

MANIPULAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM UTI: ALERTA À ENFERMAGEM

Caroline Alves Gomes¹ e Giselda Veronice Hahn²

Resumo: A pesquisa Manipulação do recém-nascido internado em UTI: alerta à enfermagem teve por objetivo verificar como a equipe de enfermagem percebe o estresse causado pelo manejo à criança internada na UTI. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de campo, com análise qualitativa dos dados. A amostra constituiu-se de sete técnicos de enfermagem e três enfermeiras que atuam em UTI pediátrica e neonatal de um hospital no interior do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Os resultados demonstram que a equipe identifica as necessidades de cuidado à criança, está qualificada para atendê-las; relaciona como fonte estressora o manuseio realizado durante a assistência de enfermagem. Procura minimizar o risco de estresse usando manta sobre a incubadora para diminuir a luminosidade e os ruídos, abrindo e fechando as portinholas da incubadora com cuidado, controlando a temperatura corporal, trocando o decúbito, manuseando minimamente o RN, realizando a lavagem das mãos e organizando o ambiente e trabalho. Neste ambiente é difícil deixar o RN em completo repouso, porém uma equipe capacitada sabe de suas responsabilidades para com a recuperação da criança e deve buscar continuamente seu aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Cuidados intensivos. Cuidados de enfermagem. Estresse. UTI neonatal.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem tem como foco de trabalho o cuidado ao ser humano em todas as fases do desenvolvimento e vem ampliando constantemente seu conhecimento. O trabalho da enfermagem exercido em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é um desafio constante, pois requer vigilância, habilidade, conhecimento e sensibilidade, e em UTI pediátrica e neonatal, em especial, uma vez que o paciente não fala, é extremamente vulnerável e totalmente dependente da equipe que o assiste.

A transição da criança para a vida extrauterina é um evento estressante mesmo em condições de saúde, pois o recém-nascido (RN) passa bruscamente de um ambiente seguro, quente, úmido e escuro, com poucos estímulos sensoriais, onde todas as necessidades estão sendo atendidas, para um ambiente completamente diferente do que ele estava acostumado, com características opostas àquelas encontradas no ambiente intrauterino.

Após o nascimento, entretanto, a criança pode necessitar de cuidados intensivos e ser atendida em UTI. Logo, separada da mãe e da família, torna-se susceptível ao estresse emocional e passa por muitas mudanças. O ambiente é um deles e pode vir a ser um lugar hostil devido ao excesso de luminosidade, manipulação constante e barulho, além de ter que ser submetido a procedimentos que causam desconforto à criança, tanto físico como emocional.

1 Enfermeira. Formada pelo curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES. enfcaroline@gmail.com

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem, docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES. Orientadora da pesquisa. giselda@bewnet.com.br

Assim, o profissional deve considerar que o comprometimento com a saúde da criança pode causar alterações físicas, emocionais e psicológicas. Por isso, devem-se investigar aspectos que amenizem seu sofrimento, para que o ambiente hospitalar se torne realmente um local terapêutico e menos estressante para os bebês.

Diante dessa problemática, o presente estudo tem como tema o estresse do recém-nascido internado em UTI pediátrica e neonatal, devido à manipulação realizada pelos cuidadores da enfermagem. Como problema questiona: como a equipe de enfermagem percebe o estresse do recém-nascido internado em UTI pediátrica e neonatal causado pela manipulação realizada pelos cuidadores?

Este estudo visa a contribuir para a melhoria do cuidado de enfermagem prestado à criança, melhorando sua recuperação enquanto internada. Para tanto, tem como objetivo geral verificar como a equipe de enfermagem percebe o estresse causado pelo manejo da criança internada em UTI pediátrica e neonatal. Os objetivos específicos foram: identificar os riscos de estresse mais comuns nos bebês internados; compreender como a equipe de enfermagem identifica os sinais de estresse do recém-nascido; verificar as necessidades apresentadas pela criança internada e os cuidados prestados pela equipe, bem como conhecer o valor atribuído pela equipe ao trabalho que realiza na recuperação da criança.

A criança internada requer, além de cuidados técnicos, cuidado humanizado, para que ela possa sentir-se segura e confortável diante de um atendimento adequado prestado pela equipe, com o objetivo de aliviar o estresse e melhorar o desenvolvimento, estimulando o crescimento e o desenvolvimento saudáveis.

