

3 - Conhecendo uma UTI neonatal

Maria Elisabeth Lopes Moreira
Mônica Andrade Rodrigues
Nina de Almeida Braga
Denise Streit Morsch

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MOREIRA, MEL., *et al.* Conhecendo uma UTI neonatal. In: MOREIRA, MEL., BRAGA, NA., and MORSCH, DS., orgs. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Criança, Mulher e Saúde collection, pp. 29-42. ISBN 978-85-7541-357-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CONHECENDO UMA UTI NEONATAL

3

*Maria Elisabeth Lopes Moreira
Mônica Andrade Rodrigues
Nina de Almeida Braga
Denise Streit Morsch*

O nascimento de um bebê é sempre motivo de grande alegria: é a vida que se renova e é sempre um recomeço. Entretanto, algumas vezes, quando nem tudo vai bem, será necessário tomar algumas decisões.

Escolher uma UTI Neonatal nem sempre é fácil; uma série de questões deverá ser avaliada, como planos de saúde, local de nascimento do bebê, facilidade de acesso, disponibilidade de vagas. Se possível, os futuros pais devem visitar a unidade previamente, a fim de conhecer, avaliar os recursos disponíveis e conversar com a equipe sobre suas dúvidas. Seria proveitoso também falar com pais que já passaram por situações semelhantes. No decorrer deste artigo, serão indicados alguns aspectos a considerar caso a família tenha dúvidas sobre a escolha que irá realizar.

EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DA UTI

Nem sempre a quantidade é a chave para a qualidade, mas, nesse caso, quanto maior o número de crianças já atendidas, melhor. A experiência acumulada pela equipe faz diferença nos resultados, uma vez que, dessa forma, os profissionais passam a conhecer detalhes de diferentes doenças e as inúmeras possibilidades de reação dos bebês.

Algumas maternidades têm mais experiência em algumas patologias do que em outras. Nesse caso, deve-se perguntar o seguinte para a equipe:

■ CUIDADOS 24H

É importante saber se existem médicos neonatologistas (ou pediatras) de plantão durante as 24h do dia. Muitas vezes, o bebê não pode esperar o deslocamento de médicos de outros setores ou locais. Não pode haver demora no atendimento do bebê que está precisando de cuidados.

■ CUIDADO NUTRICIONAL

A melhor forma de nutrir o bebê é sempre com o leite materno. Contudo, em alguns casos, como de recém-nascidos prematuros ou com problemas respiratórios, a amamentação não será possível no início da internação.

É importante perguntar se a unidade neonatal usa o leite materno para os prematuros e se há um local como, por exemplo, um banco de leite ou lactário que permita às mães armazenarem seu leite ordenhado, estocando-o adequadamente, para que ele possa ser fornecido a seus bebês de acordo com suas necessidades. A orientação em relação à amamentação geralmente é feita pelas enfermeiras ou médicos da unidade, sendo que algumas UTIs contam também com fonoaudiólogas especializadas. Na visita inicial, tente conversar com um destes profissionais para obter essas informações.

■ CUIDADO RESPIRATÓRIO

Como os problemas respiratórios são os mais comuns na UTI Neonatal, é fundamental que os pais saibam de antemão se a unidade escolhida possui experiência ou modalidades de assistência respiratória especiais. Em algumas maternidades, as UTIs estão capacitadas para receber bebês com problemas menos graves, ou que não necessitem de cuidados respiratórios que envolvam situações muito específicas. Nesses casos, os bebês precisam ser transferidos para outros hospitais, o que muitas vezes não é conveniente, pois pode causar certo atraso no tratamento. Logo, é aconselhável perguntar se a unidade possui toda aparelhagem necessária caso o bebê apresente problemas respiratórios.

■ CONTROLE AMBIENTAL

Recentes estudos mostraram que os menores pacientes se desenvolvem melhor quando o barulho é minimizado, o volume do monitor é diminuído ou trocado por outro tipo de alarme e quando a luz direta é reduzida. Os pais devem observar, em sua visita à unidade, como está o ambiente, preocupando-se também em avaliar o cuidado que lhes foi dispensado neste encontro, e se sentem segurança nos profissionais e na instituição. Sem dúvida, isso será da maior importância para que se sintam confiantes em entregar seu recém-nascido aos cuidados que ele necessitar.

