

Carneiro Rolim, Karla Maria; Moreira Leitão Cardoso, Maria Vera Lúcia

A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiracão orotraqueal e coleta de sangue

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 40, núm. 4, 2006, pp. 515-523

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033288010>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,

ISSN (Versão impressa): 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiracão orotraqueal e coleta de sangue*

INTERACTION NURSE-NEWBORN DURING OROTRACHEAL ASPIRATION AND BLOOD COLLECTION

LA INTERACCIÓN ENFERMERA-RECIÉN NACIDO DURANTE LA PRÁCTICA DE ASPIRACIÓN OROTRAQUEAL Y RECOLECCIÓN DE SANGRE

Karla Maria Carneiro Rolim¹, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso²

RESUMO

Refletindo nossa vivência como enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), assim como da urgência em assistir o recém-nascido (RN) internado, objetivamos descrever a interação entre enfermeira e RN durante a prática do cuidado na aspiração orotraqueal, na coleta de sangue para exames laboratoriais com ênfase nas respostas fisiológicas e comportamentais. Pesquisa exploratória, descritiva, na qual utilizamos a Teoria de Paterson e Zderad (1976). Realizada numa maternidade pública, em Fortaleza-CE, com seis enfermeiras e 21 bebês de risco. Coletamos os dados no período de abril a junho de 2003. Os resultados demonstraram que os RNs, ao interagirem com os enfermeiros, apresentaram aumento da freqüência cardíaca, diminuição da saturação de oxigênio, expressão de choro, agitação, tranquilidade, calma. O enfermeiro, na maioria das vezes, utilizou o toque técnico, mas pudemos presenciar, as relações Eu-Tu e Eu-Isso com base na Teoria Humanística a qual pode ser praticada no cotidiano do cuidado ao bebê.

ABSTRACT

Reflecting on our experience as nurses in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), as well as on the urgency in the assistance to hospitalized newborns (NB), we aimed at describing the interaction between nurses and NBs during the practice of care in the oral tracheal aspiration and in the blood collection for laboratory exams, with emphasis on the physiological and behavioral responses. This is an exploratory and descriptive research, in which we used the Paterson and Zderad Theory (1976). It was conducted in a public maternity ward in Fortaleza, State of Ceará, with six nurses and 21 babies at risk. The data was collected in the period from April to June, 2003. The results showed that, when interacting with nurses, NBs show increased heart rate, decreased oxygen saturation, weeping expression, agitation, tranquility, calmness. Most of the times nurses used the technical touch, but, as we could observe, the relations I-Thou, and I-It, based on the Humanistic Theory, which can be applied in the babies' everyday care.

RESUMEN

Reflexionando en nuestra vivencia como enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UTIN), así como en la urgencia de asistir al recién nacido (RN) internado, tuvimos como objetivo describir la interacción entre enfermera y RN durante la práctica del cuidado en la aspiración orotraqueal y en la recolección de sangre para exámenes de laboratorio con énfasis en las respuestas fisiológicas y de comportamiento. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva, en la cual utilizamos la Teoría de Paterson y Zderad (1976). Se llevó a cabo en una maternidad pública, en Fortaleza-CE, con seis enfermeras y 21 bebés de riesgo. Recolectamos los datos en el período de abril a junio del 2003. Los resultados demostraron que los RNs, al interactuar con los enfermeros, presentaron aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la saturación de oxígeno, expresión de llanto, agitación, tranquilidad, calma. El enfermero, la mayoría de las veces, utilizó el toque técnico, pero pudimos presenciar, las relaciones Yo-Tú y Yo-Eso, basada en la Teoría Humanística, la misma que puede ser practicada en el cotidiano del cuidado al bebé.

* Extraído da dissertação “A enfermagem e o recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada”, Universidade Federal do Ceará/UFC, 2003.

¹ Mestra em Enfermagem Clínico-Cirúrgica. Doutoranda em Enfermagem pela UFC. Enfermeira da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand-MEAC/UFC. Integrante do Projeto “Saúde do Binômio Mãe-Filho”, UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. karla.rolim@uol.com.br

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do DENF/FFOE/UFC. Coordenadora do Projeto “Saúde do Binômio Mãe-Filho”, UFC. cardoso@ufc.br

DESCRITORES

Relações enfermeiro-paciente.
Cuidados de enfermagem.
Prematuro.
Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

KEY WORDS

Nurse-patient relations.
Nursing care.
Infant, premature.
Intensive care units, neonatal.

DESCRIPTORES

Relaciones enfermero-paciente.
Atención de enfermería.
Prematuro.
Unidades de terapia intensiva neonatal.

INTRODUÇÃO

A criação e a implementação de ambientes para cuidados intensivos constituem um direito e uma necessidade de todos os seres humanos, meta a ser perseguida pelos profissionais de saúde, incluindo-se aí a enfermeira, que deve ser comprometida em prover conforto e bem-estar ao processo de viver e morrer, utilizando cuidados que preservem e estimulem a vida.