2 REVISÃO TEÓRICA

Logo após o nascimento, o neonato precisa assumir as funções vitais até então realizadas pela placenta intraútero. Inicia um período crítico de 24h, chamado de período de transição, que é a adaptação do neonato da vida intrauterina para a extrauterina. Para que o neonato sobreviva fora do útero, é necessário que ele atravesse com sucesso o período de transição (KENNER, 2001).

O útero é o local ideal para o crescimento e o desenvolvimento do bebê, pois tem uma temperatura agradável e constante, maciez, oferece aconchego e nele os sons são filtrados e diminuídos. Ao sair desse ambiente, ele enfrentará novos desafios, o que poderá causar alterações em todos os sistemas corporais e expor o recém-nascido a uma ampla variedade de estímulos externos (GAIVA; GOMES, 2003).

O recém-nascido de alto risco possui instabilidade fisiológica e hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, prematuridade, asfixia perinatal, problemas durante a gravidez, levando à necessidade de cuidados intensivos após o nascimento (TAMEZ; SILVA, 2002). Apresenta uma possibilidade maior de ir a óbito durante ou logo após o parto, ou mesmo de ter problemas congênitos ou perinatais, necessitando de intervenções imediatas (KENNER, 2001).

Os recém-nascidos de alto risco frequentemente são classificados de acordo com o seu peso ao nascer, idade gestacional e problemas fisiopatológicos predominantes. Logo após o nascimento, todos os RN são avaliados por meio da Escala de Apgar, a qual é composta por cinco parâmetros que analisam as condições de vitalidade apresentadas pelo RN neste período, são eles: frequência cardíaca, esforço respiratório, irritabilidade reflexa, tônus muscular e coloração da pele. Os problemas mais comuns apontados são os do estado de maturidade do RN, distúrbios químicos e outros que são consequências de órgãos e sistemas imaturos (WHALEY; WONG, 1997).

2.1 Ambiente da UTI e a estimulação das crianças

O ambiente de UTI proporciona um espaço aos recém-nascidos e demais crianças bem diferente do intrauterino. O ambiente da UTI apresenta iluminação intensa e contínua, barulhos, interrupções frequentes dos períodos de sono e repouso, com procedimentos e atividades diversas, prejudicando o desenvolvimento neuromotor desses prematuros (TAMEZ; SILVA, 2002).

O ambiente e as atividades da UTI neonatal são muito estimulantes (Andriola; Oliveira, 2006), e, conseqüentemente, os bebês internados são susceptíveis a uma estimulação não apropriada, que pode até ser nociva ao bom desenvolvimento do RN. O neonato é consciente do ambiente onde vive e responde a estimulações sensoriais (KENNER, 2001).

Os neonatos prematuros e gravemente enfermos são continuamente bombardeados por procedimentos técnicos visando à melhoria de seu estado fisiológico ou o monitoramento de sua patologia. Entretanto, a monitorização dos efeitos dos procedimentos de rotina sobre a oxigenação, como, por exemplo, a coleta de sangue, intubação e aspiração endotraqueal, fisioterapia respiratória, pesagem, troca de fraldas e interação social, pode resultar em reduções significativas e prolongadas de oxigenação (SCOCHI et al., 2001).

O recém-nascido prematuro está sujeito a estresse da mesma forma que qualquer adulto, porém são biologicamente deficientes quanto à sua capacidade de lidar com o estresse ambiental ou adaptar-se a ele. Dessa forma o estresse afeta a função epitalâmica, causando efeitos adversos sobre o crescimento, produção de calor e mecanismos neurológicos (WHALEY; WONG, 1997).

A iluminação fluorescente contínua nas crianças tem preocupado os pesquisadores, devido aos efeitos fisiológicos e bioquímicos que este tipo de iluminação causa, pois acaba interferindo no desenvolvimento do ritmo de padrão dia e noite, muito importante no desenvolvimento futuro desse paciente. Teme-se, também, que esse tipo de iluminação acabe interferindo no desenvolvimento normal da retina desses pacientes prematuros. Reduzir a intensidade da luz dentro do ambiente da UTI neonatal ao recém-nascido enfermo, e principalmente ao prematuro, promove repouso a eles e condições mais adequadas para seu restabelecimento (TAMEZ; SILVA, 2002).

