

RESPOSTAS FISIOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO DURANTE O CUIDADO DA ENFERMEIRA^a

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão CARDOSO^b

Karla Maria Carneiro ROLIM^c

Fernanda Cavalcante FONTENELE^d

Eloah de Paula Pessoa GURGEL^e

Luciana Rabelo COSTA^f

RESUMO

O cotidiano enfrentado pelas enfermeiras que trabalham em Unidade Neonatal (UN) lhes impõe um alargamento de perspectivas na observação e realização, do ponto de vista das suas atividades profissionais. Objetivou-se investigar as respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido (RN) de risco ao ser cuidado pela enfermeira na UN. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva desenvolvida com 33 RN's de risco internados na UN numa maternidade pública, em Fortaleza, Ceará, Brasil, no período de dezembro de 2004 a março de 2005. Utilizou-se a observação direta dos cuidados da enfermeira ao RN e busca nos prontuários das condições de nascimento. A resposta fisiológica mais presente foi a alteração da frequência cardíaca, seguida pela saturação de oxigênio e cor da pele. Constatou-se que o RN, mediante expressão facial, movimentação corporal e choro, tenta comunicar seus sentimentos e sua linguagem.

Descritores: Recém-nascido. Comunicação. Enfermagem neonatal. Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

La labor cotidiana enfrentada por enfermeras que trabajan en Unidades Neonatales (UN) impone una ampliación de las perspectivas en la observación y realización en su desempeño desde el punto de vista de las actividades profesionales. El objetivo es investigar las respuestas fisiológicas y comportamentales del recién nacido (RN) de riesgo al cuidado de la enfermera en la UN. Investigación exploratoria y descriptiva desarrollada con 33 RN's de riesgo ingresados en la UN de una maternidad pública, en Fortaleza, Ceará, Brasil, en el periodo de diciembre/2004 a marzo/2005. Se utilizó la observación directa de los cuidados de la enfermera al RN y la búsqueda en los registros médicos de las condiciones de nacimiento. La respuesta fisiológica más presente fue la alteración de la frecuencia cardíaca, seguida por la saturación de oxígeno, color de la piel. Se constató que el RN, a través de la expresión facial, movimiento corporal, y del llanto, intenta comunicar sus sentimientos y su lenguaje.

Descriptorios: Recién nacido. Comunicación. Enfermería neonatal. Atención de enfermería.

Título: Respuestas fisiológicas y comportamentales del recién nacido de riesgo durante el cuidado de la enfermera.

ABSTRACT

Daily tasks carried out by nurses working at the Neonatal Unit (NU) require expanding practice and observation skills, from the perspective of professional activities. The aim of this study was to investigate physiological and behavioral responses of newborns (NB) at risk being cared by NU nurses. This exploratory-descriptive study was carried out with 33 NB at risk admitted to the NU of a public maternity ward, in Fortaleza, Ceará, Brazil, from December/2004 to March/2005. Direct observation of care provided by nurses to the NB, and medical records on birth conditions were used. The most frequent physiological response was change in the heart rate, followed by changes in oxygen saturation and skin color. It was also observed that, by means of face expression, body movement, and crying, that infants tried to communicate their feelings.

Descriptorios: Infant, newborn. Communication. Neonatal nursing. Nursing care.

Title: Physiological and behavioral responses of newborns at risk to nurse's care.

^a Estudo desenvolvido no Projeto de Pesquisa "A Unidade de Internação Neonatal e as suas implicações para a saúde do recém-nascido", financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento da Pesquisa (CNPq).

^b Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora do Projeto de Pesquisa.

^c Enfermeira da Unidade de Internação Neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

^d Mestranda em Enfermagem pela UFC. Enfermeira da Unidade de Internação Neonatal da MEAC.

^e Mestranda em Enfermagem pela UFC. Enfermeira da Unidade de Internação Neonatal da MEAC. Professora da UNIFOR.