Em relação ao ambiente, deve-se indagar sobre as rotinas dos cuidados e a preocupação com o estresse do bebê. A grande maioria das UTIs Neonatais tem estimulado a família a trazer peças do enxoval para personalizar a incubadora do bebê, assim como pequenos enfeites e/ou presentes. É bom perguntar sobre isso, para que, desde os primeiros dias de internação, o recém-nascido tenha ao seu lado pequenos objetos trazidos pelos pais e familiares.

■ APOIO AOS FAMILIARES

Uma longa permanência na UTI pode ser tão difícil para os pais quanto para o bebê. A presença dos pais ao lado do filho deve ser permitida pelo maior espaço de tempo possível. Portanto, deve-se perguntar sobre como a equipe lida com a presença dos pais, como são oferecidas as informações sobre o bebê e qual a possibilidade de telefonemas. Também se deve procurar informações sobre a existência de serviços de apoio, como psicólogos, assistentes sociais ou grupos de familiares.

■ EQUIPE

Para assegurar a mais rápida recuperação e o mais favorável prognóstico, é importante a presença de uma equipe multidisciplinar, que inclua em seu quadro fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e outros especialistas que possam avaliar o

desenvolvimento do bebê, sugerir manejos e intervenções assim que toda a equipe julgar necessário.

■ PREPARAÇÃO PARA A ALTA

É importante lembrar que, em muitos casos, o pediatra que atende o bebê na sala de parto não vai acompanhá-lo na UTI. Isso fica a cargo da equipe do hospital. Sem dúvida, cabe à equipe notificar os pais sobre a evolução do paciente e, quando da alta hospitalar, enviar todas as informações sobre como se passou a internação e como o bebê se encontra no momento de ir para casa. O treinamento dos pais para a alta pode fazer uma grande diferença quanto à habilidade para resolver as demandas do bebê fora do hospital. Dessa forma, é importante perguntar como ocorre a orientação dos pais quanto aos cuidados básicos em casa, e qual a preocupação da equipe em preparar a família para a alta.

■ PESQUISAS EM ANDAMENTO

As melhorias no cuidado médico acontecem rapidamente. A pesquisa científica é um bom indicador para se descobrir se a UTI Neonatal em questão é uma pioneira na implantação de mudanças. Se um bebê for internado em uma UTI com essa característica e for selecionado para participar de um estudo, este só será incorporado à pesquisa mediante o consentimento dos pais por escrito. Para tanto, é necessário que os mesmos sejam informados sobre todos os procedimentos e objetivos pelo grupo de pesquisadores, e que tenham claro que esses estudos podem beneficiar tanto seu bebê quanto aqueles que apresentarem patologias similares.

Por formularem muitas questões, muitos pais têm receio de incomodar a equipe ou de demonstrar insegurança em relação ao médico e/ou à instituição. Atualmente, a maioria dos profissionais de saúde mostra-se disponível para tais questionamentos e reconhece que as perguntas são bem-vindas, pois iniciam um relacionamento família-equipe mais franco. Ao mesmo tempo, podem avaliar melhor se os pais estão sendo bem

preparados para lidar com as necessidades do bebê caso a internação se torne realmente necessária.

CONHECENDO UMA UTI NEONATAL

AMBIENTE FÍSICO

O ambiente físico de uma UTI é, muitas vezes, estressante para os bebês e suas famílias. Em geral, é muito iluminado e muito barulhento. Os equipamentos, os sons dos alarmes e as luzes piscando costumam gerar muita ansiedade na família, nos pacientes e até mesmo nos profissionais que ali trabalham.

A incubadora ou berço de calor radiante não permite que o bebê relaxe facilmente. Além disso, muitos tratamentos podem estressar ou causar dor (aspiração de secreções, colher sangue para exames, puncionar veias, radiografias e ultra-som, por exemplo). Esses tratamentos podem fazer com que o bebê sinta-se incomodado muitas vezes ao dia, pois além das invasões que ele vivencia em seu manuseio, seu sono é constantemente interrompido.

O manuseio que os bebês muito pequenos precisam em seus cuidados diários – como troca de fraldas e alimentação – pode ser estressante, pois exige deles uma reação muito grande, e demanda muito esforço para conseguirem retornar ao equilíbrio no qual encontravam-se antes do manuseio.

