



## DOCENCIA

### ESTÍMULO TÁTIL- CONTENÇÃO FACILITADA: O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO.

ESTÍMULO TÁCTIL-CONTENCIÓN FACILITADA: EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO..

**\*Lanzillotti, da Silva L., \*\*Shiratori, K.**

\*Mestranda do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). \*\*Doutora em Enfermagem. Prof. Adjunta do DEF/EEAP/UNIRIO.

Palavras chave: contenção facilitada- prematuro- estímulo tátil.

Palabras clave: contención facilitada - prematuro - estímulo táctil.

#### RESUMO

Trata-se de um estudo vinculado ao Programa de Pós Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), inserido na linha de pesquisa : “ O cuidado de enfermagem: o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado”, aprovado mediante a defesa de projeto ocorrida no dia dezoito de novembro de dois mil e quatro. Neste estudo destacamos como **objeto: as respostas obtidas dos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso ao estímulo tátil - contenção facilitada prolongada** . Buscamos atingir os seguintes objetivos: estudo busca atingir os seguintes **objetivos:** Identificar as respostas físicas (ganho de peso) e as expressões comportamentais obtidas a partir da aplicação do estímulo tátil por contenção facilitada prolongada em neonatos prematuros com peso inferior à 1500g; Caracterizar as respostas dos neonatos com peso inferior à 1500g ao estímulo tátil por contenção facilitada prolongada, obtidas através dos parâmetros adotados e Analisar as respostas dos neonatos prematuros com peso inferior à 1500g ao estímulo tátil por contenção facilitada prolongada. Trata-se de um estudo experimental, pautado na abordagem quanti-qualitativa, subsidiado pela Teoria Sinativa desenvolvida pela Dr<sup>a</sup> Heidelise Als (1986). O estudo apresenta-se na fase de coleta de dados e revisão de literatura.

## RESUMEN

Es un estudio vinculado al Programa de Post-Graduación - Mestrado en Enfermería de la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro (UNIRIO), inserto en la línea de investigación: "El cuidado de enfermería: el cotidiano de la práctica de cuidar y ser cuidado", aprobado mediante la defensa del proyecto que tuvo lugar el dieciocho de noviembre de dos mil cuatro. En este estudio resaltamos como **objetivo: las respuestas obtenidas de los recién nacidos prematuros de peso muy bajo al estímulo táctil - contención facilitada prolongada.** Buscábamos alcanzar los siguientes **objetivos:** Identificar las respuestas físicas (aumento de peso) y las expresiones conductuales obtenidas a partir de la aplicación del estímulo táctil por contención facilitada prolongada, obtenidas a través de los parámetros adoptados y analizar las respuestas de los neonatos prematuros con peso inferior a 1500g. al estímulo táctil por contención facilitada prolongada. Se trata de un estudio experimental, pautado en el enfoque cuantitativo, basado en la Teoría Sinativa desarrollada por la Dr<sup>a</sup> Heidelise Als (1986). El estudio se presenta en la fase de recolección de datos y revisión de la literatura.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Trata-se de um estudo vinculado ao Programa de Pós Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), inserido na linha de pesquisa : "O cuidado de enfermagem: o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado", aprovado mediante a defesa de projeto ocorrida no dia dezoito de novembro de dois mil e quatro. Neste estudo destacamos como **objeto: as respostas obtidas dos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso ao estímulo tátil - contensão facilitada prolongada.**

No decorrer da trajetória profissional, cada vez mais, presenciava a admissão de neonatos com peso inferior à 1.500g, classificados por Avery (1999) como recém-nascidos de muito baixo peso. O cuidar destes bebês tornara-se uma constante no nosso dia-a-dia, o que, no entanto, continuava a me preocupar com relação à melhor forma de prestar-lhe cuidado. Esta preocupação era tão evidente que todos os dias, quando assumia os plantões e passava pela porta da UTI neonatal deparava-me com os recém-nascidos de muito baixo peso, e questionava: O que e como fazer? O que você quer que eu faça para te ajudar e se sentir melhor?

Desta forma, a cada dia me aguçava o interesse de entendê-los de maneira mais apropriada e intensa, pois sem a maturidade, não estão prontos para a vida, com isso necessitam ser acompanhados durante as vinte e quatro horas do dia, quando buscamos tornar a sua realidade mais próxima com o mundo que vivia até então, tornando, assim, mais ameno o seu processo de adaptação ao mundo extra-uterino.

