



CENTRO UNIVERSITÁRIO “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

ANDREIA DAS DORES CAMILO
CAROLINE CRISTINA SILVA

**PREMATURIDADE COM ÊNFASE NO SEXO MASCULINO/AÇÕES DE
ENFERMAGEM FRENTE AO DESCONFORTO E A DOR DO RECÉM-
NASCIDO PREMATURO**

SÃO JOÃO DEL REI
2017

ANDREIA DAS DORES CAMILO
CAROLINE CRISTINA SILVA

**PREMATURIDADE COM ÊNFASE NO SEXO MASCULINO/AÇÕES DE
ENFERMAGEM FRENTE AO DESCONFORTO E A DOR DO RECÉM-
NASCIDO PREMATURO**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL REI

2017

PREMATURIDADE COM ÊNFASE NO SEXO MASCULINO/AÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE AO DESCONFORTO E A DOR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Camilo AD¹

Silva CC²

¹Andreia das Dores Camilo, discente do curso de Enfermagem UNIPTAN – Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves.

²Caroline Cristina Silva, discente do curso de Enfermagem UNIPTAN – Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves.

RESUMO

Objetivo: Compreender a associação entre a prematuridade e o gênero masculino, abordando as ações de enfermagem não farmacológicas, frente ao desconforto e a dor em recém-nascidos prematuros. **Metodologia:** Estudo realizado por meio de revisão bibliográfica e levantamento acerca do tema “Prematuridade com ênfase no sexo masculino/ações de enfermagem frente ao desconforto e a dor do recém-nascido prematuro”. O presente trabalho abrangeu publicações entre os anos de 2009 a 2016, procedeu através de bancos eletrônicos, como: EBSCOhost e Scielo. **Resultados:** Ficou evidente que o recém-nascido do sexo masculino apresenta mais complicações e morbidades em relação ao sexo feminino, e a não identificação da dor nos neonatos pelos profissionais de saúde podem trazer sequelas comprometendo a qualidade de vida deles. **Conclusão:** Constatou-se que a enfermagem deve garantir a prevenção da dor neonatal, assim como identificá-la precocemente, avaliá-la adequadamente, tratá-la utilizando-se de meios não farmacológicos e monitorizar os resultados, prestando uma assistência de qualidade e humanizada.

Palavras- chave: Recém-Nascido Prematuro; Neonatologia e Dor.

INTRODUÇÃO

O termo prematuridade é definido como o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação, sendo considerado de risco quando tem menos de 33 semanas de idade gestacional (IG). Logo, pode ser classificado em: Prematuridade Moderada - 32 semanas a 36 semanas de idade gestacional; Prematuridade Acentuada - 28 semanas a 31 semanas de idade gestacional e Prematuridade Extrema - inferior a 28 semanas de idade gestacional. Além disso, nota-se que os recém-nascidos prematuros podem ser classificados em relação ao peso, descritos como: Prematuro de baixo peso - menor que 2.500g;

Prematuro de muito baixo peso e/ou de extremo baixo peso - menor que 1.000g, e Prematuro com peso adequado - acima de 2.500g (1,2,3,4).

Mediante isso, evidencia-se que os bebês nascidos prematuros estão mais susceptíveis aos agravos futuros advindos da própria condição da prematuridade, em consequência da pouca maturidade dos órgãos e danos provocados pelo baixo peso ao nascer, associado com a prematuridade (2).

Entretanto, além da idade gestacional, o prematuro apresenta características físicas específicas tais como: cabeça grande, pescoço e membros curtos em relação ao tronco, olhos proeminentes e a língua protusa. O tórax é pequeno em relação ao abdômen, os ossos e os músculos da caixa torácica são debilitados, dificultando a adaptação respiratória. A pele é enrugada, fina, translúcida e de cor vermelho-escura. O tecido adiposo subcutâneo é diminuído. E quanto menor a idade gestacional, maior a quantidade de lanugem (pelos que cobrem o corpo) presentes no neonato (5).

É visto que, o gênero masculino possui uma maturação pulmonar lenta durante o desenvolvimento fetal. Diante desse contexto, a prematuridade nesses poderá causar danos e maiores complicações, dificultando assim a adaptação respiratória extrauterina, o que aumenta a chance do uso de ventilação mecânica. Nesse sentido, sugere-se um olhar mais cauteloso a esse gênero, devido à fragilidade desde a vida intrauterina, estendendo-se para o período pós-natal (6).