^f Enfermeira.

1 INTRODUÇÃO

As equipes de saúde da Unidade de Internação Neonatal (UIN), particularmente a de enfermagem, buscam, atualmente, a compreensão do que diz o bebê por intermédio de seus gestos, posturas, mudanças nos parâmetros clínicos, ou seja, quando procura estabelecer relações entre os cuidados de enfermagem e alterações fisiológicas e comportamentais do recém-nascido (RN). Objetiva a enfermeira com esta busca assistir o RN holisticamente, considerando-o como sujeito de sua própria história e não um mero objeto de cuidados, respeitando-o como cidadão.

Para cuidar de um RN, a enfermeira precisa estar ciente das características peculiares que envolvem este ser, das várias transformações adaptativas pelas quais passará durante o ajustamento à vida extra-uterina, e de suas necessidades no decurso deste período de adaptação, tornando-se este fato uma dinâmica na qual a enfermeira reconhece o bebê em sua importância e totalidade, que somente pode ser descrita quando realmente vivenciada. Portanto, a necessidade de atender a recém-nascidos a termo ou prematuros, aproximou, concomitantemente, novos desafios nos cuidados de enfermagem⁽¹⁾.

Durante o período de internação, a equipe de enfermagem desempenha suas funções centralizadas no atendimento das necessidades afetadas do RN, realizando vários procedimentos, tais como: punções venosas, sondagem gástrica, administração de oxigênio, entre outros. Com a internação procura-se estabilizar o estado geral da criança e garantir sua recuperação e sobrevivência⁽²⁾.

Nessa assistência, deve-se priorizar não só conhecimentos técnico-científicos, como também o humano, além da habilidade e segurança para desenvolver o manuseio e todas as técnicas com eficiência.

O RN, independentemente de sua idade gestacional ao nascimento, é capaz de expressar suas emoções, o prazer, a dor, a procura ou mesmo fuga do contato, quando não pode mais suportar a estimulação negativa e o estresse por ele provocado. Portanto, o bebê pode ser levado à exaustão e ao gasto energético por meio dos muitos cuidados a ele direcionados pela equipe de enfermagem, refletindo negativamente em termos fisiológicos no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central⁽³⁾.

A meta da enfermagem é de modificar a atenção ao RN, em um ambiente onde a tecnologia é, por muitas vezes, sobreposta às situações humanas e no qual o bebê vivencia a necessidade de lutar pela sua sobrevivência. Na realização desses procedimentos técnicos, o cuidado pode ser representado pela interação do bebê que é cuidado, com a enfermeira que dele cuida. É disto que carece o cuidado de enfermagem, isto é, carece de maior sensibilidade da profissional com o paciente ou com seu acompanhante e de resgatar os valores humanos presentes na interação social⁽²⁾. O entendimento, por esta profissional, da concepção do ser humano na sua totalidade favorece a determinação do cuidado integral.

Na realização de procedimentos técnicos, o cuidado pode ser representado pelo processo de interação daquele que cuida com o que é cuidado. A enfermeira só pode determinar o cuidado em sua integralidade quando concebe o ser humano na sua totalidade. É importante ressaltar que o processo de cuidar envolve ações, atitudes e comportamentos com base na intuição e conhecimento científico⁽⁴⁾.

Na vivência das autoras como enfermeiras e docentes em Unidade Neonatal, tem-se, por muitas vezes, questionado o tratamento e o cuidado dispensado ao bebê. Portanto, com o propósito de buscar respostas para as preocupações sobre uma atenção de qualidade oferecida a este paciente, o objetivo deste estudo foi investigar as respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido de risco ao ser cuidado pela enfermeira na Unidade de Internação Neonatal.

2 METODOLOGIA

Este é um ensaio exploratório-descritivo, tendo como foco essencial as respostas fisiológicas e comportamentais do RN de risco ao cuidado realizado pela enfermeira na UIN.