A atenção ao recém-nascido (RN) deve ser estruturada e organizada, pois este faz parte da população sujeita a riscos. A assistência, portanto, não deve ser direcionada somente para condutas técnicas operacionais, mas também para uma tecnologia associada ao acolhimento, desenvolvendo uma visão esclarecedora, que vem do “olho do coração” do cuidador para o ser que está sendo cuidado em sua integralidade, respeitando sua individualidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o recém-nascido pré-termo (RNPT) é aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas; é, por necessidade vital, separado de sua mãe e conduzido à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde se separará com um ambiente muito diferente daquele no qual se encontrava⁽¹⁾. As luzes são contínuas e fortes, e o nível sonoro é alto. O bebê passa a ser excessivamente manuseado, cerca de 134 vezes em 24 horas, durante a fase mais crítica, tanto por procedimentos dolorosos quanto para cuidados de rotina⁽²⁾.

Na tentativa de melhorar o estado de saúde do RNPT, os profissionais que dele cuidam realizam muitos procedimentos como intubação, ventilação mecânica, inserção de cateteres, além de punções venosas que podem prolongar-se por muitos dias, favorecendo a um processo de excessivos episódios de manuseio. O recém-nascido permanecerá por algum tempo em uma incubadora, longe do carinho e do aconchego de sua mãe, sentirá não o cheiro do leite e da pele materna, mas o odor de substâncias usadas em procedimentos, na lavagem das mãos dos cuidadores e nos lençóis de seu leito.

Essa assistência, muitas vezes, não demonstra cuidado direcionado para a preservação da individualidade do bebê, podendo ocorrer a qualquer hora de acordo com as necessidades da equipe de saúde e, geralmente, não é modificada levando em consideração os sinais emitidos pelo bebê, seja pela pele, pelo choro e pelas mílicas as quais podem demonstrar desagrado.

A enfermagem atua fazendo, refazendo, construindo e reconstruindo o cuidado, no qual o RN se comporta não como objeto, mas como sujeito ativo e receptivo, percebendo e interagindo com o cuidador. Assim, acreditamos que o cuidado a ser implementado na UTIN necessita ser vivenciado em sua totalidade, na tentativa de reduzir manu-

seios excessivos que possam comprometer o bem-estar do bebê, provocando nele manifestações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais.

Sabemos que o avanço tecnológico e a criatividade humana têm contribuído para a cura e o tratamento de muitas doenças que acometem bebês. Nosso interesse profissional é de buscar modificações na atenção ao RN de risco, em um ambiente onde a tecnologia não seja tão importante que se sobreponha às situações humanas e no qual o bebê vivencia a necessidade de lutar pela sua sobrevivência.

A TECNOLOGIA E O CUIDADO HUMANO

Em uma UTIN, onde a prioridade é salvar vidas, ainda percebemos certa valorização acentuada da técnica, exigindo conhecimentos especializados, uma equipe de profissionais qualificada e competente no uso de equipamentos e materiais, porém acreditamos que a tecnologia deva ser utilizada como meio para o cuidado e não como o seu fim. O cuidado aqui relatado tem ações humanizadas de enfermagem, quando o RN é assistido individualmente com respeito. Os caminhos a serem percorridos pela enfermeira para atingir os objetivos assistenciais são os que preservam aspectos humanos, técnicos e éticos.

Ademais, quando nos detemos à temática, consideramos que o ser humano é um ser individual necessariamente relacionado com outros homens no tempo e no espaço, é dotado de sentimentos e de valores que lhes são inerentes, e cujo bem-estar físico, psicológico, social e afetivo deve ser estimulado e mantido.

Enfatizamos a nossa vivência e a preocupação com os bebês de risco na UTIN, além da grande responsabilidade do que é sermos enfermeiras intensivistas. Quando o RN está enfermo, a habilidade para adaptação e ajustamento no ambiente extrauterino apresenta-se alterada e facilmente se descompensa, levando o bebê a instabilidades de funções fisiológicas, afetando também seu desenvolvimento neuromotor.

Este ambiente tão tecnicista não tem o objetivo de eliminar os cuidados, mas de propiciar tempo para que os cuidadores permaneçam perto do paciente, olhando-o, tocando-o, dialogando com ele e até velando seu sono tranquilo, enquanto monitores fornecem os dados vitais⁽³⁾. O meio ambiente estressante, barulhento e com iluminação excessiva da UTIN predispõe o bebê a desenvolver complicações clínicas, como bradicardia, apnéia e deficiência nutricional, entre outras⁽⁴⁾.

Humanizar este ambiente implica sensibilizar pessoas ao envolvimento, à flexibilidade e à singularidade a olhar as situações de enfermagem, buscando uma relação harmônica na qual o profissional e o RN possam juntos estimular e

serem estimulados na busca do bem-estar e de estar melhor. A observação dos sinais emitidos pelo RN é essencial, uma vez que a falta de respostas comportamentais e choro não é, necessariamente, indicativo de falta de dor. As instituições de saúde devem desenvolver e implementar cuidados de prevenção à dor e ao estresse do RN, utilizando-se, entretanto, de programas educacionais que sensibilizem os profissionais quanto à utilização de estratégias e individualizando o cuidado⁽⁵⁾.