Diante das diversas complicações apresentadas no recém-nascido (RN) prematuro, a enfermagem tem um importante papel no processo do cuidado, sendo um deles a avaliação da dor. Isso pode ser feito mediante observação da intensidade, do local, da duração, da frequência do choro, da expressão facial e dos abalos, uma vez que esses não apresentam respostas verbais. Portanto é necessário utilizar meios que auxiliem na decodificação, prevenção e alívio da dor (7).

A metodologia foi realizada por meio de revisão bibliográfica e levantamento acerca do tema “Prematuridade com ênfase no sexo masculino/ações de enfermagem frente ao desconforto e a dor do recém-nascido prematuro”. O presente trabalho abrangeu publicações entre os anos de 2009 a 2016 e foram analisados trinta e um artigos, o que se procedeu através de bancos eletrônicos, como: EBSCOhost e Scielo. Já para a coleta de

dados foram utilizados os seguintes descritores em saúde: Recém-Nascido Prematuro; Neonatologia e Dor.

O interesse pela pesquisa originou-se pela curiosidade das pesquisadoras em relação à dificuldade de adaptação extrauterina e complicações apresentadas ao gênero masculino prematuro, analisando as ações de enfermagem frente à dor dos prematuros que é de grande importância para alcançar um resultado terapêutico e humanizado nas UTINS.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo compreender a associação entre a prematuridade e o gênero masculino, abordando as ações de enfermagem não farmacológicas, frente ao desconforto e a dor em recém-nascidos prematuros. Assim, prevenindo complicações advindas da dor, provenientes da imaturidade global e da hospitalização precoce.

1. PREMATURIDADE, SUAS COMPLICAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS AO RECÉM-NASCIDO.

A prematuridade é um dos grandes problemas de saúde pública e tem contribuído na elevação dos índices de mortalidade neonatal. Estudos mostram que as taxas de nascidos vivos prematuros no Brasil permanecem estáveis desde 2000, com um valor médio de 6,6%. Diante da importância do tema, esse ainda é considerado um grande desafio nos dias de hoje, pois “a prematuridade é a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade, ficando atrás somente da pneumonia” (8,2,9).

Segundo Carvalho *et al.* (10) A ocorrência de baixo peso ao nascer e prematuridade está associada às condições socioeconômicas desfavoráveis; nutrição inadequada; primiparidade; hábito de fumar e alcoolismo durante a gravidez; extremos de idade; baixo índice de massa corpórea (IMC) pré-gestacional; complicações no período gestacional; dentre outros fatores. É válido destacar que cerca de 40% e 50% dos nascimentos prematuros ainda têm causas desconhecidas ou idiopáticas. Logo, a prematuridade pode ser classificada em:

Prematuridade Limítrofe (IG de 35 a 36 semanas): esses recém-nascidos pesam entre 2200 e 2800g, estatura entre 45 e 46 cm, perímetro cefálico de aproximadamente 32,5 cm, apresentam menores chances de complicações e maior adaptação extrauterina,

além de melhor desenvolvimento, e baixa taxa de mortalidade. Prematuridade Moderada (IG de 31 a 34 semanas): peso em torno de 2000g, estatura de 40 cm em média e perímetro cefálico de 30 cm, apesar de baixa taxa de mortalidade, apresentam mais complicações do que o prematuro limítrofe. Prematuridade Extrema (IG inferior a 30 semanas): pesam em torno de 1500g, estatura podendo ser menor que 38 cm, perímetro cefálico menor que 29 cm, esses recém-nascidos apresentam mais chance de intercorrências graves, podendo resultar em maiores deficiências em longo prazo (1).

Entretanto, Almeida *et al.* (2), afirmam que a prematuridade pode ser definida como prematuridade moderada: (32 semanas a 36 semanas de idade gestacional), prematuridade acentuada: (28 semanas a 31 semanas de idade gestacional) e prematuridade extrema: (menor que 28 semanas de idade gestacional). Ademais, diante de estudos realizados por Nunes *et al.* (11), foi acrescido a partir de 2006, uma nova classificação para o Recém-nascido Prematuro Tardio (RNPTT), usando esse termo, para todos os nascidos entre 34^a e 36^a semanas e seis dias de IG.

