

**ARTIGO ORIGINAL****Os benefícios da rede de balanço em incubadoras utilizadas em recém-nascidos na UTI neonatal: uma estratégia de humanização****The swing balance benefits in incubators with newborns on neonatal ICU: the humanization strategy**

Lígia Herrera Lino¹ Patricia Granja Coelho² Fernando Luiz Affonso Fonseca³ Rosangela Filipini⁴

RESUMO

As redes de balanço dentro de incubadoras é um novo método que visa melhorar a qualidade da recuperação do recém-nascido caracterizando-se como um atendimento humanizado dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O presente estudo objetivou avaliar o estado clínico de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que utilizaram a rede de balanço dentro da incubadora. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com coleta de dados primários mediante um questionário semi-estruturado e escala de nível de estresse para avaliar os recém-nascidos. O processamento e análise dos dados foram realizados por meio do software Epi Info 6.0, com nível de significância em 5%. A idade gestacional média foi de 36 semanas e a média de peso 2.403g, 58,3% dos recém-nascidos eram do sexo feminino. O ganho ponderal dos bebês com menos dias de vida foi menor e aqueles com mais dias de vida ganharam peso, estatisticamente significativa ($p = 0,043$). Não houve diferenças na Frequência Cardíaca e Saturação de O₂ com ou sem uso da rede de balanço. A média do escore de estresse foi melhor com o uso da rede de balanço. Esta prática de humanização no cuidado com o recém-nascido pode favorecer a redução do estresse no bebê em Unidade de Terapia Intensiva, além do mais, o período de adaptação fisiológica e a manutenção dos sinais vitais do recém-nascido não são prejudicados pelo uso de rede de balanço em incubadora. Assim, recomenda-se que o uso da rede de balanço seja utilizado nas Unidade de Terapia Intensiva Neonatal como estratégia de humanização, em razão de seus benefícios e por não prejudicar a situação clínica do recém-nascido.

Palavras-chave: Recém-Nascidos. cuidado da criança. UTI Neonatal. Humanização.

¹ Enfermeira, Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal – Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.

² Bióloga, Mestre em Ciências da Saúde, Professora nos cursos de Saúde e Bem- Estar do SENAC São Paulo.

³ Farmacêutico Bioquímico, Pós Doutorado, Coordenador do Curso de Gestão em Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André. Professor Adjunto do Instituto de Ciências Ambientais, Químicas e Farmacêuticas – Universidade Federal de São Paulo, Diadema, SP.

⁴ Enfermeira, Doutora, Coordenadora: Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.

ABSTRACT

The balance of networks within incubators is a new method aimed at improving the quality of the newborn recovery characterized as a humanized care in a Neonatal Intensive Care Unit. This study aimed to evaluate the clinical status of newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit who used to balance network inside the incubator. This is an exploratory, descriptive study, with primary data collection through a semi-structured questionnaire and stress level scale to evaluate the neonates. The processing and analysis were performed using Epi Info 6.0, with a significance level of 5%. The mean gestational age was 36 weeks and the average weight of 2.403g, 58.3% of newborns were female. The weight gain of infants under days of life was lower and those with more days of life gained weight, statistically significant ($p = 0.043$). There were no differences in heart rate and O₂ saturation with or without use of the balance network. The average stress score was better with the use of balance network. This humanization practice in caring for the newborn can further reduce stress on the baby in intensive care unit, moreover, the period of physiological adaptation and to maintain the vital signs of the newborn are not harmed by the use of balance network incubator. It is therefore recommended that the use of the balance network be used in the Neonatal Intensive Care Unit as humanization strategy, due to its benefits and not to hamper the clinical condition of the newborn.

Key Words: Newborns. child care. ICU neonatal. Humanization.

INTRODUÇÃO

Prematuridade é uma condição definida para os bebês com menos de 37 semanas, um segundo critério utilizado, é o baixo peso ao nascer (BPN) inferior a 2.500g que independe da idade gestacional¹. A prematuridade pode acontecer em condições adversas, e constitui o fator de risco que mais influência a sobrevivência infantil²⁻³.

