

○ ESTRESSE NO NEONATO PRÉ-TERMO: UMA REFLEXÃO AXIOLÓGICA ACERCA DE POSSÍVEIS INFLUÊNCIAS DOS FATORES SENSÓRIO-AMBIENTAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Eunice da Fonseca Pinto¹ eunicefonseca@oi.com.br

Iris Lima e Silva¹ irislimaueb@yahoo.com

Fabício Cardoso¹ fbc@bmrrio.com.br

Heron Beresford^{1,2,3} heronb@terra.com.br

doi:10.3900/fpj.7.5.345.p

Pinto EF, Silva IL, Cardoso F, Beresford H. O estresse no neonato pré-termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em unidades de terapia intensiva neonatal. *Fit Perf J.* 2008 set-out;7(5):345-51.

RESUMO

O nascer exige do neonato uma adaptação ao mundo exterior. Isto é muito mais difícil para o bebê pré-termo, visto a imaturidade de seus sistemas orgânicos. Assim, necessitam de cuidados específicos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Este trabalho, que se constituiu em uma pesquisa bibliográfica, teve por objetivo desenvolver uma reflexão teórica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais aos quais o neonato pré-termo internado em UTIN se encontra exposto e que podem fazê-lo sofrer iatrogenias. Concluiu-se que neste ambiente ele tem seus ciclos de sono interrompidos, o que pode contribuir para o surgimento do estresse, dificultando o processo de desenvolvimento orgânico e aumentando o risco de óbito. Assim, medidas intervencionistas devem ser tomadas pela equipe de saúde, no sentido de atender positivamente às carências, privações e vacuidade destes bebês, agregando valor à vida existencial daqueles.

PALAVRAS-CHAVE

Neonato, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Estresse, Iatrogenia.

¹ Universidade Castelo Branco - UCB - Rio de Janeiro - Brasil

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ - Rio de Janeiro

³ Laboratório de Temas Filosóficos em Conhecimento Aplicado - LABFILC

THE STRESS OF THE PREMATURE NEWBORN: AN AXIOLOGIC REFLECTION REGARDING POSSIBLE INFLUENCES OF SENSORY-ENVIRONMENTAL FACTORS IN INTENSIVE CARE UNITS FOR THE NEWBORN

ABSTRACT

The birth requires the newborn to adapt to the exterior world. It's very much more difficult for the pre-term newborn, due to immaturity of his organic systems. Therefore, specific care is necessary in Intensive Care Units for the Newborn (ICUN). This work, which comprises bibliographic research, aims to develop a theoretic reflection regarding the possible influences of sensory-environmental factors to which the pre-term newborn, interned in the ICUN, is exposed, and which may cause them to suffer a state of stress. It is concluded that in this ambient he suffers interruption in the sleep cycles, which contributes to the arising of the iatrogenic stress, making the process of organic development difficult and increasing the risk of obit. Thus, interventionist measures should be taken to positively attend this state of necessity, privation and vacuity of such babies, adding a value to their existential lives.

KEYWORDS

Neonate, Intensive Care Units, Neonatal , Stress, Iatrogenic Disease.

EL ESTRÉS DEL NEONATO NACIDO ANTES DEL TÉRMINO: UNA REFLEXIÓN AXIOLÓGICA ACERCA DE POSIBLES INFLUENCIAS DE LOS FACTORES SENSORIALES-AMBIENTALES EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

RESUMEN

Nacer exige que el neonato se adapte al mundo exterior. Este proceso de adaptación es mucho más difícil para el neonato nacido antes del término, debido a inmadurez de sus sistemas orgánicos. Por eso son necesarios, cuidados especiales en Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), lo que lo expone a factores sensoriales y ambientales altamente estimulantes. El objetivo de este trabajo, que se ha constituido en una investigación bibliográfica, fue desplegar una reflexión teórica acerca de las posibles influencias de los factores sensoriales/ambientales a los que el nacido antes de término internado en UTIN se encuentra expuesto y que pueden llevarlo a un estado de estrés. La conclusión es que en este ambiente el neonato sufre la interrupción de sus ciclos de sueño, lo que, contribuyendo al estrés o al surgimiento de otras iatrogenias, puede dificultar el proceso de desarrollo orgánico y aumentar el riesgo de óbito. Así, deben tomarse medidas intervencionistas en procura de rellenar positivamente ese estado de carencia, privación y de vacío de tales entes bebés, agregando un valor en la vida existencial de ellos.