Não há nas UTIs um padrão rítmico de iluminação diurna e a criança está exposta a essa fonte super estimulante, causando, inclusive, dificuldade no ganho de peso (SCOCHI et al., 2001).

O processo de audição inicia-se na vida intrauterina. O feto pode ouvir os sons do ambiente em que a mãe se encontra, assim como sons provenientes do funcionamento do organismo materno. Após o nascimento, a criança é capaz de virar-se em direção ao som e assustar-se com ruídos altos (KENNER, 2001).

Várias são as fontes estressoras causadas pelo ruído em um centro de terapia intensiva, como os respiradores mecânicos, incluindo monitores e sistemas de alarme, os quais são considerados como fatores agravantes no comprometimento auditivo. Esses ruídos, frequentemente são graves, persistentes e contínuos, causando dano à saúde da criança, se superior a 60 decibéis (SCOCHI et al., 2001). Katz apud Gomes e Crivari (1998, p. 454) define ruído como: “[...] qualquer sinal auditivo indesejável, podendo ser elétrico ou de outra natureza, ou, ainda, o som com uma forma de onda não periódica (não repetitiva), onde a amplitude não depende da frequência.”

Os níveis de ruídos dentro das incubadoras variam entre 50 a 86 decibéis, chegando a 108 decibéis ao se fechar uma portinhola. Todavia, esses níveis podem aumentar quando se muda a bandeja de posição, fecham-se as portinholas, apoia-se a mamadeira e outros objetos sobre a incubadora e até mesmo quando se golpeiam os dedos sobre a cúpula (SCOCHI et al., 2001).

Os níveis de ruídos altos podem prejudicar a cóclea, causando a perda da audição, além de interferirem no repouso e no sono do recém-nascido, levando à fadiga, agitação e irritabilidade,

deixando a criança chorosa, aumentando a pressão intracraniana e predispondo à hemorragia craniana intraventricular nos prematuros (TAMEZ; SILVA, 2002).

No Brasil, somente na década de 90 tiveram início estudos direcionados à questão do ruído em ambiente neonatal, especificamente em incubadoras (RODARTE et al., 2005).

Calcula-se que, em um período de internação de cerca de quatro meses, a criança é manipulada de 82 a 132 vezes por dia e cuidada por três enfermeiras por dia. Dessa forma o bebê tem experiência de 240 mudanças de cuidadores, entre médicos, enfermeiras e fisioterapeutas (SCOCHI et al., 2001). Para os autores, com essa manipulação diária o prematuro tem períodos muito breves de sono ininterrupto, com duração de 4,6 a 9,2 minutos. O prematuro que possui um intervalo curto de sono REM apresenta menor oxigenação do que o bebê que está em sono profundo. Sendo assim, as intervenções de enfermagem destinadas a reduzir o estresse do RN produzem melhorias no crescimento e no desenvolvimento dessa criança (WHALEY; WONG, 1997).

O ambiente exerce várias influências sobre o paciente, que podem ser favoráveis para sua recuperação ou prejudicá-lo ainda mais. Cabe à equipe de enfermagem investir esforços para que esse ambiente se torne confortável, permitindo o restabelecimento da saúde do paciente o mais rápido possível. A cada momento que estamos interagindo com o RN, estamos de alguma forma interferindo na sua recuperação por meio de nossa presença, emissão de sons, cheiro, toque e imposição das mãos (HANDEM; ROCHA; FIGUEIREDO, 2003).

Seguem algumas recomendações para a enfermagem facilitar a adaptação do recém-nascido em UTI: em relação ao ambiente, os cuidados devem proporcionar à criança redução da luz; cobrir a incubadora com manta; reduzir os níveis de ruídos; baixar o volume das vozes, rádios, alarmes, monitores, entre outros; manipular a incubadora com cuidado; evitar apoiar objetos e golpear dedos sobre a superfície da incubadora, bem como programar horários de descanso ao RN. Com relação ao manejo frequente devido às rotinas e aos procedimentos, a equipe deve melhorar a posição da criança antes dos procedimentos; programar o cuidado em etapas, se possível, e providenciar a manutenção de suporte até que a criança se acalme. Algumas posturas no leito que favorecem o conforto da criança internada precisam ser adotadas e consistem em criar um “ninho” com rolos de fralda; usar colchão de água; alternar posição regularmente e manter posição prona (decúbito ventral) e lateral sempre que possível. Com relação ao déficit no sono e repouso modificar o ambiente para reduzir a estimulação; preservar ambiente calmo durante os períodos de sono; evitar procedimentos e manipulações desnecessárias; manipular a criança suavemente, proporcionando atenções individuais e não rotineiras e controlar os sinais vitais por meio de monitores (SCOCHI et al., 2001).