Surge um paradigma: o cuidado não pode ocorrer a qualquer hora, de acordo com as necessidades da equipe de saúde. Há um interesse cada vez maior em compreender o bebê, avaliando e adequando os procedimentos de cuidado, sendo um dos passos do cuidado humanizado a observação das respostas comportamentais e fisiológicas do bebê ao manuseio. Devem ser observados pela enfermeira os sinais emitidos por ele como choro, mímicas de desagrado, mudanças de coloração da pele, e planejar e executar ações de consolo, promovendo segurança, favorecendo a organização motora e sensorial, visando diminuir danos à sua recuperação. O entendimento, pela enfermeira, da concepção do ser humano na sua totalidade favorece a determinação do cuidado integral.

Os procedimentos técnicos que permeiam a assistência ao bebê de risco estão relacionados a vários agravantes da saúde, como os distúrbios respiratórios, os quais são considerados como uma das principais causas de mortalidade no período neonatal, sendo também responsáveis pela maior parte das admissões em UTIN⁽⁶⁾. Estes distúrbios são de origens diversas, incluindo-se as causas pulmonares, seguidas daquelas que necessitam de intervenções cirúrgicas e de urgência. Os bebês que apresentam estes distúrbios necessitam de suporte ventilatório mecânico por incapacidade de manutenção de sua dinâmica respiratória⁽²⁾.

A avaliação laboratorial é de extrema importância na assistência de RN com distúrbios respiratórios. Exames como hemograma, glicemia, hemocultura e gasometria arterial são indispensáveis no diagnóstico de doença respiratória. Particularmente necessário é um exame radiológico do tórax. Após os resultados destes exames, são prescritas as alterações e/ou modificações do suporte ventilatório desses bebês⁽⁷⁾.

A aspiração da cânula ou tubo orotraqueal é realizada pela enfermeira e de preferência com ajuda de outro profissional, com a finalidade de manter permeável a via respiratória. Para isso, utiliza um equipamento e segue uma ordem lógica de execução, de acordo com seu discernimento técnico e com atitudes humanizadas, o que é entendido como meio de confortar, conversar, tranquilizar, acariciar e proporcionar segurança ao bebê⁽⁷⁾.

Uma criança intubada não pode fazer uso da palavra, não chora, mas continua pensando; em seu peito existe um coração que sente, e ele pode se comunicar sim, com o rosto, com as mãos e com o corpo⁽⁸⁾. Esta situação em que o bebê não verbaliza seus sentimentos contribui para o desasco ao choro, e ele pode chamar a atenção do profissional, fazendo uso de outros sinais, como agitação, cianose, queda de saturação e até mesmo vômitos, podendo estas alterações contribuir para o agravamento da doença⁽³⁾.

O fator desconforto deve ser observado com muita atenção pela enfermeira, pois, por muitas vezes, é necessária a restrição dos movimentos do bebê na incubadora para evitar a desconexão do tubo orotraqueal do suporte ventilatório mecânico. Para evitar este desconforto, o desgaste físico e psicológico do RN, a enfermeira poderá dispor de um toque carinhoso, procurando promover sensação de segurança e tranquilidade ao bebê, posicionando-o confortavelmente no leito, mantendo suas mãos livres e na altura dos lábios, estimulando, assim, a sucção não nutritiva.

A observação dos sinais emitidos pelo RN é essencial, uma vez que a falta de respostas comportamentais e choro não é necessariamente, indicativo de falta de dor.

É a sua percepção, o seu olhar holístico para com o bebê, que conduz à observação do chamado deste paciente feito por meios não verbais, denotando a rejeição ao suporte ventilatório e às condições de dor, irritação ou quaisquer outras vivenciadas e sentidas por ele. O manuseio realizado de forma huma-nizada pela enfermeira é uma atitude que implica estar com o bebê, experenciando a totalidade do momento do encontro, sendo responsável, ético, competente, empático, dedicado, atencioso, afetivo, interagindo por meio do olhar, do toque, da fala e de outras ações que favoreçam sensações de segurança e conforto⁽³⁾.

A busca da diminuição da morbimortalidade perinatal e o compromisso com o cuidado que priorize o bem-estar do bebê, no qual a avaliação e a adequação dos procedimentos respeitem e promovam a vida humana, justificam sobremaneira a realização deste estudo, tornando-nos convictas de que a profusão das informações que envolvem a assistência baseada na humanização é o caminho a ser traçado por aqueles que almejam qualidade em suas ações.

Assim, ousamos estudar nesta pesquisa o cuidado de enfermagem a ser oferecido ao bebê na UTIN, incluindo procedimentos realizados diariamente pelo enfermeiro como a coleta de sangue para exames laboratoriais, que se configura como importante no manejo de distúrbios respiratórios e, na maioria das vezes, de acordo com seus achados, realizam-se alterações na terapêutica do bebê; e a conduta da enfermeira frente à aspiração orotraqueal, que deve ser compreendida muito além da manutenção das vias desobstruídas, pois nesta ocasião, durante o desempenho dos cuidados, deverá ser percebida pela enfermeira a sincronia do bebê com o aparelho de ventilação mecânica e os

movimentos utilizados por ele como tentativas de comunicação. São os *chamados* do bebê.