PALABRAS CLAVE

Neonato, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Estrés, Iatrogenia.

Introdução

Os princípios da sofisticada assistência neonatal surgiram em Paris, na segunda metade do Séc. XIX, com os trabalhos do obstetra francês Pierre Budin, responsável pela interação entre temperatura, incubadora, mortalidade, controle das infecções e pela relação entre o recém-nascido e a mãe. Desde então, foi crescente o desenvolvimento de tecnologias das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), tornando-as cada vez mais avançadas e modernas¹.

Porém, com a implantação dessas modernas unidades de terapia intensiva e uma maior disponibilidade de equipamentos que repercutiram positivamente na redução da mortalidade, especialmente de neonatos prematuros, o ambiente destas unidades especializadas tornou-se mais mecanicista e menos humano, podendo estar contribuindo, entre outros aspectos, para o surgimento de iatrogenias no processo de desenvolvimento daqueles¹.

O útero materno, permitindo ao feto repouso e sono profundo, é o meio ideal para que ocorra o processo de crescimento e maturação das estruturas anatômicas, fisiológicas e neurofisiológicas, relativas ao desenvolvimento fetal. A UTIN proporciona aos neonatos prematuros uma ambiência bem diferente do mundo intra-uterino. A assistência necessária o expõe a manuseios constantes, à dor e a outras formas de estimulação de natureza sensorial, tais como forte luminosidade, ruídos provocados por movimentos humanos e pelo manuseio de materiais; o neonato sofre, assim, a interrupção dos seus ciclos de sono, o que pode contribuir para o surgimento do estresse e de iatrogenias, dificultando o processo de desenvolvimento orgânico e aumentando o risco de óbito¹.

Em um estudo, foi observado que “[...] durante a vida intra-uterina, o feto está em sono profundo aproximadamente 80% do tempo, o que promove o crescimento cerebral e sua maturação [...]”. Após o

nascimento e a admissão na UTIN, o sono do recém-nascido é interrompido uma média de 132 vezes em 24h, com períodos de descanso de 4,6min a 9,2min consecutivos. Assim, o prematuro, já completamente adaptado ao meio intra-uterino, onde não tem luminosidade, onde sofre uma contenção física em meio líquido e uma estimulação vestibular provocada pelos movimentos maternos, ao nascer encontra no novo ambiente excesso de luminosidade, ruídos, movimentos constantes e interrupções dos seus ciclos de sono².

O ambiente da UTIN se torna excessivamente estimulante ao se considerar que, para sobreviver fora do útero, o neonato precisa atravessar com sucesso o período de transição no qual sofre uma grande demanda de adaptação orgânica. Esta adaptação se torna mais difícil para o bebê pré-termo, visto a imaturidade do desenvolvimento e do funcionamento dos sistemas que limitam sua capacidade de enfrentar problemas e doenças³. Neste período, relativo às primeiras 24h após o nascimento, registra-se o maior índice de mortalidades ocorridas no período neonatal².

Assim, evidenciando-se essas condições ambientais próprias de uma UTIN e a dificuldade que o neonato pré-termo tem em se adaptar ao mundo extra-uterino, neste artigo se objetivou desenvolver uma reflexão teórica acerca dos fatores sensório-ambientais aos quais o pré-termo internado em UTIN se encontra exposto, e que podem fazê-lo sofrer um estado de estresse que dificulta o processo de crescimento e de maturação relativos ao desenvolvimento orgânico e à sua melhora clínica, podendo levá-lo ao óbito.

A adaptação do recém-nascido: mecanismos fisiológicos

Após o nascimento se dá início a um período crítico de 24h, chamado de período de transição, que engloba a adaptação do neonato da vida intra-uterina para a vida extra-uterina. Neste tempo ocorrem nos sistemas corporais ajustes fisiológicos considerados cruciais para o neonato⁴.