Assim sendo, para atender melhor ao bebê internado e sua família, é importante que o ambiente físico possa ser modificado da seguinte maneira:

- diminuir o nível de ruídos e o som;
- reduzir a quantidade de luz;
- dar maior atenção ao posicionamento do bebê;
- utilizar tratamentos menos estressantes;
- reduzir o número de vezes em que o bebê é incomodado.

SOM

■ POR QUE O SOM RUIDOSO É UM PROBLEMA?

É difícil para o bebê relaxar e descansar com barulho, o que provoca estresse. Além disso, quando muito intenso e prolongado, pode causar perdas auditivas.

O som do motor da incubadora é de 55-60 decibéis, um nível confortável para os adultos. Se o bebê usa algum equipamento respiratório (ventilação mecânica, CPAP), este motor faz ainda mais barulho. Outros sons têm níveis mais altos – 75-85 decibéis –, que chegam a incomodar inclusive os adultos. Sons graves ou agudos podem causar alterações fisiológicas como alta freqüência cardíaca, respiração acelerada, apnêa e queda no nível de oxigênio, além de acordarem o bebê e perturbarem seu sono.

■ COMO O NÍVEL DE SOM PODE SER REDUZIDO?

O nível de som pode ser reduzido consideravelmente se todas as pessoas que estiverem na UTI Neonatal falarem mais baixo e tiverem cuidado ao fechar as portas e portinholas da incubadora, não apoiando objetos em cima dela, se diminuírem os alarmes dos monitores, do toque dos telefones e desligarem o rádio, cuja presença em UTIs é interditada pelas normas de humanização do atendimento ao recém-nascido de baixo peso do Ministério da Saúde.

■ ALGUNS SONS SÃO ÚTEIS?

O som que parece atrair o prematuro é o da voz da mãe. Portanto, conversar com ele, cantar, trazer uma fita gravada com sua voz ou ler uma história pode ser uma maneira de acalmá-lo. É importante, contudo, ter em mente que para muitos prematuros qualquer som extra pode perturbar. Assim, muitas vezes, nos momentos em que ele estiver mais irritado ou muito estimulado, mesmo a voz dos pais ou uma música que tanto acalmava podem ser desagradáveis.

É importante olhar sempre para o bebê, a fim de detectar se o que oferecemos no momento está sendo adequado ou não. Em geral, percebendo que ele está incomodado com as solicitações que lhe são feitas, o melhor é apenas deixar uma das mãos parada em sua cabeça e outra em seus pés. Ou então, uma mão cobrindo seu corpo, sem acariciá-lo. À medida que ele vai crescendo, vai oferecendo pequenos sinais de que se encontra mais capacitado para receber mais estímulos dos pais e do ambiente. Quando o bebê estiver dormindo, é bom respeitar seu descanso. Permanecer ao seu lado, sem solicitá-lo, aproveitar esse período para conversar com a equipe ou com outros pais será mais adequado do que tentar interagir com ele.

Luz

■ POR QUE A LUZ É UM PROBLEMA?

A luz é um problema porque seu brilho pode afetar os olhos do bebê ou ainda, sendo constante, pode perturbar os ritmos de seu corpo, alterando-os.

Estudos feitos com animais mostram que a luz brilhante pode lesar as células dos olhos. Bebês prematuros são de maior risco para o desenvolvimento da 'Retinopatia da Prematuridade', uma alteração nos olhos que pode levar à perda de visão. Embora ainda não esteja provado, a luz nos olhos pode aumentar o risco.

Níveis constantes de luz podem tornar o desenvolvimento normal do ciclo sono-vigília mais lento. Prematuros internados em UTIs que diminuem a luminosidade à noite avançam mais rapidamente em seu ciclo de sono-vigília – isso significa que eles começam a gastar mais tempo durante cada período de sono no 'sono profundo', e menos tempo no 'sono leve' – que os bebês que ficam sob iluminação constante.

■ COMO PODE SER REDUZIDA A QUANTIDADE DE LUZ QUE ATINGE O BEBÊ?

Incubadoras podem ser cobertas para bloquear a luz que estiver atingindo o bebê. A maneira mais fácil de fazer isso é colocar uma manta

ou lençol em cima delas. Atualmente, a maioria das incubadoras é recoberta pelas mantas de cada um dos bebês, em geral mais espessas que os lençóis, protegendo-os mais adequadamente. Esse procedimento também acaba permitindo que os pais localizem mais facilmente onde seu filho se encontra, visto que os bebês mudam constantemente de lugar dentro da unidade. As laterais da incubadora também podem ser cobertas. Com os atuais monitores de freqüência cardíaca, respiratória e oxigenação disponíveis, o médico sabe como está o bebê mesmo com a incubadora coberta. Se uma fototerapia estiver sendo usada, uma máscara especial será colocada para proteger seus olhos.