Refletindo nossa vivência como enfermeiras atuantes na UTIN, assim como da urgência em assistir o RN de risco, este estudo teve como objetivo descrever a interação entre enfermeira e recém-nascido internado em UTIN durante a prática do cuidado na aspiração orotraqueal, na coleta de sangue para exames laboratoriais destacando suas responsabilidades fisiológicas e comportamentais.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória-descritiva, desenvolvida numa abordagem qualitativa, tendo como foco essencial o cuidado de enfermagem realizado pela enfermeira na UTIN ao recém-nascido de risco. O referencial teórico-metodológico foi a Teoria Humanística de Paterson e Zderad, que compreende os fundamentos e significados humanos da enfermagem para direcionar o desenvolvimento do cuidado respeitando-se o contexto e a relação humana.

O local escolhido para execução desse estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de uma maternidade de referência na cidade de Fortaleza-Ceará. Esta é considerada de nível terciário, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade.

Os sujeitos da pesquisa enquadram-se em dois grupos: o primeiro composto por seis enfermeiras atuantes na UTIN, nos períodos da manhã e da tarde. Justificamos esta escolha por serem estas, membros da escala fixa, possuindo maior tempo de permanência contínua e familiarização com as rotinas do dia, visto que as enfermeiras da escala noturna trabalham doze horas e, em seguida permanecem por 48h afastadas da UTIN em regime de descanso e folga. Essas profissionais atuam no cuidado aos bebês considerados de risco, realizando procedimentos, como a venopunção, a aspiração orotraqueal e das vias aéreas superiores. Escolhemos denominar as enfermeiras participantes com cognomes de anjos, pois, anjos são todos os que estão ao nosso lado o tempo todo, inspirando, guiando e protegendo.

A enfermagem desenvolvida como uma experiência existencial descrita por Paterson e Zderad⁽⁹⁾ permite que a enfermeira reflita e descreva fenomenologicamente os chamados e respostas que surgiram na relação com outro e o conhecimento adquirido por meio da experiência, assim, reconhecendo o outro em sua singularidade, como alguém que luta para sobreviver, para *vir a ser*, confirmar sua existência e entendê-la. Trata-se de uma teoria que ressalta a prática da enfermagem humanística; o seu significado; a experiência existencial; a descrição fenomenológica; o fenômeno da enfermagem com o bem-estar; o potencial humano; a transação intersubjetiva; o diálogo vivo, desenvolvido pelo encontro; a relação; a presença e o fenômeno da comunhão⁽¹⁰⁾.

O diálogo implica comunicação; seu emprego não está restrito à noção de enviar e receber mensagens verbais e não verbais, e sim em chamados e respostas, a enfermagem humanística é como um tipo especial do diálogo vivo⁽¹¹⁾.

O segundo grupo foi constituído por 21 bebês de risco internados na UTIN que receberam cuidados promovidos pelas enfermeiras participantes da pesquisa no período da coleta de dados. Estes bebês foram caracterizados como de risco, necessitando de respiração artificial ou assistida, monitorização e uso de incubadora, não importando sua idade gestacional⁽¹²⁾. Esses critérios foram estabelecidos por entendermos que estes bebês são bastante manipulados, não sendo permitidos a eles períodos longos de descanso e de sono. Essa característica exige da equipe maior sensibilidade e empenho para a atenção humanizada.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2003 e incluiu em um primeiro momento uma observação direcionada aos cuidados da enfermeira junto ao bebê de risco para identificá-los como exclusivos desta profissional. Após esta identificação, foram selecionados os procedimentos da coleta de sangue para exames laboratoriais e a aspiração orotraqueal para comporem as situações de prática do cuidado da enfermeira a serem investigadas. A partir daí, utilizamos a observação não participante, ou seja, o pesquisador presencia o fato, mas não se integra à realidade, não se deixa envolver pelas situações. Essa observação é consciente, dirigida e ordenada para um fim determinado⁽¹³⁾.

Em um segundo momento, nossas percepções do cuidado e da dinâmica da UTIN foram registradas em um diário de campo, a fim de compreendermos a assistência de enfermagem e as respostas comportamentais, fisiológicas e os sinais emitidos pelo bebê. Isso foi necessário para analisar com maior profundidade as anotações e algumas de nossas reflexões sobre o estudo, conseguidas por via da observação participante, que é parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, tomada não só como uma estratégia no conjunto da investigação, mas também como um método em si mesmo, na compreensão da realidade, buscando assim chegar ao conhecimento científico das realidades das enfermeiras⁽¹⁴⁾.

Para a observação dos cuidados, aspiração orotraqueal e coleta de sangue para exames laboratoriais, e das respostas comportamentais, fisiológicas e mímicas do bebê, utilizamos como roteiro um instrumento com a descrição das atividades realizadas pelas enfermeiras, observando as tentativas ou não de interação com o paciente como troca de olhares; realização de toque carinhoso; pronunciamento de palavras de conforto, que transmitissem segurança e tranquilidade; atitudes de acalanto, entre outras.