É de conhecimento que o uso das tecnologias avançadas de terapia intensiva como incubadoras, berços de calor radiante, equipamentos para assistência ventilatória, alimentação parenteral e antibióticos de última geração, contribuíram com significativos avanços na área neonatal, permitindo maior sobrevida de recém-nascidos pré-termo⁴.

Entretanto, estes benefícios podem promover efeitos secundários por vezes negativos. Logo após o nascimento, o recém-nascido (RN) prematuro já é hospitalizado em uma UTI Neonatal e exposto a estímulos desagradáveis como o estresse e a dor, além de ruídos e a luz intensa⁵.

Ocorre neste momento, uma mudança brusca para o RN, muitos autores afirmam, que a separação com os pais poderá afetar tanto o desenvolvimento físico e psíquico do RN quanto dos pais, devido aos sentimentos angustiantes e estressantes, afetando toda aquela relação iniciada durante a gestação⁶⁻⁷.

O estresse provocado ao recém-nascido (RN) prematuro em decorrência destes eventos pode acarretar em alterações como

desorganização fisiológica, comportamental, exaustão e o gasto de reserva energética, que deveria ser poupado para o seu crescimento, desenvolvimento e ganho de peso⁸⁻⁹.

Dessa forma, a humanização dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tem sido um processo importante para a melhoria da qualidade no atendimento ao prematuro¹⁰.

Estratégias comportamentais de contenção, posicionamento e de estimulação sensorial não dolorosa passaram a ser utilizado no processo de trabalho, visando o desenvolvimento integral da criança, na perspectiva de humanização, a exemplo o Projeto Mãe-Canguru^{8;11-12}.

As vantagens desse método são aumentar o vínculo mãe-filho (contato íntimo), evitar longos períodos sem estimulação sensorial, proporcionar melhor controle térmico, ritmo cardíaco e respiratório, receber e conservar mais calor, melhorar o relacionamento da família com a equipe de saúde, estimular o aleitamento materno protegendo-o contra infecções e diminuído a permanência hospitalar^{8;13}.

Um outro método que vem sendo utilizado com sucesso em muitas instituições hospitalares, consiste no uso de uma rede de balanço dentro de incubadoras, como

resultado, o RN tem demonstrado redução da irritabilidade, menor perda de calor e gasto de energia, proporcionando ganho de peso. Além disto, nesta técnica observou-se relaxamento do recém-nascido prematuro, com melhora nas respostas comportamentais, pois o aconchego mediante a postura uterina (membros em flexão) favorece estas respostas positivas. Além de proporcionar estimulação sensorial adequada (estímulo visual, auditivo e tátil) por meio do balanço, conforto, melhora na frequência cardíaca e saturação de oxigênio contribuindo para o desenvolvimento neuropsicomotor do RN prematuro¹⁴⁻¹⁵.

Uma vez que o número de RN de baixo peso e prematuro tem se tornado um problema de saúde pública, este estudo tem como objetivo avaliar o estado clínico de RNs internados em UTI que utilizam a rede de balanço dentro da incubadora como uma prática de humanização na assistência de enfermagem.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com coleta de dados primários mediante um questionário semiestruturado e escala de nível de estresse para avaliar o RN antes e após o uso de rede de balanço.

A população deste estudo foi constituída por uma amostra não probalística de 12 recém-nascidos, de ambos os sexos, que estavam hospitalizados na UTI Neonatal de um Hospital Público do Município de Mauá – São Paulo.

Os critérios de exclusão foram: bebês

RESULTADOS

Foram acompanhados 12 recém-nascidos, sendo 7 (58,3%) do sexo feminino e 5 (41,7%) masculino, hospitalizados em UTI Neonatal de um Hospital Público do Município de Mauá – São Paulo.

O parto cesária foi a maioria entre os Rns 7 (58,3%) e 5 (41,7%) parto normal, destes, 5 (41,7%) tiveram intercorrências durante o parto como o descolamento prematuro de placenta (2-6,7%), os demais, outros tipos de intercorrências, como a DHEG, Síndrome Hellp e dificuldade na remoção do RN.