Nos sistemas cardiovascular e pulmonar ocorrem profundas alterações quando o cordão umbilical é clampeado e dá-se o início da respiração. Neste momento, para garantir a manutenção da vida ou a sobrevivência do neonato, a circulação fetal precisa se converter em circulação neonatal, ou seja, os desvios de sangue fetal passam por alterações que estabelecem a circulação neonatal, aumentando a resistência vascular sistêmica e o fluxo de sangue, através do ducto arterioso. Ao mesmo tempo, advém o fechamento dos *shunts* fetais (ducto venoso, forame oval e ducto arterioso) que direcionam o sangue para fora dos pul-

mões e do fígado, separando as circulações sistêmica e pulmonar. Quando os *shunts* se fecham, o sangue flui da artéria pulmonar para os pulmões e através do sistema portal para o fígado⁴.

O início da respiração e a expansão pulmonar diminuem indiretamente a resistência vascular pulmonar devido ao efeito direto do oxigênio e do dióxido de carbono sobre os vasos. À medida que a saturação de oxigênio aumenta e o valor da PaCO₂ diminui, o decréscimo na resistência vascular pulmonar leva a um fluxo sanguíneo pulmonar aumentado. Isto aumenta também a saturação de oxigênio. Em resposta a vários estímulos, o recém-nascido realiza a primeira respiração dentro de 20s após o parto⁴.

A asfixia é o estímulo mais importante para a respiração do neonato. Contudo, outros estímulos bioquímicos também entram em ação, bem como vários fatores mecânicos, térmicos e sensoriais, induzindo a respostas nem sempre condizentes com o estado de desenvolvimento de um recém-nascido pré-termo, cujas funções pulmonares estão comprometidas. Nestes bebês os poros interalveolares e bronquioalveolares são pequenos e menores em número, oferecendo uma área menor de troca gasosa, o que facilita o colapso com reserva limitada e causa uma maior incidência de problemas respiratórios⁴.

Relativamente ao sistema digestivo, entende-se que o recém-nascido pré-termo, diferentemente do recém-nascido a termo, apresenta menor reserva nutricional corporal, não tolerando a privação alimentar e necessitando de maior demanda metabólica na presença de doença⁵.

As necessidades nutricionais dos prematuros são variáveis, de acordo com: a idade gestacional; a idade pós-natal; o peso de nascimento; as condições ambientais; o método de alimentação empregado; e as alterações metabólicas causadas pelas doenças concomitantes, relativas à prematuridade e suas terapias⁵.

Em geral, após 48h, o metabolismo do bebê pré-termo encontra-se estável, o que permite a introdução da nutrição enteral mínima. Esta apresenta vantagem na sua introdução precoce como uma medida para intensificar o ganho de peso, até que se alcance a nutrição enteral total, diminuindo o período de hospitalização do neonato. No entanto, sabe-se que esta via de alimentação não se sobrepõe à alimentação feita diretamente pela sucção do seio materno. Esta, além de estimular a coordenação adequada entre sucção, respiração e deglutição, ao proporcionar o contato pele a pele fortalece a interação emocional da mãe e do bebê. Portanto, a nutrição enteral, muito embora apresente vantagens para o neonato prematuro que não tem condições para o aleitamento

materno, afeta sua qualidade de vida por separá-lo da mãe⁵.

Ambiência da unidade terapia intensiva neonatal

Muito embora, com a existência de normas para credenciamento e disposição dos leitos em UTIN, a partir da década de 70 houve uma grande preocupação com o ruído presente neste ambiente, fazendo com que se determinasse níveis máximos de ruídos para a exposição dos neonatos. As UTIN são descritas como um ambiente superestimulante, que compromete o processo de desenvolvimento do neonato devido à sensibilidade dos receptores sensoriais⁶. O recém-nascido prematuro, por apresentar o cérebro imaturo para processar e registrar as informações sensoriais, se torna, de forma especial, sensível e incapaz de selecionar as informações recebidas pela falta de controles inibitórios⁷.