A minha sensibilidade aguçava-se e sentia que deveria existir algo mais incorporado nesse cuidado que ainda não havia em mim se desvelado, pois a técnica e a tecnologia eu as conhecia, sentia apenas que deveria haver algo mais que isso.

O ambiente da UTI neonatal foi entendido por Tames e Silva (1999) como sendo um local repleto de luzes fortes e constantes, barulho, mudanças de temperatura, interrupção do ciclo de sono com a clientela submetida a repetidas avaliações e procedimentos. Um ambiente bem diverso do encontrado no útero ou daquele que o bebê vivencia em sua casa.

Para atenuar as diferenças evidentes entre os meios intra e extra-uterino, observa-se que os profissionais tentam de forma diversificada proporcionar condições para o sono e o repouso do bebê. A busca em proporcionar o conforto é uma preocupação que pode ser evidenciada em diversos autores, dentre os quais, mencionamos os estudos realizados por Venturini e Martins (2004), que enfatizam, a partir de suas experiências em unidade neonatal, a preocupação da equipe de saúde com a dor e o desconforto dos neonatos, mas devido a grande dificuldade em definir condutas por falta de conhecimentos específicos dos profissionais, conduz a sub-tratamentos ou ações ineficazes para proporcionar o conforto necessário.

Com isso, observo que é possível prolongar-lhe o conforto mediante um procedimento mais “humano” através do estímulo tátil. Este estímulo, realizado mediante uma contenção facilitada, dócil e prolongada com as mãos após um procedimento de enfermagem, torna-se uma das condições para proporcionar-lhe o prolongamento do ambiente intra-uterino e assim, seja possível ao recém nascido vivenciar mais qualidade no cuidado de enfermagem ofertado.

Para isso, respaldamo-nos, inicialmente, em autores que desenvolveram estudos acerca do ambiente intra-uterino e, por conseqüência, analogicamente, balizamos os fundamentos necessários para a justificativa da necessidade do estímulo tátil por contenção facilitada prolongada.

Partindo-se do pressuposto que durante toda a formação do feto no meio intra-uterino é rico de estímulos físicos e comportamentais, de que maneira poderíamos auxiliá-los, sabendo-se que seu meio fisiológico foi-lhe tirado prematuramente?

Neste contexto, para a apreciação de tais questionamentos debruço-me sobre a minha vivência profissional, a partir da qual tenho observado com grande freqüência os comportamentos interessantes manifestados pelos prematuros durante os cuidados de enfermagem. Dentre as observações realizadas, verifiquei que após a implementação dos cuidados de enfermagem, dentre os quais destaco, a aspiração de secreções do tubo orotraqueal, punções venosas, troca de fraldas, entre outros, quando aplicava, de forma sutil e suave, minhas mãos sobre a extensão corporal, cobrindo o corpo do neonato como uma manta, durante, no máximo, dez segundos com o objetivo de fornece-lhe contato pele a pele, para o aquecimento e acomodação, verificava como resposta, quase imediata, que ele tornava-se quieto, fechava os olhos e apresentava-se como se estivesse relaxado. Atentei-me, assim, pela possibilidade de conceder o estímulo tátil ao recém-nascido prematuro, para que se sentisse tão familiar quanto ao que ele vivenciava tão presente no meio intra-uterino, na medida em que convivia com os limites impostos pela placenta, líquido amniótico e pela auto-estimulação corpo a corpo, assim como, mediante a própria postura fletida que ele assumia, e que certamente, lhe proporcionava o conforto e a estimulação tátil necessária. Desta forma, acredito, propiciava uma condição mais adequada, respeitando-lhe em sua dignidade como ser humano.

Sendo assim, comecei a refletir sobre as possibilidades do cuidado de enfermagem a partir do estímulo tátil por contenção facilitada prolongada em crianças prematuras, por ter a concepção de que este seja um grande instrumental para o desenvolvimento da arte de cuidar bioeticamente, considerando a realidade e o ambiente dos neonatos prematuros e quem sabe a “chave-mestra”, ou seja, aquela que poderá abrir várias portas.

Diante das considerações apresentadas, elaboramos as seguintes questões norteadoras do estudo:

- ▶ De que forma o neonato prematuro com peso inferior à 1500g reage à aplicação da estimulação tátil por uma contenção facilitada prolongada com as mãos em sua extensão corporal?
- ▶ A aplicação da estimulação tátil por uma contenção facilitada prolongada com as mãos em sua extensão corporal favorece o ganho de peso?