Foi realizado na UIN, de uma maternidade pública de grande porte, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, considerada de nível terciário, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade. A UIN dispõe de 53 leitos distribuídos em quatro salas.

A amostra foi composta de 33 bebês de risco internados na UIN, que receberam cuidados promovidos pelas enfermeiras no período da co-

leta de dados, ou seja, de dezembro de 2004 a março de 2005.

A assistência ao bebê envolve planejamento e execução de cuidados referentes a alimentação, higiene, administração de medicação, colheita de sangue para exames, aspiração das vias aéreas superiores, entre outros. Recém-nascidos de risco são os que necessitam de respiração artificial ou assistida (ventilador mecânico e cpap nasal), monitorização e uso de incubadora, não importando sua idade gestacional⁽⁵⁾. Esses critérios foram estabelecidos por entender-se que estes bebês são bastante manipulados, não sendo permitidos a eles períodos longos de descanso e sono.

Para a coleta dos dados, utilizou-se a observação direcionada aos cuidados da enfermeira em relação ao bebê de risco e dados das condições de nascimento e diagnóstico do RN nos prontuários, os quais foram registrados num instrumento direcionado para compreensão da assistência de enfermagem. Foram observadas respostas comportamentais, fisiológicas e sinais emitidos pelo bebê, como choro, mudança de coloração da pele e manifestações de desagrado, presença de cianose, vômitos, aumento ou diminuição na frequência cardíaca e respiratória; e sinais comportamentais, entre eles, estado de sonolência, circunstância de satisfação e conforto, choro, irritação, agitação; mudanças de expressões e presença de movimentos em partes do corpo, sorriso, maior abertura dos olhos e boca, arqueamento das sobrancelhas, maior brilho e expressividade do olhar, alteração da expressão facial e corporal. As respostas do bebê foram analisadas e receberam tratamentos estatísticos, sendo apresentadas em formas de gráficos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, conforme ofício n. 762/04, protocolo n. 227/04, de acordo com a Resolução n. 196 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas com seres humanos⁽⁶⁾, como também, pela Comissão de Pesquisa da instituição na qual o estudo se realizou.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados produzidos por meio das observações demonstram como a condição e o modo de desenvolvimento dos cuidados ao RN, reali-

zados pelas enfermeiras, afetaram a habilidade do sistema humano do bebê em responder, positivamente ou não, a situação imposta pelo cotidiano da UIN.

Caracterizando os RN's participantes, 18 eram do sexo feminino (55%) e 15 RN's do masculino (45%); 15 (45%) pesavam entre 1000g e 2000g e 14 (43%) tinham peso menor do que 1000g e quatro (12%) com peso maior do que 2000g; 20 (61%) foram classificados como prematuros moderados, 10 (30%) como prematuros extremos, dois (6%) classificados como prematuros limítrofes e apenas um (3%) recém-nascido a termo (RNT). No que se refere à adequação do peso de nascimento por idade gestacional, pôde-se classificá-los, ainda, 17 (51%) como pequeno para a idade gestacional (PIG), 14 (43%) adequado para a idade gestacional (AIG) e dois (6%) recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG).

O período neonatal compreende os primeiros vinte e oito dias de vida do bebê, e o recém-nascido pré-termo (RNPT) pode ser classificado em três grupos, de acordo com a adequação do peso à idade gestacional: RNPT limítrofe, quando compreende a idade gestacional entre 35 e 36 semanas, com peso que oscila entre 2.200 e 2.800g; RNPT moderado, quando a idade gestacional varia de 30 a 34 semanas, com peso oscilando entre 1.600 e 2.300g, e RNPT extremo, compreendendo todos os bebês com idade gestacional inferior a 30 semanas e com peso inferior a 1.500g⁽⁵⁾.