Portanto, essa classificação de recém-nascido prematuro tardio não é descrita por todos os autores consultados. Diante desse contexto, vale ressaltar que o aumento do número de RNPT tardio nos últimos anos está relacionado às técnicas obstétricas de fertilização assistida (12).

Os prematuros tardios estão cada vez mais sujeitos à reinternação nas primeiras semanas de vida. Isso acontece por eles serem muito parecidos com recém-nascidos a termo (RNT) e não receberem cuidados voltados para suas dificuldades de adaptação extrauterina, pois na maioria das vezes, pesam mais que 2.500 g. Porém, possuem uma imaturidade metabólica e fisiológica em diversos aspectos. Diante disso, um estudo divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que 15 milhões de bebês por ano, nascem prematuros no mundo, sendo que mais de um milhão deles morrem dias após o parto (11,9).

A classificação do RN segundo a idade gestacional pode ser a termo, cuja idade corresponde ao período entre 37 e 41 semanas; pré-termo que são todos os bebês nascidos vivos antes de 37 semanas e pós-termo que correspondem aos RN com mais de 42 semanas de idade gestacional. Já a classificação em relação ao peso é denominada da seguinte forma: recém-nascido extremo baixo peso: menor que 1.000g; recém-nascido muito baixo

peso: menor que 1.500g; recém-nascido baixo peso: menor que 2.500g; recém-nascido com peso adequado: acima de 2.500g (9,4).

Dentre as diversas classificações da prematuridade, estudos mostram que essa, ainda pode ser definida de acordo com sua evolução clínica em: eletiva ou espontânea. Na eletiva a gestação é interrompida decorrente a complicações maternas ou fetais, geralmente o fator de risco é conhecido, sendo responsável por 25% dos nascimentos prematuros. Já a espontânea é devida consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas (9,13).

Alguns estudos realizados nas últimas décadas associaram a prematuridade (recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas) com maiores chances de aparecimento de algumas enfermidades como: hipertensão arterial, intolerância à glicose e dislipidemias, tanto em crianças quanto em adultos. Dessa forma, “as crianças que nascem prematuras e abaixo do peso apresentam deficiência pondo-estatural que podem persistir por toda infância, adolescência e idade adulta” (2,14).

Sendo assim, recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, podem apresentar desorganização de comportamento, falta de atenção, comprometimentos nas áreas de linguagem, aprendizagem, integração visomotora, problemas sensoriais e perceptivos, que podem se manifestar na primeira infância ou por ocasião do ingresso escolar (15). Pasqualotto *et al.* (16), afirma em seus estudos que o nascimento prematuro resulta e contribui para as taxas de mortalidade e incidência de morbidades neurocognitivas, pulmonares e oftalmológicas.

2. ASSOCIAÇÃO ENTRE A PREMATURIDADE E O GÊNERO MASCULINO

Segundo Salge *et al.* (13), a prematuridade eleva o risco de adaptação à vida extra uterina, devido a imaturidade anátomo-fisiológica e quando associado à prematuridade e baixo peso, esses fatores podem agravar ainda mais os riscos de morbimortalidade infantil. Nesse contexto entende-se que a morbidade está relacionada aos distúrbios respiratórios e às complicações infecciosas e neurológicas.

Os meninos são mais susceptíveis a complicações desde o período pré-natal e perinatais, pois esses apresentam maiores riscos de abortos espontâneos, intercorrências durante o parto, maior número de malformações congênitas. Diante disso, conclui-se que os nascimentos que apresentam intercorrências, possuem chance de óbito com maior frequência no gênero masculino em relação ao gênero feminino (17).

Em decorrência das diversas complicações que a prematuridade acomete, surgiram estudos demonstrando que o sexo feminino apresenta melhor desempenho em linguagem oral, capacidade auditiva melhorada, coordenação viso-espacial e melhor aquisição da fala, leitura e escrita. Já o sexo masculino desempenha agilidade em cálculos matemáticos e percepção espacial e visual. Logo, pesquisas mostram que as mulheres processam a linguagem verbal nos dois hemisférios ao mesmo tempo, enquanto os homens processam a linguagem verbal apenas em áreas específicas do hemisfério dominante (4).