O neonato tem condições de se orientar muito mais pela percepção sonora do que pela percepção visual. Com apenas três dias de vida, o bebê pode diferenciar o rosto humano de outras figuras circundantes, mas não é capaz de identificar traços no contorno desse rosto. Já no campo auditivo, o recém-nascido distingue detalhes de fonação de modo surpreendente⁷. Assim, além de contribuir para a diminuição da habilidade auditiva do bebê, o barulho interfere no estado do sono profundo, que possui um papel importante para manutenção das funções cerebrais, induzindo à irritabilidade e ao choro freqüente. Este estado emocional leva à instabilidade fisiológica, ao aumento da pressão arterial e a alterações da irrigação craniana e intraventricular, aumentando os riscos de hemorragia nesta área². Na Tabela 1 são descritos os níveis de decibéis relacionados com certas atividades realizados na UTIN.

Tabela 1 - Atividades na UTIN e valores correspondentes em decibéis

Atividade	Decibéis
Fechar a portinhola da incubadora	80
Barulho geral da UTI neonatal	60-70
Fechar o painel de acesso da incubadora	70
Alarme da incubadora	67
Rádio na UTI neonatal (volume moderado)	60-62
Água borbulhando no circuito do respirador	62
Conversação normal	45-50
Cochicho	30

fonte: adaptado de Tamez & Silva²

A luminosidade do ambiente da UTIN também pode ter efeitos negativos sobre o crescimento e o desenvolvimento, principalmente do recém-nascido pré-termo. Os pesquisadores e profissionais têm buscado modificar os níveis de luminosidade nas unidades neonatais, tentando imitar, de certa forma, a penumbra do ambiente intra-uterino⁸.

Logo após o nascimento, o recém-nascido responde a movimentos no ambiente, fixando o olhar e acompanhando objetos brilhantes; ele é sensível à luz e faz careta ou franze as sobrancelhas; reage virando a cabeça para longe quando a luz é dirigida para seus olhos, como também abre os olhos prontamente na penumbra⁴.

O efeito de luzes fluorescentes contínuas sobre o bebê tem preocupado os pesquisadores, devido às alterações fisiológicas e bioquímicas que esse tipo de iluminação causa. A iluminação contínua também interfere no desenvolvimento futuro do bebê. Esse padrão de iluminação pode afetar o desenvolvimento normal da retina nos prematuros, com possível cegueira².

No ambiente de UTIN não há, muitas vezes, o estabelecimento de níveis adequados de luminosidade; o neonato é exposto diariamente a essa fonte de superestimulação. A Academia Americana de Pediatria recomenda uma intensidade de luz de 100 velas incandescentes para uma boa visualização do neonato¹. No entanto, quando se diminui a intensidade da iluminação, facilita-se e promove-se o sono profundo e o ritmo dia/noite do neonato².

Para reduzir a luminosidade, por certos períodos, a incubadora pode ser coberta na parte ântero-superior, impedindo a incidência da luz diretamente sobre a face e olhos do bebê, evitando assim qualquer situação de estresse pela luminosidade, mas permitindo que ele possa perceber a claridade do dia, preservando a diferença entre o dia e a noite⁹.

A luminosidade do ambiente da UTIN irá depender dos profissionais que mantêm contato com o neonato; deles advém a iniciativa e o bom senso em determinar a intensidade ideal da luz e quais os períodos considerados adequados para realizar procedimentos e manuseios, que sejam capazes de identificar as possíveis alterações que ocorrem na coloração da pele do neonato⁹.

O manuseio e os procedimentos

No final da década de 70 os neonatos internados em unidades de terapia intensiva eram manuseados em torno de 120 vezes ao dia. Já na década de 80 as manipulações passaram a ser monitoradas e controladas, mas, ainda assim, estes bebês eram manuseados em torno de 60 vezes ao dia. Os períodos de manu-

seio tinham apenas intervalos de, no máximo, 20min a 25min, o que resultava em séria influência no controle hemodinâmico¹⁰.

Também, ao se estimular um neonato pré-termo, poderão ocorrer alterações nos sinais vitais, não devendo, neste caso, ser feito nenhum manuseio abrupto; devem-se, sim, realizarem-se movimentos sucintos e controlados, mantendo, se possível, os membros do bebê juntos ao seu corpo durante a mudança de decúbito, para que haja uma estimulação ambiental mínima¹⁰.