Inicialmente, avaliou-se a realização de único manuseio no momento da observação, o que correspondeu a 25 casos (76%), entretanto oito bebês foram manuseados duas vezes (24%), quando se pretendia aplicar apenas um procedimento.

O bebê de risco por necessidade vital é separado de sua mãe e conduzido à UIN, onde se deparará com um ambiente muito diferente daquele onde se encontrava⁽⁷⁾. Este bebê, então, 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. Receberá cuidados urgentes na tentativa de melhorar seu estado e auxiliá-lo a viver, fazendo com que, muitas vezes, seja intubado, ventilado, perfurado, periodicamente, durante um período longo, necessitando de excessivos episódios de manuseio⁽⁸⁾.

Durante toda observação apenas um bebê (3%), teve o acompanhamento de sua mãe durante o procedimento o qual estava sendo submetido. Os demais RN's, 32 (97%), não usufruíram a presença de sua genitora durante o cuidado realizado.

A classificação dos bebês prematuros quanto ao diagnóstico foi: 16 RNPT's (49%) apresentavam desconforto respiratório; cinco prematuros (15%) tinham síndrome da membrana hialina (SMH); cinco (15%) apresentavam riscos para infecção; quatro (12%) dos RNPT's eram asfíxiados e apresentavam desconforto respiratório; um dos bebês (3%) sofria risco de hipoglicemia; um (3%) corria risco para sífilis e um bebê a termo (3%) apresentava risco para bronco-aspiração meconial (BAM).

Quando se analisou os diagnósticos dos RN's, percebeu-se que, em 99,6% dos casos, a prematuridade estava associada a outra patologia; ou seja, dos 33 RN's observados, apenas um (3%) não era prematuro. Sabemos que RNPT's são encaminhados à UIN por estarem susceptíveis a intercorrências, como instabilidade térmica, hiperbilirrubinemia, distúrbios hidroeletrólíticos, debilidade de sucção, desconforto respiratório e infecções⁽⁵⁾. É importante lembrar que o nascimento de um bebê prematuro desperta preocupação, atenção especial e capacitada das enfermeiras e da equipe interdisciplinar que atua na UIN, mesmo após a evolução dos métodos terapêuticos, tecnológicos e científicos que aumentou sobremaneira a sobrevivência desses bebês. Estes RN's nascem com a musculatura respiratória pouco desenvolvida, paredes torácicas complacentes, pulmões deficientes em surfactante, propensos a infecções respiratórias e a dependência ao respirador artificial⁽⁹⁾.

As enfermeiras realizaram procedimentos com o RN de alto risco que podem ser enumerados: punções venosas, realizadas quatorze vezes (43%); oito (24%) aspirações das vias aéreas; quatro (12%) punções venosas com reposicionamento do RN; quatro (12%) aspirações de vias aéreas e reposicionamento do bebê; três (9%), renovações da fixação da cânula endotraqueal, perfazendo um total de 33 procedimentos.

Evidenciaram-se os procedimentos observados, porém, este estudo, inicialmente, não estipulou nenhum procedimento específico a ser obser-

vado, ou seja, qualquer manuseio terapêutico que fosse dispensado aos bebês faria parte da amostra.

Constatou-se que a necessidade da punção venosa foi responsável pelo maior índice de manipulação dos RN's, com 14 casos (43%). Isto porque este tipo de procedimento envolve não somente punção periférica de vasos sanguíneos para acesso venoso, mas também coleta de sangue para exames e prova cruzada em hemotransfusões.

Em seguida, tiveram-se as aspirações de vias aéreas, com oito casos (24%). Atentou-se para as aspirações e, também, para as punções venosas com reposicionamento postural do bebê (organização), correspondente a quatro casos cada e 12%, respectivamente. Isto porque, apesar de tratar-se aqui de dois manuseios, que teoricamente seriam prejudiciais para o RN, muitas vezes, há necessidade de nova acomodação após o procedimento.