Verificou-se que 9 (75%) das mães tinham o primeiro grau completo e 6 (50%)

com mal formação congênita, distúrbios neurológicos, cardiopatias congênitas cianóticas (Tetralogia de Fallot, Atresia Tricúspide, Transposição dos grandes vasos e Síndrome do coração esquerdo hipoplásico entre outras) e que estavam entubados em ventilação mecânica.

O processamento e análise dos dados foram realizados por meio do software Epi Info 6.0, com nível de significância em 5%.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

das mães realizaram mais de 6 consultas de pré-natal.

Quanto ao peso ao nascer (Figura 1), observou-se uma variação de 1.200g a 3.470g, com uma média de 2.403g. Do grupo observado, 58,3% nasceram de baixo peso (<2.500g). A idade gestacional, pode verificar o nascimento de bebês prematuros, mínimo de 30 semanas, com um desvio padrão de 2,9.

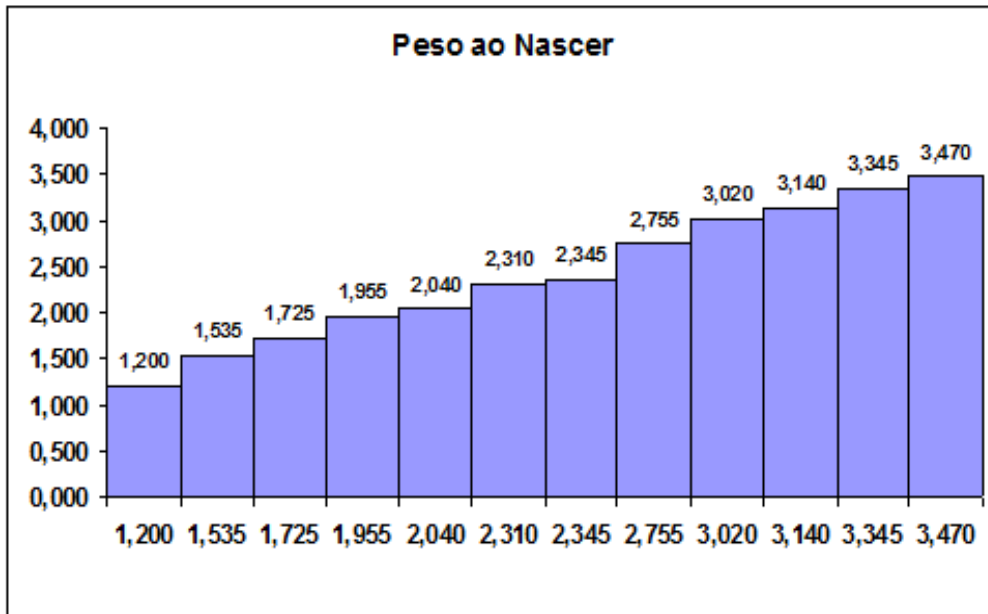


Figura 1. Distribuição do peso ao nascer dos recém-nascidos.

Outra variável utilizada para avaliação das condições do nascimento foi o escore de Apgar. Através da figura 2 observa-se uma

evolução nas notas do Apgar de 1º para o 5º minuto, tanto nas médias (6,9 e 8,3) como nas medidas de dispersão.

