotor.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco, p. 147-154, 2006.

VILLAR, J.; BERGSJO, P. **WHO Antenatal Care Randomized Trial: manual for the implementation of the new model.** Geneva: World Health Organization, 2002.

VOOS KC, TERREROS A, MARIMORE P, LEICK-RUDE MK, PARK N. **Implementing safe sleep practices in a neonatal intensive care unit.** J Matern Fetal Neonatal Med. 28(14): 1637-40, 2015.

WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization. World Health Organization . 2016.