Uma das diferenças encontradas entre os gêneros feminino e masculino é que o sexo feminino apresenta um amadurecimento mais rápido do pulmão, enquanto que no sexo masculino é mais lenta durante o seu desenvolvimento fetal, causando uma maior fragilidade. Além disso, o sexo masculino apresenta uma redução da velocidade do amadurecimento global em relação ao sexo feminino, por influências do cromossomo Y (6).

Campos, Soares e Cattuzzo (18), afirmam que os fetos do sexo masculino no segundo mês de gestação, apresentam uma deficiência no desenvolvimento, sendo em média, um atraso de duas semanas quando comparados ao sexo feminino. Esse atraso pode ser um problema que desencadeia complicações respiratórias e riscos de mortalidade ao recém-nascido prematuro do sexo masculino. Diante do exposto, em cada idade gestacional ocorre um desenvolvimento no comportamento motor e a cada semana acontece uma melhora da funcionalidade do organismo, o que é esperado para uma criança saudável. Devido ao fato do gênero masculino ter esse atraso no segundo mês de gestação, o desenvolvimento motor será comprometido, se combinado com o nascimento prematuro. Tal fato foi observado também nos estudos de (19).

Nader (20), relata que as complicações do gênero masculino no período neonatal e pós-natal estão relacionadas ao hormônio, pois o estrógeno, hormônio feminino, apresenta um efeito protetor fortificando o sistema imunológico. Esse hormônio traz benefícios como: maior eficiência na resposta a corticoideterapia antenatal - hormônio administrado na mãe para acelerar o amadurecimento do pulmão do bebê em caso de parto prematuro. Já na vida adulta, o estrógeno traz benefícios como a proteção contra o depósito de colesterol nas artérias e no período da menopausa, quando acontece a redução do hormônio, deixa de ser um fator protetor para a mulher. Isso porque ela começa a ter uma probabilidade maior para desenvolver doenças cardiovasculares, igualando aos homens que terão suas diferenças citadas.

Diante do exposto, nota-se que o gênero masculino apresenta um crescimento excessivo intrauterino, podendo resultar em um parto prematuro com complicações. Ademais, ao nascer apresenta o sistema imunológico mais debilitado, estando suscetível ao desenvolvimento de infecções e nos indícios de parto prematuro, não apresenta uma resposta ao corticoide antenatal, resultando com a imaturidade do pulmão ao nascimento, acarretando em problemas respiratórios e a necessidade de internação (20). É válido ressaltar também que:

As explicações sobre a maior vulnerabilidade masculina estariam relacionadas à formação genética e diversas desvantagens biológicas masculinas. Fetos com uma maior circunferência da cabeça e maior comprimento do corpo, além de maior peso corporal, contribuem para uma maior mortalidade neonatal entre os homens, principalmente por doenças cardiovasculares, complicações no parto e complicações relacionadas à prematuridade dos nascimentos (21).

Aguiar (22), acrescenta que quando o nascimento acontece via cesariana, devido ao sofrimento fetal, o gênero masculino têm três vezes mais riscos de apresentarem apgar igual ou inferior a 7, no 1º e 5º minutos, sugerindo maior vulnerabilidade dos sexos desse gênero durante a gestação e o parto. Tal fator está relacionado com o elevado aumento de óbitos e patologias fetais. No entanto, ainda não foi comprovado um mecanismo que causa a maior frequência de sofrimento fetal e asfixia perinatal nos fetos do sexo masculino, mas foi observado que a insuficiência placentária é comum nesse gênero. Essa insuficiência reduz o fluxo sanguíneo impossibilitando o

fornecimento de oxigênio e nutrientes suficientes para o bebê por meio da corrente sanguínea da mãe, podendo levar o nascimento com baixo peso e o parto prematuro.

Perante as várias tecnologias duras existentes em uma unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN), percebe-se um aumento nas chances de sobrevivência de prematuros, mas essa realidade remete reflexões e questionamentos sobre a qualidade de vida futura dessas crianças, repercutindo sobre o crescimento e desenvolvimento delas. Isso desperta um interesse em realizar estudos relacionados a esse fato (23). Por isso, Souza; Campos; Junior (6), sugere um olhar voltado para o gênero masculino, devido à sua fragilidade desde a sua formação intrauterina, necessitando de programas sensório-motores que previnam padrões anormais no seu crescimento.

3. AÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS FRENTE AO DESCONFORTO E A DOR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO.

Há décadas, acreditava-se que os recém-nascidos não eram capazes de sentir dor devido à imaturidade neurológica, pois o sistema nervoso central (SNC) ainda se encontra em fase de desenvolvimento. Porém, para alcançar uma assistência de enfermagem humanizada e eficiente é de suma importância ter conhecimento sobre o processo da dor no RN prematuro. E esta “pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais danos” (24,25).

Na fase intrauterina o feto está protegido, mas segundo Cordeiro & Costa (26), esse já é capaz de apresentar percepções dolorosas, a partir da vigésima a vigésima quarta semana de gestação. Isso se deve às terminações livres que estão presentes na pele, e aos tecidos e sinapses nervosas que já estão formadas. Ao nascerem prematuros esses bebês estão sujeitos a intubações em UTINs, ficando expostos a ruídos, excesso de luminosidade e manipulações excessivas como: punções venosas, arteriais e capilares; sondagens; intubação orotraqueal, dentre outros. Por conseguinte, SNC ainda está em desenvolvimento e o cérebro não está preparado para interagir com

essas exposições, podendo sofrer complicações futuras difícil de serem amenizadas (24).

Mediante isso, nota-se que a equipe de enfermagem ainda encontra dificuldades no processo de avaliação da dor nos recém-nascidos e à ausência de resposta verbal torna mais difícil essa avaliação. Por outro lado, as respostas não verbais devem ser levadas em consideração, tais como: choro, expressão facial e inquietação, assim como a presença de alterações nos parâmetros fisiológicos como: frequência cardíaca, frequência respiratória, hipossaturação e aumento da concentração de cortisol (27,28).

A equipe muitas vezes não tem a visão de que um simples toque na incubadora, a retirada de uma fita adesiva ou uma voz alterada pode causar irritação, desconforto e sensação de dor nos recém-nascidos prematuros, pois esses não estão preparados para conviver com esse meio. Isso faz com que eles apresentem um gasto de energia elevado interferindo no desenvolvimento do SNC e até mesmo na interação mãe-bebê, afinal em média esses recém-nascidos em estado graves são submetidos à cerca de 50 a 150 procedimentos dolorosos por dia (24,26).

Sendo assim, a enfermagem tem que ter uma atenção especial voltada para a identificação desses comportamentos, utilizando meios que auxiliem na decodificação dessa linguagem comportamental, através de escalas que identifiquem a dor. Logo, o enfermeiro neonatologista, além de prestar assistência, tem que estar em constante aprendizado para promover a educação continuada com a equipe, orientando quanto à prevenção dos sinais algícos emitidos pelos recém-natos. Ademais, a equipe de enfermagem para promover o cuidado de forma humanizada e efetiva, deverá utilizar meios que auxiliam na avaliação rotineira, um desses meios é avaliação dos sinais vitais incluindo a dor como o quinto sinal vital (7,26).

É sabido que existem vários tipos de escalas para classificar a dor, que englobam os parâmetros comportamentais e fisiológicos. A escala Neonatal Infant Pain Score (NIPS) é considerada a mais utilizada. Essa “é composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono/alerta e o padrão respiratório” (28,7).

O enfermeiro para promover o cuidado na UTIN utiliza vários meios não farmacológicos para minimizar a dor dos neonatos. Um dos avanços alcançados foi o uso do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), com intuito de diminuir as punções periféricas repetidas. E dentre as diversas intervenções, vale ressaltar que uso de glicose/sacarose via oral, sucção não nutritiva, amamentação, contato pele a pele, contenção, colo, terapia do toque, massagens, musicoterapia, posicionamento/manuseio, enrolamento, diminuição de ruídos e luminosidade e o uso do método canguru, são medidas aplicadas para prevenção e alívio da dor (24,29,26).

Sabe-se que o uso da glicose, libera endorfinas endógenas, diminuindo assim, a duração do choro e a expressão facial de dor. Em contrapartida, a sucção não nutritiva, não diminui a dor, mas acalma o RN diminuindo os episódios de agitação. Assim, a assistência prestada ao RN menor de 1.000 g deve ser diversificada, excluindo o uso de glicose devido à dificuldade de sucção, deglutição e a falta da coordenação respiratória (29).