O enfermeiro tem um papel fundamental na coordenação do processo de cuidar. Logo, deve ter competência ética, estética e conhecimento científico para reconhecer as necessidades individuais, bem como administrar e planejar o cuidado de enfermagem de maneira eficaz. A criança é um ser expresso por sua dependência, fragilidade, delicadeza e instabilidade, o que requer da equipe de enfermagem atenção, percepção, sensibilidade para cuidar, o que faz do cuidador um ser especial (SIMSEN; CROSSETTI, 2007).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de campo, com análise qualitativa dos dados. A coleta foi realizada em uma UTI pediátrica e neonatal de um hospital situado no interior do estado do RS. A amostra foi composta por técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuam em todos os turnos na unidade há mais de um ano, totalizando três enfermeiras e sete técnicos, que aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada contendo cinco perguntas abertas sobre estresse e manipulação do RN, e a importância do trabalho de enfermagem na recuperação da criança. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Foi realizado teste piloto do instrumento com dois integrantes da equipe do turno da manhã, não sendo necessários ajustes. Os dados foram interpretados de acordo com a análise temática (MINAYO, 1992).

Foi firmado com os sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) e lhes assegurado o direito de interromper sua participação em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Também foi garantido aos sujeitos sigilo e anonimato quanto aos dados pessoais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Univates, sob o nº 033/07, de 12 de maio de 2007.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Tema 1: Riscos de estresse a que a criança internada em UTI está exposta

Segundo os entrevistados, a criança internada em UTI está exposta a vários fatores que levam ao estresse, como: a luminosidade, o manuseio excessivo, alimentação e os ruídos. Nesse sentido, referem:

A gente percebe muito bem que quando está incidindo muita luz...ele se agita (S3).

A luz não pode ser desligada, ele fica ali, na exposição de tudo (S10).

As ações de enfermagem devem ser dirigidas no sentido de reduzir a luminosidade do ambiente, propiciando ambiente mais adequado, como por exemplo, cobrir a incubadora com uma manta para proteger o prematuro do excesso de estímulo ambiental e possibilitar o ciclo natural de sono-vigília (SCOCHI et al, 2001).

O excesso de manuseio do bebê devido ao número de profissionais da saúde que trabalha no setor também acaba influenciando no comportamento da criança, Segundo alguns entrevistados, eles são manipulados a todo momento. Os procedimentos como punções venosas, coletas laboratoriais e exames foram apontados como um risco de estresse:

[A criança] tem muito estresse pelo simples fato de tu ter que manusear com ele (S2).

[As crianças] cansam, também com tanto manuseio, porque sempre tem alguém mexendo... sempre tem coisa pra fazer (S1).

Quanto ao início da dieta há, segundo os profissionais, o risco de aspiração, o que acaba gerando um estresse no momento da alimentação. Comentam:

...logo que inicia VO [alimentação por via oral], eles aspiram. Tem que ter bastante cuidado na dieta (S1).

A lavagem das mãos é importante. Os profissionais salientam que é uma forma de prevenção de infecções:

Ele [o bebê] também tem riscos de pegar infecções porque tem processos invasivos (S3).

A medida mais importante de prevenção de infecções é a lavagem das mãos, antes e depois do manuseio de cada criança (KELNAR; HARVEY; SIMPSON, 2001).

Outro fator estressante é o ambiente, sendo citados os ruídos ao abrir e fechar as portinholas, conversas dentro do setor, movimentação de pessoas, rádios, alarmes, entre outros. Os pensadores S3 e S9 destacam:

Ruído...é um fator que a gente procura evitar durante a noite...deixando um ambiente mais calmo (S3).

Eu acho que o rádio incomoda, o barulho da incubadora ao abrir as portinholas incomoda, os alarmes incomodam, né? E a própria movimentação de cadeiras (S9).