Em muitas UTIs Neonatais, um ‘tempo de silêncio’ é garantido durante o dia, quando luzes são diminuídas por algumas horas e o bebê não é perturbado, a menos que algum procedimento seja realmente necessário. Além disso, em algumas UTIs, as luzes são diminuídas à noite, o que ajuda o bebê a organizar seus padrões de sono e colabora nas alterações hormonais e de temperatura. A luz reduzida à noite também fornece uma proteção extra da alta luminosidade necessária para as atividades durante o dia.

POSIÇÃO

- **POR QUE O POSICIONAMENTO DO BEBÊ NA INCUBADORA É UMA PREOCUPAÇÃO?**

O posicionamento é importante porque o prematuro não pode manter uma posição confortável por si próprio, e um mal posicionamento, com o tempo, pode afetar seu desenvolvimento motor.

- **O QUE É IMPORTANTE SABER SOBRE POSICIONAMENTO?**

O prematuro muitas vezes não tem força muscular suficiente para controlar os movimentos dos braços, pernas ou cabeça como o bebê a termo, isto é, o bebê que nasceu de uma gestação de nove meses completos. Para ele, se mover contra a força da gravidade é difícil. O bebê

tende a deitar com suas pernas e braços estendidos e não fletidos (dobrados), ficando numa posição de extensão, ou seja, esticados. Assim sendo, ele deve ser ajudado a se posicionar de maneira 'organizada', o que irá facilitar seu conforto no presente ao mesmo tempo em que protege seu futuro desempenho motor, diminuindo as chances de vir a apresentar um 'tônus anormal' nos ombros e quadris, o que dificultaria futuras aquisições neuromotoras.

■ **COMO BEBÊ PODE SER COLOCADO EM UMA POSIÇÃO CONFORTÁVEL E AJUDAR SEU DESENVOLVIMENTO MOTOR?**

Algumas vezes, é difícil colocar o prematuro bem posicionado devido aos equipamentos dos quais ele necessita (CPAP, punção venosa, ventilação mecânica). Entretanto, a equipe de enfermagem e os fisioterapeutas estarão sempre buscando descobrir as melhores maneiras de oferecer conforto e postura adequados a cada um dos bebês. Para tanto, utilizarão pequenos rolos, que servirão como apoio e contenção; bandagens para posicionar suas cabeças, e fraldas ou cueiros para que permaneçam posicionados. Alguns bebês, contudo, têm preferências e não se sentem confortáveis com o que a equipe oferece. Assim sendo, a observação dos pais é extremamente eficaz para colaborar com essa situação, pois eles podem descobrir preferências em seus filhos e transmiti-las à equipe mais facilmente.

MANUSEIO

■ **POR QUE O MANUSEIO DO BEBÊ É UMA PREOCUPAÇÃO?**

A maneira como o bebê é manuseado é uma questão a observar, porque pode levar ao estresse fisiológico e a um desconforto generalizado.

Quando manuseados para o cuidado médico, prematuros freqüentemente demonstram estar sob estresse fisiológico:

- aumentando ou diminuindo a freqüência cardíaca;
- aumentando a freqüência respiratória ou fazendo apnéia;

- baixando os níveis de oxigenação;
- alterando a coloração da pele.

Durante cuidados como troca de fraldas e alimentação, os prematuros podem apresentar os mesmos sintomas citados anteriormente. Quando manuseados, também podem mostrar seu estresse, por exemplo, por uma movimentação maior, tremores e choro. Algumas respostas mais sutis ao manuseio podem incluir soluço, tosse ou bocejos, indicando que necessitam, naquele momento, de descanso.

■ O QUE É IMPORTANTE SABER SOBRE OS EFEITOS DO MANUSEIO?

Quando os níveis de oxigenação caem (desaturação), alteram toda a distribuição de oxigênio no corpo do bebê. Isso significa alterações na oxigenação do coração, do sistema nervoso, da pele. Portanto, é importante prevenir essa ocorrência durante as atividades que se repetem várias vezes ao dia, como a verificação da temperatura, da pressão sanguínea, das trocas de fraldas e da alimentação. Isso deve representar, principalmente, um cuidado maior durante os manuseios, que são particularmente dolorosos e estressantes.