Pode-se também utilizar a contenção facilitadora que promove o conforto, através de coxins, rolos e ninhos, uma vez que estes não possui a capacidade de movimentação devido à fragilidade muscular. Destaca-se que o uso desses métodos estabiliza as funções fisiológicas e comportamentais, promovendo a redução do choro, controlando o ciclo sono-vigília e reduzindo a frequência cardíaca (26,30,31).

Um fator que também causa desconforto e dor no RN é o excesso de luminosidade contínua e fluorescente nas UTINS, a equipe de enfermagem deve promover os devidos cuidados como utilizar luz noturna de baixa intensidade, cobrir a cúpula com tecidos escuros, usar focos de luzes individualizados nas cabeceiras dos leitos, estabelecer períodos com as luzes apagadas ou com menor intensidade. Outra estratégia promovida que o mesmo autor refere é a hora do psiu, é uma norma onde todos os profissionais são capacitados para estabelecer pelo menos uma hora durante o expediente, onde não é realizado nenhum procedimento, mantendo o silêncio contínuo. Com o sucesso desse experimento, essa técnica pode ser aumentada de meia em meia hora (24).

Além dos cuidados físicos com os neonatos deve-se atentar para a humanização, realizando os procedimentos sempre com dois profissionais,

podendo ser o pai ou a mãe, a fim de se tornar o responsável pelo suporte contínuo ao RN mantendo o contato pele a pele proporcionando um período de aconchego e conforto. E tudo isso com o objetivo de garantir uma assistência humanizada e eficaz, prevenindo possíveis agravos causados pela exposição contínua da dor (7,29).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo ficou evidenciado a partir das pesquisas encontradas, que o baixo peso ao nascer e a prematuridade são considerados fatores de riscos para a população infantil nos primeiros meses de vida. Isso significa que quanto menor o peso e a idade gestacional (IG), maior é a probabilidade do aparecimento de complicações, necessitando assim de internações prolongadas e o aumento da frequência de procedimentos invasivos. É visto também, que os recém-nascidos do gênero masculino, apresentam mais morbidades e complicações em relação ao gênero feminino, estando mais susceptíveis à: abortos espontâneos, intercorrências durante o parto, complicações respiratórias, malformações congênitas e mortalidade neonatal. Desta forma, há a necessidade de maiores estudos sobre a associação da prematuridade com o sexo masculino, uma vez que esse é considerado um problema de saúde pública ainda pouco difundido na sociedade científica. É valido ressaltar também, que nas unidades de terapia intensiva neonatal, a enfermagem deve garantir a prevenção da dor, assim como identificá-la precocemente, avaliá-la adequadamente, tratá-la utilizando-se de meios não farmacológicos e monitorizar os resultados, prestando uma assistência de qualidade, promovendo uma melhor qualidade de vida ao RN e sua família.

REFERÊNCIAS

- 1- Kleiner AFR, Schlittler DXC, Arias MDRS, Oliveira RR. Considerações sobre a relação entre prematuridade e paralisia cerebral diplégica espástica: etiologia e neuroimagem. Revista Inspirar Movimento & Saúde. 6, 5, 17-22, Oct. 2014; ISSN: 2175537X. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=ff76fb>

16-bd00-4942-941d-f35903b8135e%40sessionmgr4009&hid=4207.
Acesso em: 20 de abr. 2017.

- 2- Almeida TSO, Lins RP, Camelo AL, Mello DCCL. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 17; Número 3; Páginas 301-308 2013 ISSN 1415-2177. Disponível em:
<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/13674/9814>.
Acesso em: 13 de jun. 2017.
- 3- Fontes FS, Rodrigues BMRD, Pacheco STA, Araújo BBM. Cuidado ao Recém-Nascido Prematuro na Perspectiva da Reorganização Comportamental- Um olhar de Enfermagem. R. pesq.: cuid. fundam. online 2011; jul./set. 3(3):2045-52 ISSN 2175-5361. Disponível em:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=21943&indexSearch=ID>.
Acesso em: 30 de ago. 2017.
- 4- Mussolini DD, Maruiti G, Sanders AP. Comparação da prevalência entre gêneros quanto à presença de desvios fonológicos na prematuridade. UNINGÁ Review. 18, 1, 5-9, Apr. 2014; ISSN: 21782571. Disponível em:
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140331_190159.pdf.
Acesso em: 22 de fev. 2017.
- 5- Souza LP, Lima MG. Fatores associados ao Ganho de Peso em Prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma Revisão Bibliográfica. Revista UNINGÁ Review. Vol.16; n. 2, pp. 05-12 (Out- Dez 2013). Disponível em:
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20131101_112703.pdf.
Acesso em: 21 de fev. 2017.
- 6- Souza KCL, Campos NG, Júnior FFUS. Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 26, 4, 523-529, Oct. 2013; ISSN: 18061222. Disponível em:
<http://www.bioline.org.br/pdf?bh13132>. Acesso em: 23 de mar. 2017.
- 7- Costa R, Cordeiro RA. Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(1): e11298. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11298>. Acesso em: 01 de set. 2017.