Os ruídos fortes e bruscos provocam efeitos indesejáveis, como perturbação do sono, choro, taquicardia, hipoxemia e aumento da pressão intracraniana (KELNAR; HARVEY; SIMPSON, 2001). O cérebro do recém-nascido é imaturo para processar e registrar as informações sensoriais e é incapaz de selecionar as informações recebidas devido à falta de controle inibitório (RODARTE, 2005).

4.2 Tema 2: Como a equipe percebe o estresse da criança

A maioria dos profissionais entrevistados relatou que o choro, a agitação, a mudança da expressão facial e a alteração dos sinais vitais são expressões utilizadas pela criança quando está estressada. Salientam:

Está estressado quando tu percebe que ele está choroso... ele está assim inquieto no berço ou na incubadora (S2).

Vários sinais eles demonstram: taquipneia, taquicardia, agitação (S9).

Quando ele está muito choroso, muito agitado, às vezes ele fica se debatendo, então nada tá bom. Tu vira de um jeito e de outro, e eles nunca se acomodam (S7).

O estresse produzido pelo ambiente e pelos procedimentos acabam resultando em alterações fisiológicas como apneia, bradicardia, aumento da demanda calórica, tornando difícil para os prematuros ganharem peso, além de comprometer o desenvolvimento neurológico desses bebês (ANDRIOLA; OLIVEIRA, 2006).

4.3 Tema 3: Necessidades apresentadas pelo recém-nascido

Diversas foram as necessidades do RN internado em UTI apontadas pelos profissionais da saúde, sendo que a definição de diagnóstico foi citada como uma das primeiras, para que a criança possa ter um atendimento específico em relação a sua patologia. S1 refere:

Tem que descobrir primeiro o que é que ele tem... pra ver o que vai ser necessário pra ele.

O manuseio mínimo, de acordo com as condições da criança, foi citado pela equipe visando a proporcionar sono, repouso e conforto adequados:

Tentar manusear o mínimo possível... porque senão eles ficam estressados (S1).

Manter ele confortável no leito... com uma temperatura adequada (S2).

Com relação aos cuidados clínicos a serem realizados, a maioria dos entrevistados citou a administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, realização de HGT, exames laboratoriais, entre outros, como necessários ao restabelecimento do bebê:

[Administrar] as medicações nos horários corretos (S6).

Ele [o bebê] vem pra [receber] um cuidado especial...sinais vitais (S10).

O neonato de alto risco é aquele cuja vida ou qualidade de vida estiver ameaçada. A participação do profissional de enfermagem tem se tornado relativamente mais complexa, com maior ênfase nas observações clínicas sutis, exigindo uma supervisão cuidadosa dos profissionais (THOMPSON; ASHWILL, 1996).

A higiene foi outra necessidade apontada pela equipe. Ela engloba a higiene do coto umbilical, do corpo e do períneo, para que não ocorram assaduras no bebê. Os pesquisados S9 e S7 explicam:

Quando ele está em condições a gente dá banho (S9).

... ver se ele tá sequinho, a higiene (S7).

A higiene da criança hospitalizada previne doenças, recupera a saúde e propicia conforto e bem-estar à criança. Entre os procedimentos realizados no banho, temos a higiene das unhas, a higiene oral e ocular, a troca de fraldas e a higiene perineal (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Os bebês internados em UTI às vezes necessitam de fototerapia e esse tratamento exige proteção ocular, bem como, segundo os profissionais, são necessários cuidados com a pele, como:

...quando está com fototerapia sempre colocar a proteção ocular...(S1).

Os olhos da criança devem ser protegidos durante o tratamento de fototerapia, protegendo-a de problemas na retina (KELNAR; HARVEY; SIMPSON, 2001).

Dentre as necessidades fisiológicas, os respondentes citaram a alimentação e as eliminações, sendo necessário observar também o resíduo gástrico do bebê. S5 observa:

Quanto à alimentação, ver se ele não está deixando resíduo.

Aumentar a oferta de líquidos, a fim de compensar as perdas hídricas adicionais. Entretanto, convém vigiar o peso, a diurese e a osmolariedade ou o peso da urina, aumentando a oferta de líquidos, se necessário (KELNAR; HARVEY; SIMPSON, 2001).