Para obter os sinais do bebê aos cuidados realizados pela enfermeira, utilizamos outro instrumento que enfocava: sinais fisiológicos (mudança da cor da pele, presença de

cianose, vômitos, aumento ou diminuição na freqüência cardíaca e respiratória); sinais comportamentais (estado de sonolência, estado de satisfação e conforto, choro, irritação, agitação); mudanças de expressões e presença de mímicas - sorriso, maior abertura dos olhos e boca, arqueamento das sobrancelhas, maior brilho e expressividade do olhar, alteração da expressão facial e corporal.

Para a organização e análise dos dados utilizamos a forma descritiva embasada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad⁽⁹⁾ e outras literaturas pertinentes.

Quanto aos aspectos éticos, submetemos a pesquisa ao Comitê de Ética do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovada conforme o Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, de acordo com a Resolução n. 196, de 10/10/1996, referente a pesquisas com seres humanos. Solicitamos às enfermeiras, às mães ou aos responsáveis pelos bebês, o consentimento livre e esclarecido, após

informarmos sobre a relevância do estudo e o modo como seria desenvolvido, assegurando-lhes o direito de decidir participar ou não da pesquisa ou de desistir em qualquer momento desta sem prejuízo algum. Também foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a garantia de esclarecimento durante o processo da pesquisa.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados são apresentados na Figura 1, na qual são demonstrados os cuidados de Enfermagem envolvendo as técnicas de aspiração orotraqueal e a coleta de sangue para exames laboratoriais. Mostra também respostas dos RN como agitação, calma, tranquilidade, alteração nas expressões faciais e as relações Eu-Tu, Eu Isso e Nós de Martin Buber⁽¹⁵⁾ advindas das interações com a enfermeira, as quais embasaram a Teoria Humanística de Paterson e Zderad⁽⁹⁾.

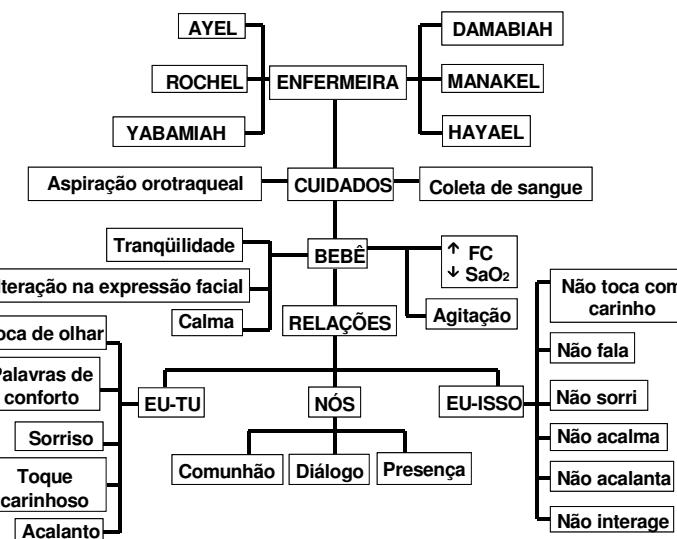


Figura 1 - Síntese dos Cuidados

Ao analisarmos a Figura 1, percebemos que as respostas fisiológicas dos RN investigados se concentraram no aumento da Freqüência Cardíaca (FC) e na diminuição da Saturação de oxigênio (SaO_2). As respostas que apareceram tranquilidade, calma e alteração na expressão facial, geralmente foram demonstradas através da aparência do choro, maior abertura dos olhos e da boca.

As relações Eu-Isso foram caracterizadas pelas atitudes da enfermeira de não realizar o toque carinhoso, mas somente o toque técnico; não falar, não sorrir, não acalmar, não acalentar, não interagir. Pudemos avaliar as relações Eu-Tu através da troca de olhares entre enfermeira e bebê, sussurro de palavras de conforto, toque carinhoso e acalanto, embora não tenham sido atitudes contínuas.

As reações comportamentais do bebê frente ao desconforto e à dor suscitados durante alguns cuidados realizados pelas enfermeiras foram observadas pela expressão de choro pela atividade motora e pela mímica facial de dor levando a um quadro de agitação. Embora, na maioria das vezes, a voz do choro não tenha sido ouvida, sufocada pela cânula endotraqueal, as expressões faciais do bebê transmitiam sensivelmente sua angústia. Esse bebê, muitas vezes, chama, mas quase não obtinha resposta. O ambiente nem sempre foi motivo para a falta do diálogo entre eles. Talvez faltasse a verdadeira presença no compartilhamento de sentimentos. No diálogo genuíno, a enfermeira humanística,

ao perceber a oportunidade de seu desenvolvimento, adequa o ritmo do seu chamado e de sua resposta à capacidade do paciente de chamar e de responder naquele momento⁽¹¹⁾.

Sabemos que acontecimentos diversos ou traumáticos, estressantes físicos ou psicológicos, aumentam o nível de cortisol, podendo afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro do bebê. Quando o cortisol afeta o cérebro, este se torna mais vulnerável à destruição de neurônios e à redução de sinapses em algumas regiões do cérebro, tornando o bebê mais suscetível de apresentar atraso no desenvolvimento cognitivo, motor e social⁽¹⁶⁾.