- 8- André NA, Ferreira LCS, Junior MBP. Prematuridade: uma revisão atualizada dos aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêutica. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*. 12, 3, 58-68, Sept. 3, 2015; ISSN: 23174404. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=ff76fb16bd004942941df35903b8135e%40sessionmgr4009&hid=4207>. Acesso em: 04 de abr. 2017.
- 9- Ribeiro JF, Silva LLC, Santos IL, Luz VLES. O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*. 10, 10, 3833-3841, Oct. 2016; ISSN: 19818963. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e6764c50-53ff-4dea805e24ddc536a0d%40sessionmgr4007&vid=3&hid=4114>. Acesso: 10 de jun. 2017.
- 10- Carvalho SS, Coelho JMF, Soares DAB, Mariola E. Fatores maternos para o nascimento de recém-nascidos com baixo peso e prematuros: estudo caso-controle. *Revista Eletrônica*: ISSN: 1983-652X maio-ago. 2016; 9(2): 76-82. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cb4fd227-cd45-4555-a8f9-e787a9260725%40sessionmgr4008&vid=4&hid=4114>. Acesso: 10 de jun. 2017.
- 11- Nunes JFS, Talaska C, Ferraz L, Zanotelli S. (RE) internações de prematuros tardios. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*. 15, 4, 50-51, June 4, 2016; ISSN: 23174404. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9bfbca27-8a00-4931-8e3b-ccc1cbdd161a%40sessionmgr4007&vid=3&hid=4114>. Acesso: 28 de mai. 2017.
- 12- Kao APOG, Guedes ZCF, Santos AMN. Características da sucção não nutritiva em RN a termo e pré-termo tardio. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 16, 3, 298-303, Aug. 2011; ISSN: 19820232. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342011000300010. Acesso: 15 de jun. 2017.
- 13- Salge AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, Zatta LT, Correa RRM, Siqueira KM, Guimarães JV, Rocha KMN, Chinem BM, Silva RCR. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 11, 3, 642646, Sept. 2009; ISSN: 15181944. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=447fb884-1e7f-4d9e-a03c-7dd08805840e%40sessionmgr4006&hid=4207>. Acesso em: 07 de mai. 2017.

- 14- Pessoa TAO, Martins CBG, LIMA, FCA, Gaiva MAM. O Crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. *Avances en Enfermeria*. 33, 3, 401-411, Sept. 2015; ISSN: 0121-4500. Disponível em:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3e3c45d7-b310-4600-a6b4-bfa0e0c865d7%40sessionmgr4009&vid=3&hid=4114>. Acesso: 22 de mai. 2017.
- 15- Franco MP, Alves CP. O impacto do método mãe canguru no processo de aprendizagem de prematuros de baixo peso: Revisão da literatura: *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 22, 1, 163-174, Jan. 2014; ISSN: 01044931. Disponível em:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d0209074-a914-4bf3-8b23-8078084085ca%40sessionmgr4010&vid=3&hid=4114>. Acesso: 02 de jun. 2017.
- 16- Pasqualotto C, Casarotto C, Ferraz L, Zanatta AE, Zanotelli SS. Produção científica sobre prematuridade tardia e a contribuição para a assistência em saúde. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*. 11, 3, 184-185, June 3, 2015; ISSN: 23174404. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d2034e9-b9f4-478b-a2f5-a5ba5ecc76dc%40sessionmgr104&vid=3&hid=107>. Acesso: 06 de jun. 2017.
- 17- Almeida CGM, Rodrigues OMPR, Salgado MH. Diferenças no desenvolvimento de meninos e meninas em condições de risco. *Bol. psicol, São Paulo*, v. 62; n.136, p.1-14, jun. 2012. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000100002. Acesso em: 24 de ago. 2017.
- 18- Campos CMC, Soares MMA, Cattuzzo MT. O efeito da prematuridade em habilidades locomotoras e de controle de objetos de crianças de primeira infância. *Motriz: rev. educ. fis.* [online]. 2013; vol.19; n.1, pp.22-33. ISSN 1980-6574. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-65742013000100003>. Acesso em: 24 de ago. 2017.
- 19- Caf A, Kr S, Guimarães, Gg C. Perfil do recém-nascido no serviço terapêutico de acompanhamento precoce. *Journal of Amazon Health Science* Vol.1; n.2, 2015; 64. Disponível em:
http://revistas.ufac.br/revista/index.php/ahs/article/view/243/pdf_12. Acesso em: 24 de ago. 2017.
- 20- Nader P. Os homens são o sexo frágil. *Revista Época*. 15 abr. 2009. . Disponível em:
<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI68259-15257,00-OS+HOMENS+SAO+O+SEXO+FRAGIL.html>. Acesso em: 20 de ago. 2017.