A enfermeira não pode simplesmente realizar o procedimento sem interagir com o paciente. É importante que ela procure assegurar o bem-estar do RN, principalmente depois de procedimentos tão traumáticos e dolorosos como as punções, quer sejam venosas, quer sejam arteriais. Vários parâmetros físicos e comportamentais se alteram no RN diante de um estímulo doloroso, incluindo-se a frequência cardíaca e respiratória, a pressão arterial e níveis hormonais, até o movimento corporal, a mímica facial e o choro⁽¹⁰⁾.

Alguns exames são, na verdade, invasivos, agressivos e bastante dolorosos, exigindo, algumas vezes, aparelhos que emitem sons e ruídos desagradáveis. Nesse caso, os maiores problemas estão ligados à necessidade de um procedimento doloroso, em geral, para uma punção venosa e a da coleta de exames⁽¹¹⁾. É preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, o fato de que toda criança hospitalizada tem o direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la⁽¹²⁾.

Outro procedimento analisado foi a renovação da fixação da cânula orotraqueal, onde observou-se três (9%) trocas. Muito presente nas UIN, a ventilação mecânica a cada dia vem garantindo uma maior sobrevivência dos prematuros, no entanto, há necessidade da utilização de um dispositivo que fixe este à pele do bebê, para que seja evitada a exteriorização do tubo. Este material adesivo tem

indicação de ser renovado frente a algumas situações como sujidade, umidade, ineficácia de fixação ou em caso de extubações e reposicionamento da cânula.

Embora esses procedimentos não possam ser evitados, em sua maioria, podem ser suavizados quando o profissional que o executa estiver sensibilizado para desenvolver um manuseio carinhoso e humano. Assim, a presença da solidariedade, amor e respeito ao bebê tem-se tornado primordial na práxis da enfermeira.

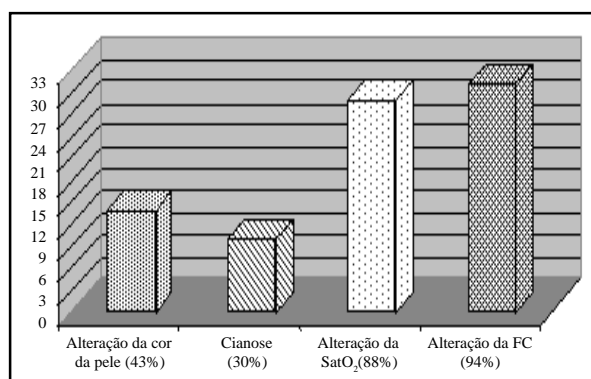


Gráfico 1 – Resposta fisiológica do recém-nascido de alto risco durante o cuidado realizado pela enfermeira na Unidade de Internação Neonatal. Fortaleza (CE), 2005.

Legenda: FC: frequência cardíaca; SatO₂: saturação de oxigênio.

Ao analisar-se o Gráfico 1, onde se registra as respostas fisiológicas dos RN's ao cuidado do enfermeiro, observa-se que a alteração da frequência cardíaca (FC) foi a reação mais presente, percebida nos bebês, manifestada por 31 RN's (94%) dos casos observados (27 casos foram de bradicardia).

Em seguida, a alteração da saturação de oxigênio (SatO₂) aconteceu em 29 RN's (88%). Daí a importância da monitorização quando o RN está internado em uma UIN, para visualização de suas reações nestes momentos de estresse. A FC e a SatO₂ podem ser alteradas quando o RN recebe estímulos, quer endógenos ou exógenos, variando de intensidade, dependendo de cada bebê. Em seguida, observou-se 14 bebês que apresentaram alteração na cor da pele (43%), e ainda 10 casos de cianose (30%).

As alterações na cor da pele do bebê podem significar manifestação de sentimentos de conforto, desconforto, insatisfação e até mesmo insuficiência respiratória. Os receptores da pele reagem ao calor, ao frio, ao toque, a vibrações e

outras sensações, e, assim, pela observação da pele, pode-se confirmar seu estado geral⁽¹³⁾.