Os bebês não se acalmam facilmente quando estão estressados; liberam os hormônios de estresse nas lágrimas, mas isto não é suficiente para relaxarem, pois necessitam do toque humano, do abraço e de uma voz tranqüilizadora para sentirem-se seguros. Compartilham suas reações ao manuseio com os adultos por meio de reflexos automáticos; seu coração responde a mudanças emocionais, como o medo, aumentando o ritmo cardíaco.

Sabemos, contudo, que, ao apresentar uma respiração calma, pulso regular, coloração cutânea rosada, estável e sem alterações viscerais, o bebê demonstra capacidade de gerir estímulos internos e externos. Assim, a postura harmônica, o equilíbrio entre flexão e extensão débil ou hipertonus, o uso das mãos, seja segurando objetos, levando a mão à boca ou à face, sugando o dedo ou realizando movimentos bucais solicitando sucção, podem ser afetados na presença de estresse, caracterizando uma desorganização de membros e flacidez motora⁽⁶⁾.

Em outros momentos de interação entre enfermeira e RN, percebemos que estiveram presentes as relações Eu-Tu, Eu Isso e Nós, porém salientamos que as mesmas podem sofrer interferências do ambiente, do estado emocional e psicológico dos sujeitos da relação.

O ambiente da UTIN é local marcado pela tecnologia, em que profissionais atarefados convivem e dividem o espaço com os bebês e com os vários equipamentos necessários para o suporte de suas vidas. Por muitas vezes, este ambiente é permeado de intercorrências e situações estressantes vivenciadas por todos da equipe multiprofissional de saúde. Estas situações provocam um desgaste físico e emocional nos profissionais, podendo fazê-los assumir posturas e apresentar atitudes não condizentes com seu papel de cuidador.

Assim, neste ambiente, quase sempre barulhento, bastante iluminado e agitado, observamos as enfermeiras, procurando desempenhar sua função, algumas vezes, absorvidas em seus próprios problemas, no seu cansaço, na falta de motivação. Surpreendemo-nos, contudo, quando observamos um sorriso, um toque por entre lágrimas cheias de entusiasmo, na presença de sinais de recuperação; fé partilhada com mães esperançosas no poder do cuidado diferenciado.

Ao conviver com essas enfermeiras, observamos o cuidado por elas desenvolvido e a assistência prestada ao bebê de risco. Refletimos sobre o conhecimento intuitivo e sobre o modo como as contemplamos agora, depois de várias tentativas de estabelecerem diálogos, embora alguns não tenham se concretizado. Consideramos o ser e o fazer da enfermagem, percebendo as dificuldades experenciadas pelas enfermeiras sobre estes, na dinâmica do cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Relacionar-se como presença significa estar aberto ao paciente como pessoa, sendo necessário para tal acreditar que esta presença é importante e faz diferença em uma situação de enfermagem; deve estar permeada por um sentido de responsabilidade e respeito pela vulnerabilidade do cliente. A enfermeira é aquela que desenvolve sua prática como ser humano que sente, valoriza, reflete e conceitua⁽¹¹⁾.

Percebemos nestes encontros a influência do ambiente de trabalho na assistência prestada e no cuidado desenvolvido pela enfermeira. Quando a pessoa percebe o seu ambiente de trabalho como ameaçador, desenvolve estresse e, na área de saúde, não é diferente, especificamente na enfermagem, uma categoria profissional marcada pela constante convivência com situações de impacto, pois estes profissionais lidam, durante o maior tempo e mais intensamente, com estas questões e poderão ser vivenciadas com grande carga de ansiedade e tensão⁽¹⁷⁾.

Observamos as enfermeiras abrindo as portinholas da incubadora a qualquer momento, na tentativa de dar seguimento aos procedimentos do plantão, não percebemos quase nenhuma tentativa de compreensão do falar do bebê e instalava-se a relação Eu-Isso, ou seja, a relação sujeito-objeto, pois a maior prioridade era o cumprimento das atividades técnicas. Mas observamos também uma enfermeira tentando promover conforto e segurança ao bebê quando o posicionou de forma carinhosa na incubadora; tentando inibir desordens posturais, o bebê então lhe respondeu, apresentando sinais que aparentavam tranqüilidade e sossego. Foi um momento que nos proporcionou alegria, pois houve a busca e concretização da relação Eu-Tu, ou seja, a interação sujeito-sujeito.

Durante a aspiração orotraqueal e coleta de sangue para exames laboratoriais, observamos que a verdadeira presença da enfermeira junto ao bebê, na maioria das vezes, não foi percebida, pois ela, durante a realização desses cuidados, manteve-se um tanto distante de seu pequeno paciente. Esse distanciamento, a objetividade, muitas vezes, dificulta o cuidado humano.

O diálogo não foi vivido, impossibilitando, assim, a enfermeira de promover um cuidado atencioso, afetivo, atento,

interagindo com o bebê por meio do olhar, do toque, da fala e de outras ações transmissoras de tranquilidade, conforto e segurança. Na prática, observa-se que o toque nem sempre foi utilizado de forma mais afetiva, mas, muitas vezes, foi utilizado com a finalidade de se executar procedimentos, mesmo sabendo-se que ele é indissociável do cuidar em enfermagem.