Continuamente os médicos estarão recomendando cuidado com as alterações que os bebês mostram em seus monitores e em sua coloração. Dessa forma, alguns procedimentos necessários, que demorariam alguns minutos, podem estender-se por um tempo maior ou ser adiados, para que possa se respeitar o bebê naquele momento. Após os primeiros dias na UTI, muitos desses procedimentos já não serão indicados para se realizarem com urgência. Assim, as enfermeiras ou mesmo os médicos podem optar por realizá-los num período de menor agitação na UTI, ou mesmo esperar que o bebê acorde para iniciá-lo.

TOQUE

Manusear é tocar. O sentido do tato é desenvolvido ainda no início da vida fetal. Nos bebês muito prematuros, a pele é tão frágil que o toque

deve ser feito com muito cuidado. Estudos mostram que, para prematuros com menos de 30 semanas de idade gestacional, o toque pode ser mais estressante do que confortável. Assim sendo, os pais serão sempre orientados sobre como tocá-lo. Permitir que ele segure um dos dedos da mãe ou do pai com sua pequena mão ou deixar uma mão sobre sua cabeça sem tocá-lo em diferentes partes do corpo, por exemplo, pode diminuir o estresse. Passar a ponta dos dedos em suas costas, braços ou pernas poderá não parecer muito confortável, pois oferece muito estímulo para que ele possa organizá-los, ou mesmo faz cócegas, podendo acarretar uma conduta de não aceitação desse contato, pelo menos nesse período.

Para prematuros mais velhos, o toque pode ser muito útil. Tocar os prematuros estáveis todos os dias gentilmente – mas com segurança –, por um curto período de tempo, evitando falar com eles durante o toque tem mostrado ser bom para o bebê, podendo, inclusive, ajudá-lo a ganhar peso mais rápido. Por isso que a ‘posição canguru’ tem estado cada vez mais presente no cuidado com os bebês de baixo peso: oferece contenção, toque organizado e global ao corpo da criança. Não se pode esquecer que, quando o bebê já estiver próximo a 1.600 gramas ou mais, pode-se embalá-lo suavemente, de um lado para outro, para frente e para trás. Assim, ele estará recebendo estímulos denominados de ‘integração sensorial’. Na verdade, trata-se dos estímulos que são oferecidos a qualquer bebê quando pretendemos ajudá-lo a dormir, e que acabam proporcionando o amadurecimento de áreas fundamentais para seu desenvolvimento.

EQUIPAMENTO

A assistência neonatal necessita de uma série de equipamentos para o atendimento ao bebê. Incubadoras, berços aquecidos, monitores, respiradores, aparelhos de radiografia, aparelhos de ultra-sonografia etc. estarão sendo usados diariamente. Para conhecer um pouco sobre esses equipamentos, vamos buscar responder às perguntas que os pais fazem com freqüência assim que entram nas UTIs Neonatais:

- **O QUE SÃO ESTES FIOS E TUBOS CONECTADOS AO BEBÊ?**

Os monitores fornecem importantes informações sobre o estado do bebê aos médicos e enfermeiros. Tanto quanto possível, esses monitores são indolores e conectados à pele do bebê, que poderá ter alguns desses sensores presos ao seu corpo, mas provavelmente não todos os que descreveremos a seguir.

MONITOR CARDIORRESPIRATÓRIO – algumas vezes chamado de monitor cardíaco. Funciona com adesivos e fios conectados que são colocados no tórax, abdome, braços ou pernas do recém-nascido. Os fios vão até os aparelhos, que mostram para a equipe como está a freqüência cardíaca, a freqüência respiratória e, algumas vezes, a pressão arterial do bebê.

OXÍMETRO DE PULSO – o oxímetro de pulso mede continuamente o oxigênio do sangue do bebê. Existe uma luz que é conectada na palma da mão, pé, dedo ou punho do recém-nascido por uma peça elástica/adesiva. Um fio vai até a máquina, que mostrará a quantidade de oxigênio transportado no sangue do bebê para todo o organismo. Esse fio pode fazer parte do monitor cardiorrespiratório ou possuir um monitor separado para sua constante aferição.

MONITOR DE PRESSÃO SANGUÍNEA – a pressão sanguínea pode ser mensurada periodicamente por um pequeno ‘manguito’ colocado ao redor do braço ou perna do bebê, ou pode ser medida continuamente se este tiver um cateter dentro de uma de suas artérias.