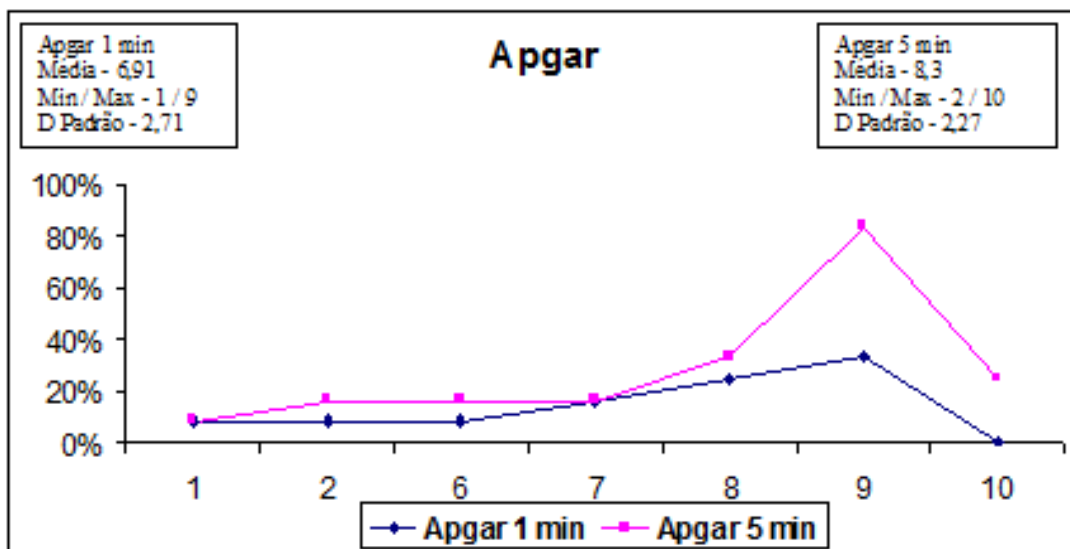


Figura 2. Distribuição do apgar ao nascimento de 1 min e 5 min.

Calculando-se o ganho ponderal durante

o período de uso da rede observaram-se

(Tabela1) grandes diferenças entre os bebês do estudo, sendo que alguns ganharam e outros perderam peso. Realizou-se uma análise univariada entre este ganho e diferença de média de idade do bebê; pode-

se observar que bebês com menos dias de vida perderam peso e aqueles com mais dias de vida ganharam, estatisticamente significante ($p = 0,043$).

Tabela 1. Relação entre diferenças de médias de idade segundo idade atual dos Rns e ganho ponderal durante o período da rede de balanço.

		Idade		Atual		Valor p
		N*(%)	Média	Min / Máx	Dpadrão	
Ganho	- 39g - 6g	6 (54,5)	2	0 / 5	2	0,043**
Ponderal	5g 30g	5 (45,5)	17,5	1 / 39	13,8	

(8) * Excluído RN com idade atual 40 dias e perda ponderal (- 15g), em estado grave.

** Variância não homogênea, uso do teste Kruskal-Wallis.

Importante ressaltar a exclusão do bebê que se diferenciou do perfil do grupo, pois foi o bebê com mais dias de vida e perdeu peso dado a sua situação grave de saúde; por ocasião da coleta de dados ele se encontrava com trombo cardíaco no átrio D, sepse, anemia e durante seu nascimento

A tabela 2 representa as variáveis observadas por ocasião do uso da rede na incubadora, em momentos do bebê usando a rede e em outra situação sem a rede, a análise utilizada foi a medida de tendência central e de dispersão. Não foi observada associação estatística significante, embora possa observar as médias do escore de

estresse melhores no período que o bebê utilizou a rede na incubadora.

O mesmo não se observa quanto à saturação de O₂, na qual a variabilidade da saturação não corresponde ao uso ou não de rede. Além de se observar que o valor de saturação de O₂ sempre esteve bom em ambas as situações. O mesmo ocorreu para a frequência cardíaca.

Importante ressaltar que a frequência de uso na rede foi diminuindo no decorrer dos dias, sendo que todos fizeram uso no primeiro dia, no quarto dia foram 7 bebês e apenas 1 no sétimo dia (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização do Escore de Stress com e sem a rede de balanço durante o período de uma semana.