O sentido do tato é acionado desde a vida intra-útero, quando os bebês são acariciados por tecidos e líquidos com temperatura aquecida. Quando acariciamos o bebê, utilizamos o toque como conforto e os bebês respondem a estas sensações com variações de temperatura, umidade, pressão e dor. Ao agarrar os dedos da enfermeira durante um procedimento, o bebê, além de um ato reflexo, poderá estar respondendo ao toque carinhoso realizado durante o cuidado. O olhar que o bebê dirige à enfermeira que cuida dele, chamando-o pelo nome, estimulando-o e convidando-o a participar, está incluso no relacionamento entre eles que deverá estar permeado de compreensão e empatia.

Ao praticarem o cuidado, não observamos na maioria das enfermeiras uma interação afetiva e efetiva com o paciente, não vislumbramos troca de olhares, a fala, a escuta do bebê percebida pelas posturas e pelas mímicas de desagrado. Não se concretizou o toque carinhoso. A enfermeira, ao praticar um cuidado, muitas vezes, interagi com as pessoas ao redor, participou de brincadeiras ou tomou atitudes que em nada se relacionam com o bebê. Este, por sua vez, tenta uma comunicação, reage, demonstra sua dor ou desconforto por uma maior abertura de sua boca, pelo arqueamento das sobrancelhas, pelo choro, o oxímetro alarme em consequência de alterações de sua fisiologia, mas nem sempre foi entendido e compreendida a sua solidão.

A estabilidade do bebê também pode ser percebida pelo olhar vivo, capaz de se fixar por um período curto, movimento da boca, como se quisesse falar. Em situações de angústia, o bebê pode virar a cabeça para o lado oposto do estímulo, cobrir o rosto com as mãos e usar o sono como refúgio, gastando energia e dificultando sua interação social⁽⁶⁾.

Sabendo reconhecer os diferentes estados e perceber quando eles ocorrem e quais são as respostas esperadas do bebê, a enfermeira pode então ser capaz de atender com maior sensibilidade aos seus *chamados*. O olhar da enfermeira pode se dirigir ao bebê que se humaniza e adquire uma personalidade. Ao interagir com ele, ao estabelecer um vínculo, o corpo do bebê é então investido de outra forma, a sua pele é agora não só meio de agressões e sim superfície de contato e de troca.

As enfermeiras pesquisadas compreendem que os bebês manuseados ficam excessivamente agitados, terminam não reagindo, tornando-se mais doentes do que estavam antes do procedimento, mas parecem acostumadas às rotinas e ao que fazem há muito tempo.

Se tocarmos, acariciarmos, embalarmos um bebê diariamente ou se conversarmos com ele durante sua permanência na UTIN, ele poderá apresentar menos pausas respiratórias, ganho de peso e um restabelecimento mais rápido. O simples ato de acariciar um bebê de alto risco por cinco minutos a cada uma ou duas semanas altera a motilidade intestinal, o choro, a atividade e o crescimento⁽¹⁸⁾. A estimulação cutânea e o toque são fundamentais para o desenvolvimento de relacionamentos emocionais e afetivos saudáveis; isto está intimamente ligado ao amor, pois a pessoa aprende a amar não com instruções, mas sendo amada⁽¹⁹⁾.

A enfermeira poderá usar, se estiver sensibilizada ao cuidado humanizado, as respostas do bebê para planejar o cuidado, estabelecendo pausas e aguardando um sinal emitido por ele para continuar a interação ou o procedimento. Alguns fatores facilitam esta interação como monitorar os *chamados* do bebê (frequência cardíaca e respiratória regular; boa oxigenação; cor da pele estável; funções digestivas estáveis; ocasionais sustos ou estremecimentos; tônus muscular mantido; aconchego; levar a mão à face ou à boca; sorriso; busca de sucção; movimentos suaves e coordenados; olhar interessado; sono profundo; dirigir o rosto para a voz; elevação das sobrancelhas; imitação das expressões faciais), saber quando parar o manuseio; falar com o bebê; desenrolar o bebê; colocá-lo, quando possível, sentado e esfregar-lhe as costas; tentar sucção não nutritiva por cinco ou dez minutos.

Mesmo em ritmo acelerado de trabalho, não podemos endurecer nossos corações frente a estes pequenos seres, pois sabemos que, na qualidade de enfermeiras, devemos zelar por nossos sentimentos, conviver e dominar nossa ansiedade e motivar nosso cotidiano; se necessário, podemos apelar para nossa consciência, compaixão e espiritualidade, questionando sempre a visão mecanicista que reduz todos os fenômenos a uma análise material.

A assistência de enfermagem inclui a compreensão das características e da fisiologia do RN, conhecimento do funcionamento e manipulação de dispositivos mecânicos e a capacidade de reconhecer desvios sutis por meio de sinais e sintomas do bebê, assim como a capacidade da enfermeira de intervir no momento ideal e sensato⁽²⁰⁾.