A pele é o primeiro meio de comunicação, mais eficiente protetor, e constitui grande veículo para absorção e/ou eliminação de cargas psíquicas, que, no pensar do autor, é o espelho do funcionamento do organismo, sua cor, textura, umidade, secura, refletindo nosso estado de ser⁽¹⁴⁾.

Diante do Gráfico 2, observou-se que durante todos os procedimentos realizados, nenhum RN apresentou sinais de conforto e satisfação.

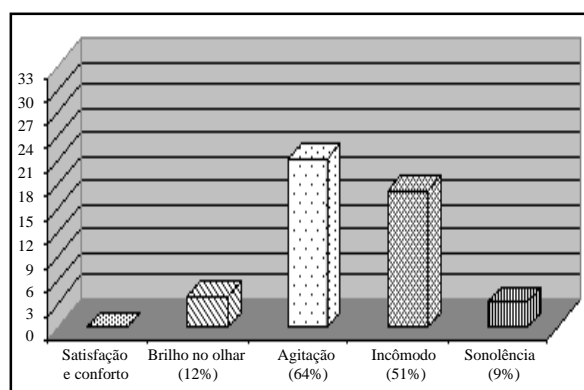


Gráfico 2 - Sinais de conforto e satisfação do recém-nascido durante o cuidado realizado pela enfermeira na Unidade de Internação Neonatal. Fortaleza (CE), 2005.

Pôde-se observar na prática da investigação este fato claramente, ao se detectar alteração de seu padrão respiratório, dito como periódico, caracterizado por respirações rápidas, intercaladas com pausas respiratórias que podem durar de cinco a dez segundos⁽⁵⁾. É digno de nota o fato de que, mesmo antes do nascimento, o feto é sensível a estímulos que regulam a frequência e a profundidade do padrão respiratório.

As vias aéreas têm um papel controlador da respiração; nos prematuros, assim como nos adultos, a apnéia que é uma pausa respiratória superior a vinte segundos, pode ser acompanhada por obstrução das vias aéreas ao nível da faringe, podendo ser exacerbada pela posição supina, demonstrando que uma posição terapêutica e confortável do bebê deve ser propiciada pela equipe de cuidadores da UIN⁽³⁾.

A maioria dos RN's, 21, ou seja, 64%, apresentaram-se agitados durante o procedimento. Agitação é movimento exacerbado, oscilação, perturbação, desordem, tumulto⁽¹⁵⁾. Pôde-se observar, algumas vezes, certos RN's que já se mostram agi-

tados mesmo antes de qualquer procedimento. Acredita-se ser a ambiência da UIN fonte estimuladora, acentuando-se, quando a isto se somam os manuseios.

Percebeu-se que 17 bebês (51%) se mostraram incomodados com os manuseios. O incomodo é algo desagradável, desconfortável enfadonho e cansativo⁽⁵⁾. Os RN's mostraram-se incomodados na presença dos profissionais e durante os procedimentos.

Apenas três RN's (9%) apresentaram-se sonolentos durante os procedimentos, no entanto, discute-se se realmente era uma necessidade fisiológica de repouso ou se decorria da sedação que estava em curso na hidratação venosa, pois a grande maioria dos RNPT's, quando em uso de ventilação mecânica (VM), ficam sedados, nos primeiros dias de vida, com o objetivo de aliviar a dor e o incômodo, reduzindo seu estresse, otimizando o seu tratamento.

É interessante acrescentar que quatro RN's (12%) apresentaram brilho no olhar durante os procedimentos. Logo em seguida, este brilho se transformou em lágrima. Neste momento, as autoras deste estudo se sentiram impotentes diante de tal reação, pois, mesmo com todos os equipamentos e medicações sedativas, o bebê pode demonstrar que a assistência prestada, extremamente necessária, pode deixá-lo muitas vezes em situação de estresse.