Por oportuno, consideramos relevante assinalar que a compreensão acerca da contenção facilitada em recém nascidos prematuros é subsidiada pela descrição apresentada nos textos da bibliografia consultada para a confecção do Manual da Atenção Humanizada ao recém nascido de baixo peso - Método Mãe Canguru (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A contenção facilitada foi descrita como um método de conforto efetivo, onde se atenua as respostas psicológicas e comportamentais da dor em neonatos prematuros. Constitui-se no posicionamento do neonato prematuro de maneira que flexione os membros superiores e inferiores, contendo com uma das mãos e a outra na cabeça, como se promovesse o posicionamento fetal e a sustentação promovida pelo meio intra-uterino. ( CORFF K.E. et al, 1995).

Neste momento, consideramos que poderíamos implementar como fonte de estudo, a utilização desta contenção facilitada de maneira prolongada, ou seja, após a aplicação da contenção até o recém-nascido ficar estável, esta seria mantida por mais três minutos. Por entender ser um cuidado que além de auxiliar na estabilização, possa também ser um viés para conceder-lhe a continuidade do estímulo tátil, com o intuito de destinar um momento para fornecer-lhe conforto, sem que haja a necessidade de correlacioná-lo aos estímulos dolorosos, mas pelo próprio ambiente se constituir como estressante e adverso. Pode-se assim dizer que estaríamos também prolongando o contato pele a pele com qualidade, como se fosse um momento para que o neonato prematuro desfrute até mesmo para o favorecimento no seu ganho de peso.

Tendo em vista as considerações assinaladas e as questões de pesquisa formuladas, este estudo busca atingir os seguintes objetivos:

- Identificar as respostas físicas (ganho de peso) e as expressões comportamentais obtidas a partir da aplicação do estímulo tátil por contenção facilitada prolongada em neonatos prematuros com peso inferior à 1500g;
- Caracterizar as respostas dos neonatos com peso inferior à 1500g ao estímulo tátil por contenção facilitada prolongada, obtidas através dos parâmetros adotados;
- Analisar as respostas dos neonatos prematuros com peso inferior à 1500g ao estímulo tátil por contenção facilitada prolongada.

## JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Considerando-se a necessidade de compreender as respostas demonstradas pelos neonatos ao estímulo tátil por contenção facilitada prolongada, desenvolveremos este estudo porque acreditamos que existe uma complexidade de respostas que este ato pode provocar nos neonatos prematuros com peso inferior à 1500g. Sabendo-se que está inserido num ambiente estressante e adverso, auxiliaria no ganho de peso, bem como apresenta-se como uma estratégia para aqueles que muitas vezes somente detém o contato pele a pele, o estímulo tátil, através dos procedimentos técnicos da equipe de saúde.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### O Tocar

No presente capítulo, será abordado o significado do ato de tocar e as possíveis reações do corpo que é tocado, neste sentido utilizaremos Montagu (1986) como alicerce teórico.

Inicialmente podemos nos reportar ao surgimento do revestimento do nosso corpo - a pele. Este órgão externo é o mais extenso e o sistema tátil, é o primeiro sistema sensorial a tornar-se funcional no embrião humano.

Montagu (1986) define o significado de tocar como uma necessidade comportamental básica, proporcionalmente em que respirar é uma necessidade física básica. Em que o bebê cresce e se desenvolve socialmente por meio do contato, mantendo contato com outras pessoas por toda a sua vida. Porém, aquele que apresenta uma necessidade de tocar insatisfeita, resulta num comportamento anormal. Assinala ainda que para o bebê ter um bom desenvolvimento, este deve ser tocado, levado no colo, acariciado, aninhado nos braços e falar carinhosamente, mesmo que não esteja sendo amamentado. E, através do toque das mãos, colo, carícias, cuidados e proteção dos braços que mesmo na ausência de muitas outras coisas, proporcionam experiências de tranquilização que o bebê precisa sentir para que possa sobreviver dentro dos parâmetros de saúde.