É claro que, para promover o conforto, devemos intervir no ambiente físico como também na ambiente humana que cercam o bebê, atentando para alguns procedimentos como avisar ao bebê que serão iniciados os cuidados de rotina, aquecer as mãos antes de tocá-lo, explicar que ele se encontra numa UTIN e que em breve seus pais virão visitá-lo, chamá-lo pelo nome, avisá-lo de que você irá embora ao final de seu expediente e alguém irá substituí-la. Com isso reforçamos um trabalho mais cuidadoso, primando pelo bem-estar não só do bebê, mas também do próprio cuidador evitando o estresse, pois o conjunto de sintomas na esfera da dimensão emocional e psicossomática influí diretamente no inter-relacionamento pessoal e também profissional⁽²¹⁾.

Esses são exemplos de atitudes que demonstram humanização e respeito ao bebê e deverão ser incentivadas para todos da equipe de saúde, fortalecendo a imagem do

bebê como cidadão digno de respeito e consideração. A Figura 2 expõe de forma sucinta o caminho percorrido para a busca do diálogo entre enfermeira e RN.



Figura 2 - Síntese do Diálogo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de investigação do cuidado ao RN de risco realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal à luz da Teoria Humanística mostrou que sua implementação é dependente do encontro envolvendo ambos: cuidador e ser cuidado.

Compreendemos as dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras em estabelecer o diálogo com os bebês em um ambiente no qual o tempo é fator primordial para elas, onde o ato de ouvir, de perceber os *chamados* do bebê parecem difícil de serem realizados.

O diálogo, entretanto, o verdadeiro encontro, é possível de ser estabelecido, deve ser incentivado, quando então se estabelecerá este relacionamento que não nasce só pelos sentimentos que as pessoas têm umas pelas outras, mas também pelo envolvimento em uma relação viva e mútua com um centro vivo e por estarem unidos em comunhão.

As relações humanas estabelecidas entre pesquisadora, enfermeiras e bebês principiou com uma preparação para o conhecimento das nuances dos cuidados realizados pelas enfermeiras ao RN de alto risco na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Podemos oferecer como enfermeiras uma presença genuína, refletindo sobre nós mesmas, e redirecionando nos-

so cuidar, tornando-nos melhores cuidadoras. A Enfermagem Humanística é uma meta pela qual se deve lutar, é um valor importante que enriquece a prática da enfermagem.

Acreditamos que, para realizar o cuidado humanizado ao recém-nascido de risco, devemos considerar sua fragilidade física e emocional provocada pelas condições de seu nascimento; havemos de desenvolver sentimentos de afeição, respeito, simpatia, empatia, entre outros inerentes ao ser humano.

Temos que compreender e aceitar as dimensões subjetivas dos profissionais do cuidado, dos pequenos pacientes e de suas famílias, sejam elas psíquicas, físicas, culturais e sociais; crescer profissional e pessoalmente, fortalecer sentimentos como auto-estima, solidariedade, procurar estar bem consigo mesmo, com o próximo e com Deus. Dessa forma, estaremos mais facilmente preparadas para responder ao chamado do outro, ensejando confiança, segurança, dialogando e humanizando o cuidado.

Aprendemos a repensar nossos valores, nossa atuação profissional, pois participamos e fomos refletidas neste cuidado, revelado pela Teoria Humanística de Paterson e Zderad⁽⁹⁾ e que pode ser praticada no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, valorizando a relação humana afetiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Calil VMLT. Caracterização do recém-nascido pré-termo. In: Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada do recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 79-96.
- (2) Rugolo LMSS. Manual de neonatologia. 2^a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- (3) Costenaro RGS. Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI neonatal. Santa Maria: UNIFRA; 2001.
- (4) Perlman JM. Neurobehavioral deficits in premature graduates of intensive care-potential medical and neonatal environmental risk factors. *Pediatrics*. 2001;108(6):1339-48.
- (5) American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Committee on Drugs. Section on Anesthesiology. Section on Surgery; Canadian Paediatric Society. Fetus and Newborn Committee. Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics*. 2000;105(2):454-61.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método mãe canguru. Brasília; 2002.
- (7) Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- (8) Guimarães MLL. Ser terapeuta de criança. In: Kudo AM, Marcondes E, Lins L. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria. São Paulo: Sarvier; 1997.
- (9) Paterson JG, Zderad LT. Humanistic nursing. New York: National League for Nursing; 1988.
- (10) Cardoso MVLML, Pagliuca LMF. Caminho da luz. A deficiência visual e a família. Fortaleza: FCPC; 1999.
- (11) Paterson JG, Zderad LT. Enfermería humanística. México: Limusa; 1979.
- (12) Ramos JLA. O recém-nascido normal. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, coordenadores. Pediatria básica. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 315.
- (13) Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos da metodologia científica. 3^a ed. São Paulo: Atlas; 1991.
- (14) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3^a ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
- (15) Buber M. Eu e Tu. São Paulo: Moraes; 1974.
- (16) França ACL, Rodrigues AL. Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas; 1997.
- (17) Shore R. Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.
- (18) Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
- (19) Montagu A. Tocar, o significado humano da pele. São Paulo: Summus; 1988.
- (20) Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermagem aplicado à prática de enfermagem. 6^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
- (21) Pafaro RC, Martino MMFD. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(2):152-60.