- 21- Wong LLR, Barros JVS, Bonifácio GMO, Braga LJS. Padrões de diferencial por sexo da mortalidade nas primeiras idades: uma investigação com base nas causas de morte. XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em São Pedro/São Paulo, de 24 a 28 de novembro de 2014; Cedeplar/UFMG; Icesx/UFMG. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/223>. Acesso: 25 de ago. 2017.
- 22- Aguiar JB. Fatores de risco para mortalidade neonatal, em hospital de referência. Centro de Ciências da Saúde – CCS. Fortaleza- Ceará, 2011. Disponível em: http://www.uece.br/ppsac/dmdocuments/Dissertacao_Jaina_Bezerra_de_Aguiar.pdf Acesso em: 25 de ago. 2017.
- 23- Zomignani AP, Zambelli HJL, Antonio MARGM. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. Rev. paul. pediatr. [online]. 2009; vol.27; n.2, pp.198-203. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000200013. Acesso em: 10 de ago. 2017.
- 24- Zanela LRM, Fófano GA. A assistência do enfermeiro intensivista frente a dor e o estresse no recém-nascido prematuro durante os procedimentos dolorosos. Enfermagem BRASIL, novembro/ dezembro 2013; 12 (6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200011. Acesso em: 12 de ago. 2017.
- 25- Mendes LC, Fontenele FC, Dodt RCM, Almeida LS, Cardoso MVLML, Silva CBG. A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev enferm UFPE on line, Recife, 7(11): 6446-54, nov., 2013. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8528/1/2013_art_fcfontenele.pdf. Acesso em: 31 de ago. 2017.
- 26- Cordeiro RA, Costa R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014; Jan-Mar; 23(1): 185-92. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf. Acesso em: 26 de ago. 2017.
- 27- Monfrim XM, Saraiva LA, Moraes CL, Viegas AC. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma Unidade de Terapia

Intensiva Neonatal. Revista de enfermagem da UFSM ISSN: 2179-7692 v. 5; n.1 (2015). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15049>. Acesso em: 31 de ago. 2017.

- 28- Capellini VK, Daré MF, Castral TC, Christoffel MM, Leite AM, Scochi CGS. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. Revista Eletrônica de Enfermagem. Abr-jun2014; Vol. 16; Issue 2, p.361-369. 9p. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=2&sid=b27f2e81-ee5c-4224-8369-912f9848d5ec%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1l aG9zdC1saXZl#AN=108383386&db=foh>. Acesso em: 31 de ago. 2017.
- 29- Araujo GC, Miranda JOF, Santos DV, Camargo CL, Sobrinho CLN, Rosa DOSR. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 29; n. 3, p. 261-270, jul./set. 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13695>. Acesso em: 04 de out. 2017.
- 30- Moreira MEL, Bomfim OL. Manuseio da dor no recém-nascido. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2004; 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from SciELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-20.pdf>. Acesso: 04 de out. 2017.
- 31- Motta GCP; Cunha MLC. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. Rev. Bras. Enferm. 2015; jan-fev; 68(1): 131-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0131.pdf>. Acesso em: 04 de out. 2017.