### Estímulo tátil como cuidado bioético da enfermagem:

Evidencia-se, em estudo que realizamos no Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da UNIRIO, que é fundamental apropriar-nos da concepção da bioética no âmbito do cuidado de enfermagem, especificamente na UTI/UI neonatal, na qual os profissionais de enfermagem convivem diariamente com os aspectos objetivos ao lidar com técnicas e tecnologias; e, com os subjetivos que são aqueles relacionados à concessão dos cuidados profissionais aliados aos atributos inerentes ao ser humano e que por assim ser entendidos estão envoltos em uma relação ética/bioética. A conduta ética/bioética não reflete os momentos de crises, mas ao contrário, constitui-se na expressão cotidiana maior do compromisso que todos os profissionais possuem entre si e com todas as outras pessoas, seja no ambiente intra ou extra hospitalar e, crescem na medida que intercambiam as suas experiências.

A partir do entendimento dos sinais e signos do nosso corpo que é instrumento do cuidar e do corpo que cuidamos, podemos ter mais propriedade para não infringir as questões éticas que estão inter-relacionadas com o corpo e o cuidar.



## ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo experimental, pautado na abordagem quanti-qualitativa, subsidiado pela Teoria Sinativa desenvolvida pela Dr<sup>a</sup> Heidelise Als (1986).

Esta abordagem nos permite compreender que os dados quantitativos e qualitativos são complementares, representando palavras e números, as duas linguagens fundamentais da condição humana. (POLIT e HUNGLER, 1995).

De acordo com a Teoria Sinativa é possível afirmar se um estímulo ou interação provoca estresse ou estafa, indicando como proceder para diminuir este comportamento. O mesmo estímulo pode ser reconhecido por esta Teoria como adequado através de sinais de aproximação, ou seja, se o estímulo for adequado no tempo, qualidade e intensidade o bebê irá buscá-lo, e o organismo irá integrá-lo ao seu desenvolvimento permanecendo num estado de equilíbrio. (BUSNEL, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Atribuímos a possibilidade em aliar os elementos qualitativos tendo em vista o que nos sinaliza Ludke e André (1986), quando relata que a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento, supondo o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, via de regra através do trabalho intensivo de campo.

Rudio (2004) corrobora quando nos diz que a pesquisa experimental tem o interesse em verificar a relação de causalidade que se estabelece entre as variáveis, ou seja, se a variável independente determina a variável dependente. Posteriormente interfere-se diretamente na realidade, dentro de condições preestabelecidas.

As variáveis independentes são os fatores que supostamente são responsáveis pela situação e, que vamos manipular e controlar para verificar a variável dependente. Aparecem ligadas à situação ou à personalidade, neste estudo é o emprego da contenção facilitada prolongada.

Deste modo, procuramos definir as possíveis variáveis dependentes deste estudo por entendermos que são aquelas que modificam o comportamento a ser explicado, surgindo como a variável de resposta, consequência da variável independente. As variáveis dependentes deste estudo são: sinais dos subsistemas determinados pela Teoria Sinativa desenvolvida pela Dr<sup>a</sup> Heidelise Als (1986) (Anexo III) e os valores de pesagem do neonato (Anexo II).

Para que pudéssemos verificar a adequação da contenção facilitada prolongada como estímulo tátil ao prematuro com peso inferior à 1500g elegemos como alicerce teórico-metodológico a Teoria Sinativa descrita por Als (1986) que tem como premissa a compreensão do nosso funcionamento nos subsistemas autonômico, motor, dos estados comportamentais, de atenção/interação e regulador, em busca do estado de equilíbrio, sendo projetada para documentar a complexidade e sensibilidade do recém-nascido prematuro e do a termo.

Da mesma forma também serão avaliados os efeitos do estímulo tátil - contenção facilitada prolongada, com relação ao ganho de peso do neonato prematuro. Sendo avaliada a progressão dos valores entre 2 grupos: o grupo que participará da contenção facilitada prolongada e o outro que terá apenas a contenção facilitada, como parâmetro para a avaliação no ganho de peso. Utilizando também como parâmetro, a curva padrão de crescimento intra-uterino no que concerne aos valores de pesagem apresentadas no estudo de Lubchenco (1967).