Outra necessidade apontada pelos profissionais está relacionada à diminuição de ruídos internos na incubadora, por meio da colocação de uma proteção sobre ela, e também à diminuição da luminosidade ao bebê. S1 explica o que faz nesse sentido:

A gente [A equipe] sempre põe um paninho em cima da incubadora para ficar mais escurinho... Com relação à incubadora, se bate nela, eles sentem também (S1).

As ações de enfermagem devem ser dirigidas no sentido de reduzir a luminosidade, proporcionando uma diminuição no estímulo ambiental e possibilitando o ciclo natural do sono-vigília (SCOCHI et al., 2001).

A equipe de enfermagem citou o controle da temperatura da incubadora como uma necessidade importante para a criança:

Possuir uma temperatura [da incubadora] adequada ... não aquecer demais (S2).

... tem que controlar o aquecimento [da incubadora], para ver se ele [recém nascido] está bem aquecido (S7).

A estabilidade da temperatura corpórea é de grande importância para a boa evolução da criança, evitando as consequências da hipotermia ou do superaquecimento (LEONE; TRONQUINI, 2001).

4.4 Tema 4: A equipe cuidando da criança

A enfermagem que atua em um ambiente como a UTI precisa prestar cuidado integral à criança, para facilitar sua recuperação. Os pesquisadores S3 e S2 contam:

Cuido atendendo as necessidades físicas, fisiológicas e biológicas da criança (S3).

A gente procura cuidar dele [recém-nascido] da melhor maneira possível. A gente mantém ele [recém-nascido] confortável (S2).

Foram citados cuidados com as rotinas, procedimentos, trocas de decúbito, alimentação, aquecimento, lavagem das mãos, manuseio mínimo e organização do ambiente para uma rápida recuperação da criança. Alguns pesquisados comentam:

Sempre tento seguir as rotinas da UTI, com cuidado.... As dietas eu tento dar no horário (S8).

Deixo o bebê em posição fetal (S1).

Cuido quando vou abrir [a incubadora] para ele não se esfriar (S8).

A enfermagem, ao assumir os cuidados de um prematuro durante 24h por dia, deve organizar o trabalho no sentido de minimizar os riscos (SCOCHI et al., 2001).

4.5 Tema 5: Importância atribuída pela equipe ao seu trabalho na recuperação da criança

O valor ou a importância atribuída pela equipe ao seu trabalho na recuperação da criança está relacionado ao profissional que gosta do que faz e, acima de tudo, o faz em busca da recuperação mais breve do paciente, com o objetivo de aliviar a dor e o sofrimento tanto da criança como da família. Alguns participantes do estudo revelam:

Eu tenho que ter precisão, porque é uma vida que depende de ti (S1).

A gente faz o possível para ele ter uma recuperação mais rápida, para que ele possa voltar pra casa com a família (S2).

A busca pela humanização nas UTIs faz com que haja a necessidade de organizar o trabalho de forma a garantir uma assistência voltada às necessidades individualizadas dos bebês (GAIVA; GOMES, 2003). A enfermagem atua para que os cuidados não prejudiquem futuramente a vida dessas crianças. Logo, evitar ruídos desnecessários, diminuir a luminosidade, manter a temperatura adequada e evitar a manipulação excessiva expressam um cuidado autêntico. O cuidado realizado na UTI deve acontecer em um ambiente que proteja a criança em todos os sentidos, ou seja, no seu desenvolvimento e na sua recuperação (SIMSEN; CROSSETTI, 2007).

5 CONCLUSÃO

Foi possível verificar, de maneira ampla, a forma como a equipe de enfermagem composta por técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuam em uma UTI pediátrica e neonatal há mais de um ano percebe o estresse causado pelo manejo à criança internada nesse ambiente.

A criança internada está exposta a vários fatores que podem gerar estresse, como a luminosidade e ruídos constantes, o risco de aspiração durante a alimentação, a realização contínua de cuidados, exames e o pouco tempo de descanso continuado. A movimentação das pessoas, rádios, alarmes, conversas e a abertura e o fechamento das portinholas, além do ruído interno e das oscilações de temperaturas da incubadora, foram citados como fonte de estresse.