O neonato tem uma percepção tátil bem desenvolvida, que serve como estímulo para a primeira respiração. As áreas corporais mais sensíveis incluem a face, em especial em torno da boca, a planta dos pés e as mãos⁴. Por isto, os cuidados com os bebês devem ser agrupados em períodos curtos, fornecendo tempo para que ele se reorganize e acalme-se entre os procedimentos e cuidados. Saber ler a linguagem do neonato, identificando suas respostas neuromotoras, auxilia na observação dos sinais e das respostas fornecidas, tornando mais efetiva a atuação dos profissionais que o cuidam².

Os procedimentos constantes, invasivos e não-invasivos, não deixam que o neonato pré-termo disponha de tempo de sono necessário para que ocorra o desenvolvimento neurológico. Hoje, esses procedimentos multidisciplinares já são realizados em blocos, ou seja, toda a equipe programa-se para que as atividades sejam efetuadas ao mesmo tempo, proporcionando ao recém-nascido uma maior chance de ter descanso².

Deve-se considerar ainda que, até recentemente, se acreditava que a milienização nervosa incompleta evitava que o neonato experimentasse dor, exceto em um grupo limitado. No entanto, entende-se hoje que as vias da dor e os centros corticais e subcorticais, cruciais à percepção da dor, são bem desenvolvidos nestes bebês e que os sistemas neuroquímicos associados à transmissão da dor estão intactos e funcionais. Alterações fisiológicas associadas à dor no neonato incluem o aumento da pressão arterial e frequência cardíaca durante e após os procedimentos dolorosos⁴.

Outras respostas que podem servir como indicações para a sensação de dor no neonato são: expressão contraída com músculos faciais tensos e testa enrugada; resmungo intermitente ou choro alto e vigoroso; respiração irregular com engasgamentos ou retração; membros superiores tensos e mantidos na mesma posição; estado de alerta, inquieto e sem conseguir dormir².

Alerta-se ainda para que o manuseio e a estimulação sensorial, a partir de movimentos e do toque,

produzem vigilância e respostas de atenção e orientação que influenciam o desenvolvimento neonatal e a interação entre os pais e o recém-nascido, podendo o neonato, no entanto, ficar cansado se for muito manuseado. No neonato pré-termo, o contato pele a pele proporciona uma estabilidade dos padrões dos sinais vitais e nos padrões de crescimento positivo e de termorregulação⁴.

Os pré-termos graves, geralmente, recebem mais intervenções do que os demais bebês na UTIN; isto lhes acarreta conseqüências, pois têm uma fragilidade maior que os demais. As infecções podem ocorrer devido ao excesso de manuseio, alguns desnecessários, podendo gerar também hipertensão, apnéia, aumento da pressão intracraniana, hipoxemia e alteração do fluxo cerebral⁴.

Os neonatos devem ser manuseados e confortados com total atenção aos sinais transmitidos pelo seu comportamento e acalmados através de contato e carícias, da voz, dos movimentos, estabelecendo-se, ainda, um contato visual a ponto de promover um comportamento estável¹¹.

O estresse e o neonato pré-termo

O estresse significa um conjunto de reações do organismo a agressões de origens diversas, capaz de perturbar o equilíbrio interno¹².

Chama-se estressor qualquer estímulo capaz de provocar o aparecimento de um conjunto de respostas orgânicas, sejam elas em nível mental, psicológico e/ou comportamental, relacionadas com mudanças fisiológicas e padrões estereotipados que acabam resultando em hiperfunção da glândula supra-renal e do sistema nervoso autônomo simpático. Essas respostas, em princípio, têm como objetivo adaptar o indivíduo à nova situação gerada pelo estímulo estressor e o conjunto delas, assumindo um tempo considerável, é chamado de estresse. Assim, o estado de estresse está relacionado com a resposta de adaptação¹².

O conjunto de alterações não-específicas que ocorrem no organismo exposto continuamente a agentes estressores é denominado "Síndrome Geral de Adaptação", que se desenvolve em três fases: reação de alarme, quando o sistema visceral simpático (SVS) é ativado; fase de resistência ou adaptação, quando essa estimulação é repetitiva e o organismo se equilibra dentro do próprio agente estressor; e fase de exaustão ou esgotamento, quando o agente estressor é constante e a ativação do SVS torna-se prejudicial ao organismo, uma vez que não permite o relaxamento e o retorno ao equilíbrio das vísceras¹³.