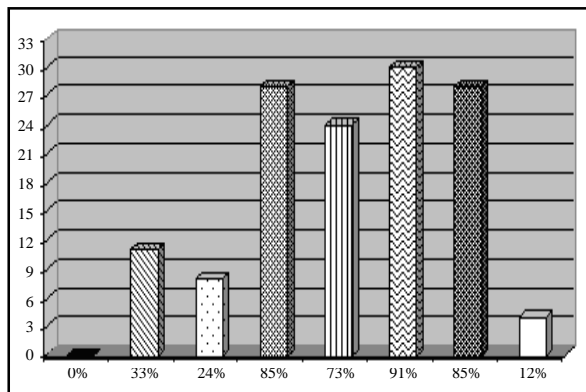


Gráfico 3 - Alterações Comportamentais demonstradas pelo recém-nascido durante o cuidado realizado pela enfermeira na Unidade de Internação Neonatal. Fortaleza (CE), 2005.

Legenda:

- Sorriso (0)
- ▨ Levantar sobrancelhas (11)
- ▤ Abertura dos olhos (8)
- ▧ Choro/tristeza (28)
- ▩ Abertura da boca (24)
- ▦ Alteração/expressão facial (30)
- ▨ Movimentação do corpo e membros inferiores (28)
- Olhar expressivo (4)

Outro aspecto analisado foram as expressões e mímicas dos RN's como respostas diante dos procedimentos realizados. A alteração da expressão facial ocorreu com 30 bebês, o que corresponde a 91% da amostra. Além da movimentação corporal e facial e do choro, o RN expressa a dor de maneira muito mais complexa, provavelmente com o envolvimento de aspectos emocionais. As alterações de mímica facial constituem eixos fundamentais no estudo da expressão da dor no bebê. Nessa idade, parecem existir expressões faciais específicas da dor, consistindo de fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada no sentido horizontal ou vertical, língua tensa e tremor de queixo, em resposta à dor; 95-98% dos RN's a termo apresentam pelo menos as três primeiras alterações⁽¹⁶⁾.

Percebeu-se, entretanto, que, as alterações da mímica facial não trazem informações a respeito da qualidade ou da intensidade do fenômeno doloroso. É difícil, portanto, a utilização apenas da movimentação da face na tomada de decisões terapêuticas, à beira do leito, em unidades de internação neonatal. Os movimentos do corpo e membros inferiores e também o choro/tristeza apresentaram-se em 28 casos cada um, o equivalente a 85% respectivamente.

Ficou evidente no estudo que a movimentação corporal não apareceu só em reação à dor, mas foi observada, também, diante de outros estímulos desagradáveis, muitas vezes, não dolorosos. Assim, embora o RN tenha movimentado o tronco e membros quando sentiu dor, este achado não pode ser utilizado como índice único da existência do fenômeno doloroso. Além disso, parece haver variação individual na amplitude da resposta motora, pois alguns bebês permaneceram quietos.

Além da movimentação corporal e facial, o RN expressa a dor de maneira muito mais complexa, com envolvimento de outros aspectos, como se pôde observar no choro. Este parâmetro faz parte do repertório de expressões da dor no período neonatal. O choro do bebê tem sido interpretado em todas as culturas como sinal de vitalidade. Se um bebê saudável continua ou não a chorar, os pais e profissionais de saúde interpretam como uma expressão do temperamento de cada criança, e pode, então, ser visto como sinal de desconforto⁽¹⁷⁾.

Em números também consideráveis, teve-se 24 casos de maior abertura da boca (73%), 11 casos (33%) em que houve levantamento das sobrancelhas, 8 registros de maior abertura dos olhos (24%) e apenas 4 casos em que se observou o olhar mais expressivo e fixo (12%); tendo sido estes três últimos dados prejudicados em sua avaliação, pois 16 RN's estavam em tratamento de fototerapia, em que se usa um protetor ocular continuamente, sendo tirado somente na hora de sua troca. Desta forma, quando se observava um destes neonatos, não se pôde avaliar suas reações oculares.