Outro fator apontado pela equipe é o risco de infecção, pois o recém-nascido não dispõe de um mecanismo de defesa adequado, tornando a prevenção de infecções um cuidado sempre presente durante a assistência, o que requer lavagem das mãos a cada manuseio com o recém-nascido.

A equipe percebe o estresse da criança pelo choro, agitação, alteração dos sinais vitais e expressão facial, mesmo na criança intubada. Por isso, é necessário o profissional estar atento a todos os sinais que a criança emite.

Pelas falas foi possível perceber que a equipe de enfermagem identifica diversas necessidades na criança internada, desde o diagnóstico clínico imediato, sono e repouso, manuseio mínimo, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais e do nível de oxigênio no sangue, cuidados de higiene, alimentação, hidratação e proteção ocular.

A equipe lança mão de diversas formas para minimizar o estresse da criança, como a colocação de manta sobre a incubadora para diminuir a luminosidade e auxiliar na minimização dos ruídos causados pela manipulação da própria incubadora; cuidado com o ruído ao abrir e fechar as portinholas, o qual deve ser sempre reforçado entre todos os membros da equipe, pois é

por elas que a equipe tem acesso constante à criança. Ao manipular a incubadora, em especial as portinholas, a criança assusta-se, o que lhe gera desconforto e estresse.

Foram citados ainda todos os procedimentos realizados, como trocas de decúbito, controle da temperatura corporal, lavagem das mãos, manuseio mínimo e organização do ambiente para uma breve recuperação da criança.

É preciso mais do que o cuidado técnico. São necessárias a percepção e a sensibilidade para prestar cuidado integral à criança, atendendo também as necessidades de afeto. Destaca-se, assim, o papel da enfermagem por assumir parcela significativa do cuidado ao recém-nascido. A criança internada é um ser expresso por sua dependência, fragilidade e instabilidade.

Verificou-se que a equipe faz relação entre o nível de estresse da criança com o necessário manuseio que deve dispensar a ela, procurando minimizar ao máximo esses desconfortos.

Proporcionar um ambiente calmo e saudável ao recém-nascido internado em UTI é um desafio muito grande para a equipe de enfermagem, pois se sabe que esta criança requer cuidados extremos. O avanço da tecnologia oferece diversos equipamentos e recursos materiais, e auxilia a equipe nos controles periódicos que necessita realizar.

Nesse ambiente é quase impossível deixar um recém-nascido quieto, sem nenhum manuseio, porém uma equipe capacitada e qualificada sabe de suas responsabilidades para com a recuperação da criança e deve buscar continuamente seu aperfeiçoamento.

REFERÊNCIAS

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

GAIVA, M. A. M.; GOMES, M. M. F. **Cuidando do neonato: Uma Abordagem de Enfermagem**. Goiânia: AB, 2003.

TAMEZ, R. do N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

WHALEY; WONG. **Enfermagem pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

ANDRIOLA, Y. M.; OLIVEIRA, D. R. G. de. **A Influência da música na recuperação do recém-nascido prematuro na uti neonatal**. Revista Nursing, v. 99, n 8, Ago. 2006.

SCOCHI, C. G. S. et al. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paul Enf**. São Paulo, v.14, n. 1, p. 9-16, 2001.

GOMES, CF; CRIVARI, M. M. F. Os ruídos hospitalares e a audição do bebê. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, v. 64, n. 5, p. 453-457, 1998.

RODARTE, M.D.O. et al. **O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem**. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p. 79-85, jan./ fev. 2005.

HANDEM, P.C.; ROCHA, R. G.; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Comunicação e toque: a influência do ambiente nos cuidados. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensinando a cuidar da criança**. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003.

SIMSEN, C. D.; CROSSETTI, M. da G. A. O significado do cuidado em uti neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, ago. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1992.

BRASIL. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.ufgrs.br/bioetica/res196/96.htm>>. Acesso em: 20 de maio 2007

KELNAR, C. J. K.; HARVEY, D.; SIMPSON, C. **O Recém-nascido doente**: diagnóstico e tratamento em neonatologia. 3ªed. São Paulo: 2001.

THOMPSON, E. D.; ASHWILL, J. W. **Uma introdução à enfermagem pediátrica**. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. **Manual de Enfermagem em Pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

LEONE, C. R.; TRONCHIN, D. M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 2001.