No estresse, os hormônios hipofisários também atuam sobre o sistema imunológico, através de recep-

tores específicos nas células linfóides. Para neonatos, especialmente quando se trata de prematuros, o estresse possui um aspecto drástico e já a fase de alarme pode resultar em uma variedade de déficits, tendo como consequência sérios danos no nível do sistema nervoso central, pois o processo de desenvolvimento deste sistema sofre descarga dos glicocorticóides, podendo gerar sérias mudanças neuroquímicas e neuroanatômicas. Qualquer tratamento que envolva a administração de glicocorticóides na fase neonatal ou de crescimento também terá consequências drásticas¹².

As observações do estresse no pré-termo, potencializadas pela hipotermia decorrente da pouca camada de tecido marrom, provoca o aumento da frequência respiratória, a respiração forçada e o aumento da taxa metabólica acompanhada de hipoglicemia, com nível de glicose sérica abaixo de 30mg.dl⁻¹, antes do terceiro dias após o nascimento, ou abaixo de 40mg.dl⁻¹ do terceiro dia em diante⁴.

Identificando o estresse no neonato pré-termo

Assim como os adultos têm uma forma verbal e corporal para se comunicar, os neonatos também têm a sua própria linguagem não-verbal. Ao cuidá-los, a equipe deve desenvolver habilidades para que possa compreender essa linguagem¹⁵.

No cuidado do neonato pré-termo, ao se abrir as portinholas da incubadora, não atentamos para o que este pequeno bebê pode estar tentando nos dizer: que não se sente bem; que tem dor e que necessita de um tempo para melhorar a oxigenação e se estabilizar um pouco antes de sofrer maior estresse com outros procedimentos². Alguns sinais do estresse no neonato podem ser identificados (ver Tabela 2). Destes, nem todos ocorrem de imediato, após um procedimento ou manuseio; muitas vezes, demora em torno de 5min a 10min para que se manifestem certos sinais de estresse e instabilidade fisiológica, como bradicardia e apnéia².

Conclusões

A UTIN pode ser considerada um ambiente excessivamente estimulante, que compromete o processo de desenvolvimento do neonato, por este apresentar maior suscetibilidade. Neste ambiente, onde diferentes profissionais interagem ao mesmo tempo para a necessária e indispensável assistência ao bebê, expondo-o a manuseios constantes, à dor e a outras formas de estimulação de natureza sensorial, tais como forte luminosidade e ruídos provocados por movimentos humanos e pelo manuseio de materiais, o neonato sofre a interrupção dos seus ciclos de sono, o que pode contribuir para o surgimento do estresse e de iatrogenias, dificultando o processo de crescimento e

Tabela 2 - Sinais de estresse no bebê

sistema, órgão ou capacidade afetada	sinais
sistema cardiorrespiratório	- irregularidade na respiração - apnéia - diminuição da oxigenação - aumento da pressão arterial - aumento das frequências cardíaca e respiratória
pele	- palidez - mosqueado - cianose - ânsia / náusea - eructação
visceral	- soluços - evacuação - flatulência - vômito
sistema motor	- flacidez - hiperextensão das extremidades - tremores - olhos vagando, sem manter contato visual
nível de atenção	- bocejar - espirrar - irritabilidade - choro

fonte: adaptado de Tamez & Silva²

de maturação relativo ao desenvolvimento orgânico e à sua melhora clínica.

Em especial, o neonato pré-termo, devido à imaturidade de seus sistemas orgânicos, sofre grande influência ambiental, potencializando o estresse e conseqüente desequilíbrio de seu sistema neurovegetativo, com influência negativa em diversos outros sistemas, como o cardiorrespiratório e o digestório. Estas conseqüências, muitas vezes pouco perceptíveis, se não consideradas podem levar o bebê a uma exaustão física e mental, retardando possíveis melhoras clínicas no seu estado de desenvolvimento e crescimento, o que aumenta o risco de óbito.