4 CONCLUSÕES

Com base em tudo o que foi descrito, é possível depreender que o RN, por meio de sinais como a expressão facial, a movimentação corporal, o choro, entre outros, exprime e tenta **comunicar** seus sentimentos e a dor que ele sente. Dessa forma, os sinais emitidos pelo bebê diante do estímulo doloroso são, na verdade, uma linguagem.

Surge, então, uma ênfase de que o adulto precisa **reconhecer** ou **decodificar** os sinais de dor emitidos pelo paciente pré-verbal. O entendimento de tais sinais pela enfermeira depende do seu conhecimento a respeito da dor nessa idade, de sua sensibilidade e de sua atenção para a percepção desses sinais; ou seja, faz-se mister uma comunicação efetiva entre a enfermeira e o RN doente para que este último **ultrapasse** os procedimentos necessários para a sua sobrevivência da maneira mais confortável possível.

Por meio de uma reflexão crítico-reflexiva, baseada nos achados do estudo, buscou-se novos desafios, mais conhecimentos para ampliar a qualidade de vida, advindos de observações que norteiam as modificações do cuidado embasadas na avaliação comportamental e fisiológica do bebê. Nesta busca de uma interação, certamente, haverá mais tranquilidade e bem-estar ao bebê e à profissional que dele cuida. Quando as pessoas descobrem por meio da reflexão e da autocrítica que são frágeis, carentes e necessitadas de crescimento, ajuda e compreensão, tornam-se favoráveis à humanização no relacionamento, assumindo uma posição aberta ao aprendizado.

REFERÊNCIAS

- 1 Fontenele FC. Lesões de pele em recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [monografia de Especialização em Enfermagem Neonatológica]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004. 82 f.
- 2 Campos ACS, Leitão GCM. Crenças e sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos sob fototerapia. Revista Gaúcha de Enfermagem 2005;26(1):50-6.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: método canguru. Brasília (DF); 2002.
- 4 Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.
- 5 Ramos JLA. O recém-nascido normal. In: Marcondes FA, organizador. Pediatria básica. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 34-46.
- 6 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF):1997.
- 7 Calil VMLT. Caracterização do recém-nascido pré-termo. In: Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada do recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 79-95.
- 8 Rugolo LMSS. Manual de neonatologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- 9 Machado CMD, Medeiros HF. Reflexões sobre a assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo em unidades neonatais. In: Costenaro RGS. Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões. Santa Maria: UNIFRA; 2001. p. 197-201.
- 10 Frank LS, Lawhon G. Environmental behavioral strategies to prevent and manage neonatal pain. Amsterdam: Elsevier Science BV; 2000.
- 11 Soares VV, Vieira JES. Percepção de crianças hospitalizadas sobre a realização de exames. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2004;38(3):298-306.
- 12 Ministério da Ação Social (BR), Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília (DF); 1990.

- 13 Davis PK. O poder do toque. São Paulo: Nova Cultural; 1991.
- 14 Montagu A. Tocar: o significado humano da pele. São Paulo: Summus; 1988.
- 15 Bueno S. Dicionário da língua portuguesa. São Paulo: FTD; 2004. Agitação; p. 19.
- 16 Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates: facial action and cry. Pain 1987;28(3):395-410.
- 17 Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Kuvina M, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. Acta Paediatrica 1995;84:468-73.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e Conselho Nacional de Desenvolvimento da Pesquisa (CNPq).

Endereço da autora/Author's address:
Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso
Av. Gal. Osório de Paiva, 857, Aptº 812 B
Parangaba
60.720-000, Fortaleza, Ceará.
E-mail: cardpsp@ufc.br

Recebido em: 15/03/2006
Aprovado em: 04/05/2006