Escore de Stress										
Dia	N	Com Rede				Sem Rede				
		Média	Min	Max	D Padrão	N	Média	Min	Max	D Padrão
1	12	9,4	7	11	1,1	12	7,5	3	10	2,0
2	9	9,3	8	11	1,0	9	7,9	7	9	0,8
3	8	9,4	8	10	0,7	8	9,3	7	10	0,9
4	7	9,7	9	11	0,8	7	8,9	8	10	0,9
5	5	9,2	8	10	0,8	5	8,4	7	10	1,1
6	2	9,5	9	10	0,7	2	8,5	8	9	0,7
7	1	10,0	10	10	0,0	1	9,0	9	9	0,0
Saturação de O ₂										
1	12	97,0	88	99	3,0	12	97,3	95	99	1,1
2	9	95,9	84	99	4,9	9	96,4	90	98	2,5
3	8	95,9	83	99	5,2	8	96,4	93	98	1,8
4	7	97,7	96	99	1,0	7	97,0	96	99	1,0
5	5	97,8	97	99	0,8	5	97,2	96	99	1,1
6	2	98,0	98	98	0,0	2	96,0	95	97	1,4
7	1	98,0	98	98	0,0	1	96,0	96	96	0,0
Frequencia Cardíaca										
1	12	134,5	113	154	13,3	12	142,1	120	170	15,6
2	9	145,1	118	173	18,4	9	134,9	107	160	19,8
3	8	145,3	125	162	12,9	8	153,1	132	180	14,6
4	7	134,0	120	160	13,1	7	142,4	125	155	12,6
5	5	142,6	130	155	10,3	5	147,8	130	160	12,5
6	2	158,0	158	158	0,0	2	186,0	162	210	33,9
7	1	160,0	160	160	0,0	1	158,0	158	158	0,0

Valor $p > 0,05$, não significante estatisticamente.

O tempo de uso de rede foi outra variável analisada e podem-se verificar médias de

tempo semelhantes em todos os dias, com desvios padrão baixos (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do Tempo de Rede que os Rns permaneceram cada dia durante o período de uma semana.

Tempo de Rede					
Dia	N	Média	Min	Max	D Padrão
1	12	101,7	80	120	16,96
2	9	85,6	40	120	26,5
3	8	91,25	80	100	8,34
4	7	90	80	100	8,16
5	5	86	80	90	5,47
6	2	95	90	100	7,07
7	1	90	90	90	0

A Figura 3 mostra o RN fazendo uso da rede de balanço dentro da incubadora.



Figura 3: RN na rede de balanço com membros em flexão e sensação de relaxamento.

DISCUSSÃO

Os bebês deste estudo, incluídos neste panorama e utilizando a rede de balanço tiveram a oportunidade de experimentar uma

estratégia de cuidado “humanizado”. E a escolha deste método, descrito detalhadamente na metodologia, foi cuidadosa, pois desde o tipo de tecido a se

utilizar, sua limpeza e desinfecção, até as questões anatômicas e de postura do Rn

Nesse estudo pode-se notar que grande parte da amostra eram mães adolescentes. É de consenso que a gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, como baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclampsia, prematuridade e baixo peso ao nascer. Autores afirmam que as intercorrências se potencializam quando associadas a condições socioeconômicas e geográficas, bem como a fragilidade da estrutura familiar e dificuldade de acesso aos serviços assistenciais ^{16;17}.

Esta última afirmação remete ao grupo estudado, que além de mães adolescentes, têm baixa escolaridade, na qual a grande maioria possui até o ensino fundamental. Evidencia-se a associação entre a escolaridade ruim e baixo padrão socioeconômico, fatores estes que podem predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o RN. Além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência, dificultar o exercício de direitos e de cidadania. Quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados

enquanto estava na rede de balanço foram consideradas.

especiais durante a gestação, levando ao início tardio e ausência ao pré-natal, alimentação inadequada, e hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez ¹⁷.

Observou-se no grupo estudado um predomínio de bebês do sexo feminino e apesar desta questão não ter sido explorada, curiosamente identificaram-se estudos realizados na Holanda que demonstraram associação entre RN do sexo masculino com aumento do risco de sofrimento fetal, enquanto foi observado efeito protetor no sexo feminino ^{17;18}.