Assim, medidas intervencionistas devem ser tomadas pela equipe, incluindo profissionais de diferentes áreas, no sentido de minimizar os possíveis efeitos negativos para esses bebês, fazendo da intervenção em saúde um valor na vida de tais entes, porque só tem valor aquilo que preenche de forma positiva a carência de um ente do Ser do Homem, beneficiando-o.

As medidas podem ser representadas por um simples cuidado ao cobrir parcial ou totalmente as incubadoras, protegendo o neonato da ação da luz direta; pela modificação de rotinas e procedimentos, de tal forma que o número de manuseios seja diminuído; pela eliminação de sons e ruídos desnecessários, como conversações altas perto do neonato, pelo caminhar com calçados com solado inadequado, e rádios; pela pronta resposta aos alarmes dos equipamentos; pela redução da intensidade do som dos telefones e de intercomunicadores; pelo fechamento das portinholas da incubadora de maneira delicada; pela remoção da água do circuito do respirador; por evitar colocar objetos em cima da incubadora; e pela redução de luzes por certos períodos, para promover o sono profundo e o descanso, facilitando também o ciclo dia/noite.

Outras medidas, tais como proteger os olhos do neonato quando houver necessidade de utilizar luz intensa para procedimentos médicos e observar os sinais não-verbais de estresse que o mesmo possa emitir por sua corporeidade, permite que os bebês se reorganizem e se acalmem entre os procedimentos e os cuidados.

Por fim, afirmando a condição de tais bebês como entes envolvidos por tal circunstância ou problema de vida existencial narrada anteriormente, não se pode deixar de evidenciar a necessidade ou o valor da ex-

pressão de carinho ao tocá-los. Isto porque os mesmos, além de tudo, encontram-se em um estado de carência, de privação e até mesmo de vacuidade sensorial, que pode advir da falta de contato corporal com a mãe e, com isto, podendo potencializar ainda mais o estresse provocado pelo ambiente. Assim, o toque no bebê deve ser feito de forma suave e mesmo acompanhado de palavras emitidas em som aconchegante.

Estes são alguns dos cuidados humanizados que podem ajudar a criar um ambiente menos estressante, possibilitando uma melhora clínica de neonatos pré-termos assistidos em UTIN.

REFERÊNCIAS

1. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situações de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev latinoam enferm.* 2001;11(5):539-43.
2. Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal de alto risco.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Melson KA, Jaffe MS, Kenner C, Amlung S. *Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso; 2002.
4. Kenner C. *Enfermagem neonatal.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso; 2001.
5. Pachi PR. *O Pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento.* São Paulo: Roca; 2003.
6. Rodarte MDO, Scochi CGS, Leite AM, Fujinaga CI, Zamberlan NE, Castral TC. O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev latinoam enferm.* 2005;13(1):79-85.
7. Jerusalinsky A. Operações simbólicas. Primeiros desafios. *Mente&cérebro.* 2006;1(1):61-5.
8. Brandon DH, Holditch D, Belyea M. Preterm infants born at less 31 weeks' gestation have improved growth in cycled light compared with continuous near darkness. *J Pediatr.* 2002;140(2):192-9.
9. Souza ELBL. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia uma visão multidisciplinar.* 2ª ed. Belo Horizonte: Health; 1999.
10. Margotto PR. *Reprodução de Bada HS.* 2001. Realizada no XVII Congresso Brasileiro de Perinatologia. Florianópolis. 2007:10-4. Disponível em: <http://www.medico.org.br/especialidades/neonatologia>.
11. Burns YR, Macdonald J. *Fisioterapia e crescimento na infância.* 1ª ed. São Paulo: Santos; 1999.
12. Cabral APT, Luna JF, Souza KN. O estresse e as doenças psicossomáticas. *Revista de Psicofisiologia [site na internet].* 1997;1(1). Disponível em: http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista1/volume1_estresse_doencas_psi.htm.
13. Belancieri MF. *Enfermagem: estresse e repercussões psicossomáticas.* Bauru: EDUSC; 2005.
14. Ballone GJ. *Estresse - In. PsiqWeb Psiquiatria Geral.* 2002. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>.
15. Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev latinoam enferm.* 2000;8(4):52-8.

Recebido: 12/08/2008 – Aceito: 29/10/2008