SENSOR DE TEMPERATURA – será colocado na pele do bebê e coberto com uma fita adesiva. Irá medir a temperatura de seu corpo. Essa informação é utilizada para ajudar a controlar a quantidade de calor da incubadora e do berço de calor radiante.

BOMBA DE INFUSÃO IV (INFUSÃO INTRAVENOSA) – usada para aplicar líquidos, medicações e nutrientes para o bebê. Conduz os líquidos para dentro das veias e é capaz de injetar volumes muito pequenos com velocidade controlada, de acordo com a recomendação existente quanto à medicação

a ser utilizada nos cuidados com a criança. Locais comuns para essas aplicações são as veias das mãos, dos pés, dos braços e das pernas. Algumas vezes, o couro cabeludo pode ser usado para a infusão. Apesar da impressão de maior vulnerabilidade que pode causar para os pais, é importante saber que, para a criança, a utilização de uma veia na cabeça, a qual geralmente é raspada, é um procedimento menos doloroso e mais duradouro do que, por exemplo, a utilização de uma veia no antebraço, sempre mais exposto a gestos inesperados capazes de provocar a 'perda' da veia e a consequente necessidade de pinçar outra, repetindo uma medida invasiva e dolorosa.

CATETER ARTERIAL OU VENOSO UMBILICAL – tubo fino colocado dentro da artéria ou veia umbilical do bebê. Além de administrar líquidos, medicações e nutrientes, as coletas de sangue que se fizerem necessárias para exames laboratoriais podem ser realizadas sem ocasionar dor.

CPAP – forma de fornecimento de oxigênio sob pressão em uma concentração conhecida. O oxigênio ou o ar é liberado geralmente através de pequenos tubos que entram nas narinas dos bebês. É utilizado especialmente quando for necessário ajudar a manter os alvéolos dos pulmões abertos.

TUBO ENDOTRAQUEAL – tubo que vai da boca ou nariz até a traquéia. É fixado ao rosto do bebê com fitas adesivas e acoplado ao respirador. Com isso, a máquina libera ar diretamente nos pulmões, permitindo a oxigenação necessária no momento.

RESPIRADOR OU VENTILADOR – máquina que ajuda o bebê a respirar. Alguns respiradores ajudam na própria respiração do bebê (ventilação sincronizada) ou respiram para o bebê quando este não consegue fazê-lo sozinho. Outros, chamados de ventiladores de alta freqüência, mantêm os pulmões abertos com pressão constante e fornecendo centenas de ciclos de ar ou oxigênio a cada minuto. Esses respiradores de alta freqüência possuem um barulho mais alto e provocam um movimento contínuo no bebê.

INCUBADORA E BERÇO DE CALOR RADIANTE – geralmente, o bebê necessita de algum tipo de aquecimento. O mais usado é a incubadora. A temperatura dentro dela é escolhida de acordo com a idade gestacional,

com o peso e a idade em dias de vida. O berço de calor radiante é usado quando o bebê é admitido na UTI, e quando necessita de algum tipo de manuseio que não pode ser feito na incubadora.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). *Guidelines for Perinatal Care*. 4.ed. Washington: AAP, 1997.
- BRAZELTON, T. B. *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- BRAZY, J. E. et al. *For parents of preemies*. Disponível em: <www.pediatrics.wisc.edu/childrenshosp/parents_of_preemies/>. Acesso em: 16 jan. 2002.
- CLOHERTY, J. P. & STARK, A.R. *Manual of Neonatal Care*. Philadelphia: Lippincott Raven, 1998.
- DOLTO, F. *As Etapas Decisivas da Infância*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FANAROFF, A. & KLAUS, M. *Alto Risco em Neonatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- MARCH OF DIMES BIRTH DEFECTS FOUNDATION. Disponível em: <www.marchofdimes.com>
- REYNOLDS, M. A. et al. Multiple births conceived using assisted reproductive technology, United States: 1997-2000. *Pediatrics*, 111(5): 1159-1162, maio 2003.
- STERN, D. *O Mundo Interpessoal do Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- WEISMAN, L. E. *How to select a neonatal intensive care unit (NICU)*. Disponível em: <www.neonate.net/Parent/NICU.htm>. Acesso em: 21 jul. 2003.
- WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.