As variáveis que tratavam sobre as condições do nascimento evidenciaram que os bebês do estudo eram de risco. A maioria nasceu de baixo peso ao nascer e prematuros; um dado que demonstrou bom resultado foi o Apgar 1º e 5º minutos, pois se verificou uma média maior no 5º minuto, indicando uma recuperação rápida quanto às condições vitais dos bebês e favorecendo um bom prognóstico.

Tendo como objeto deste estudo a adoção de uma estratégia de cuidado humanizado a bebês em situação crítica, a pesquisa evidenciou que os sujeitos estudados tinham tal necessidade. Pois, conforme comentado quanto às suas condições de nascimento e

saúde, as situações de risco na unidade de terapia intensiva se acentuam caso não sejam monitoradas adequadamente. Situações diversas, como o manuseio, procedimentos dolorosos, barulho, luz fazem com que o neonato sofra a interrupção, por exemplo, de seus ciclos de sono, contribuindo para o surgimento do estresse¹⁹.

Além disto, um recém-nascido pode adquirir uma infecção da mãe antes ou durante o nascimento. Após o nascimento, a fonte de infecção de um RN é frequentemente a UTI neonatal ou berçário do hospital. Os RN prematuros são especialmente vulneráveis às bactérias nocivas, pois o seu sistema imune ainda não está maduro. Inclusive, os RN que estão em UTI neonatal são submetidos a mais tratamentos e procedimentos que os normais e, conseqüentemente, apresentam um maior risco de infecção²⁰.

Igualmente, o ambiente da UTI se torna excessivamente estimulante ao se considerar que, para sobreviver fora do útero, o neonato precisa atravessar com sucesso o período de transição no qual sofre uma grande demanda de adaptação orgânica²¹.

Durante o período de uso, no comportamento do RN notaram-se expressão de calma e tranquilidade, posição que denotava sensação de relaxamento, alguns

“chuparam os dedos”, cruzavam as mãos na altura do tórax ou levavam as mãos nas orelhas. Verificou-se também que quase todos os RNs colocavam uma perna para fora da rede, ficando “pendurada”, o que favorece a melhora do tônus e postura.

Observou-se que com o uso das redes, contribuiu em tempo hábil com o desenvolvimento dos prematuros, como também, tornou melhor a qualidade de vida destes bebês durante sua hospitalização.

As utilizações de parâmetros fisiológicos e da avaliação do stress complementaram as observações sobre o comportamento e situação da saúde dos bebês. Verificou-se que a saturação de oxigênio e frequência cardíaca não sofreram alterações durante o uso da rede de balanço. E, sabe-se que os Rns que são submetidos a manipulações têm estresse e sofrem alterações fisiológicas como a redução da saturação de oxigênio, aumento da frequência cardíaca e alteração da coloração da pele²².

Notou-se ainda que, por meio da escala de estresse, durante o período da rede de balanço os RNs tiveram pontuações maiores, significando que pela escala esta pontuação representa menos estresse do RN nesta ocasião.

Talvez o aconchego da rede exerça um papel de “simulador” do útero materno, pois

a posição do bebê na rede o mantém com os membros em flexão, similar à posição fetal.

Novos estudos são necessários para uma melhor compreensão sobre os benefícios com o uso da rede de balanço em incubadoras utilizadas em recém-nascidos na UTI neonatal.

No entanto, este cuidado adotado, remete a uma prática de humanização, hoje amplamente discutida e elemento essencial

CONCLUSÕES

O período de adaptação fisiológica e a manutenção dos sinais vitais (situação clínica) do RN em UTI não foram prejudicados pelo uso de rede de balanço em incubadora.

Esta prática de humanização no cuidado

REFERÊNCIAS

1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde. [livro online]; 2004. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_c_ompro_crianca.pdf. Acesso em: 14 nov. 2014.

na assistência de enfermagem. A humanização dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um processo importante para a melhoria da qualidade no atendimento ao prematuro. Estão aliadas à segurança técnica da atuação profissional, condições hospitalares adequadas e o toque suave dos profissionais da saúde durante todos os procedimentos de cuidados prestados.

com o RN pode favorecer a redução do estresse no bebê em UTI.

Recomenda-se que o uso da rede de balanço seja utilizado nas UTI Neonatal como estratégia de humanização, em razão de seus benefícios e por não prejudicar a situação clínica do RN

2- Motta MEFA, Silva GAP, Araújo OC, Lira PI, Lima MC. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? *J Pediatr*. 2005;81(5):377-82.

3- Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em unidade neonatal: a vivência materna. *Escola Anna Nery Rev Enferm* [periódico online]. 2008 ;12(1):19-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a03.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

4- Costa R. Reflexões da equipe de saúde

- sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora [Dissertação de Mestrado online]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/102720/2/25984.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 dez. 2014.
- 5- Santos LM, Oliveira IL, RCB Santana, VM Oliveira, ESO Goes. Vivências de mães de recém-nascidos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2013; 13(2):73-81.
- 6- Amadeu VTR, Hartmann JB. O binômio mãe-bebe na UTI Neonatal: a mãe que eu tenho e a mãe que eu preciso. *Iniciação Científica CESUMAR.* 2005;7(1):25-40.
- 7- Cunha L. A Mãe o Recém Nascido de Muito Baixo Peso a Interação: Uma nova perspectiva para os Cuidadores da Unidade de Tratamento Intensivo. Aragão ROO. In: *Bebê, o corpo e a linguagem.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. 122-31.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.* 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde [livro online]. 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf. Acesso em: 10 dez.2014.
- 9- Franck LS, Lawhon G. Environmental and behavioral strategies to prevent and manage neonatal pain. *Semin in Perinatol.* 1998;22(5):434-43.
- 10- Oliveira BRG, Lopes TA, Vieira CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. *Texto & Contexto Enferm, Florianópolis.* 2006;15(Esp):105-13.
- 11- Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Henning MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005;10:659-68.
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Norma de orientação para implantação do projeto canguru. L. Pub. n. 693 de 5 jul. Brasília [norma online]. 2000. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em: 21 nov. 2014.
- 13- Ferreira L, Vieira CS. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. *Acta Scientiarum. Health Sci Maringá.* 2003;25(1):41-50.
- 14- No balanço da rede. Rede Humaniza SUS. Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS [publicação online]. 2011 mar. Disponível em <http://www.redehumanizasus.net/11713-no-balanco-da-rede>. Acesso em: 24 nov. 2014.
- 15- Ziade S, Toledo M, Rebelo C. No embalo da rede. *Rev eletrônica Minas Saúde.* [periódico na internet]. 2009; 2(2):20-23. Disponível em <http://canalminassaude.com.br/workspace/uploads/publicacoes/revista-minas-saude-2009-4ed65ffe696f2.pdf>

- 16- Goldenberg GP, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, MG, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1077-85.
- 17- Ramos, HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(2):297-304.
- 18- Cunha AL, Fernandes DS, Melo PF, Guedes MH. Fatores associados à asfixia perinatal. *Rev Bras Ginecol*. 2004;26(10):799-805.
- 19- Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situações de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto *Rev Latino-Am Enferm*. 2001; 11(5):539-43.
- 20- Silva ND, Vieira MRM. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. *Arq Ciênc Saúde*. 2008;15(3):110-6.
- 21- Rodarte MDO, Scochi CGS, Leite AM, Fujinaga CI, Zamberlan NE, Castral TC. O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Latino - Am Enferm*. 2005;13(1):79-85.
- 22- Lima FET, Magalhães FJ, Rolim KMC, Cardoso MVLML, Sherlocks MSM. Comportamento desorganizado do bebê: Sistematização da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: *Anais do 10. Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem [evento online]*. 2008 Trabalho 4. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/10sinaden/anais/files/0004.pdf>

Correspondência:
Patricia Granja Coelho
Email: granjacoelho@ig.com.br

Recebido em: 13/03/2014
Aceito em 27/08/2014