Acreditando que para ter um melhor entendimento dos dados de pesagem aferidos e a sua relação com o estímulo tátil-contenção facilitada prolongada, também será registrado o valor diário de taxa calórica e tipo de leite ofertado (fórmula e/ou materno) em uso dos sujeitos da pesquisa, por serem valores que auxiliam na compreensão do ganho de peso. Em anexo encontra-se descrito os principais tipos de leite e fórmulas com os devidos valores calóricos. (Anexo V)

Os sujeitos do estudo são neonatos prematuros com peso de 1.000g à 1.500g, já que no momento nos deteremos apenas àqueles de muito baixo peso, ambos os sexos, com idade gestacional de 28 à 36 semanas e 6 dias. Dentre estes, será critério de inclusão, estar em **ar ambiente**, ou seja, sem suporte de oxigênio, podendo estar sem dieta oral ou em uso de leite humano e /ou artificial.

O quantitativo de neonatos que participarão do estudo tem um limite máximo de oito sujeitos para um melhor aprofundamento das informações coletadas, sendo divididos em dois grupos: o grupo que participará da contenção facilitada prolongada e o outro que terá apenas a contenção facilitada, como parâmetro para a avaliação no ganho de peso.

Não estarão incluídos os sujeitos portadores de malformações cardíacas, pela instabilidade nos parâmetros que serão utilizados como variáveis dependentes, a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio; os neonatos submetidos à terapia medicamentosa depressora do Sistema Nervoso Central, para que não haja interferência nas variáveis dependentes, no que concerne ao comportamento e os neonatos em uso do método canguru (é um tipo de assistência que implica no contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), por ser um método que proporciona um contínuo estímulo cutâneo através do binômio mãe-bebê, interferindo na avaliação da contenção facilitada prolongada.

De acordo com os elementos dispostos na Resolução nº 196 de 01/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde será respeitado as questões éticas, neste sentido também será fornecido aos pais ou responsáveis o termo de consentimento livre e esclarecido constando: os objetivos, justificativa, o procedimento, os possíveis desconfortos e os benefícios esperados, a forma de acompanhamento do estudo, a garantia de esclarecimento antes e durante o curso da pesquisa, a liberdade em se recusar a participar ou se retirar da pesquisa e a garantia de sigilo. Assim como, as explicações necessárias para o esclarecimento de dúvidas e de questões que possam advir da pesquisa.

O estudo será desenvolvido em um hospital municipal do Estado do Rio de Janeiro na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal, onde estão alocados quatorze leitos de internação. É válido ressaltar, que no referido hospital a demanda de internações na UTI Neonatal é intensa, por este motivo com grande frequência quando o neonato encontra-se clinicamente estável, mesmo apresentado peso inferior a 1.500g, é transferido para a Unidade Intermediária (UI) Neonatal. Assim sendo, poderá ocorrer e termos mais de um cenário no qual estarão inseridos os sujeitos do estudo. Neste aspecto, podem ser encontrados os prováveis participantes da pesquisa na UTI e outros com os mesmos critérios de inclusão que já tiverem uma internação na UTI e foram transferidos para a UI Neonatal. E, uma terceira situação refere-se àqueles que iniciam a sua participação na UTI e durante a coleta de dados são transferidos para a UI Neonatal, onde continuarão fazendo parte da pesquisa.

Instrumento de Coleta de Informações- Um dos questionamentos do estudo é avaliar se a contenção facilitada prolongada é adequada como estímulo tátil, ou seja, se o mesmo tem

qualidade em favorecer a auto-regulação e equilíbrio entre os subsistemas do bebê, de acordo com a Teoria Sinativa. Deste modo, foi produzido um instrumento de observação sistemática para a coleta de informações (Anexo III), composto de sinais indicativos de estresse e de auto-regulação e equilíbrio, com lacunas para marcação com o símbolo X no sinal observado. No mesmo instrumento haverá um campo para anotações de possíveis comportamentos que não estejam na listagem proposta, o tempo efetuado no procedimento, o posicionamento do prematuro (encontrado e mantido), e o valor do peso diário, que se dá como rotina pela equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem.

A coleta de informações se completa com mais duas partes; uma contendo um arrazoado com o histórico do nascimento do bebê (Anexo I) para identificarmos com quantas semanas de gestação ocorreu o parto e dados antropométricos no dia do parto e a outra parte terá uma tabela (Anexo II) contendo os valores dos pesos diários.

O peso será aferido através da balança eletrônica pediátrica (balança Fillizola baby), capacidade de 15 kg, carga mínima de 125g e divisões de 5g e taxa de tara de -9Kg) pela equipe de enfermagem estabelecido pela rotina do setor.

Antes de iniciar a contenção facilitada prolongada, o instrumento de observação será útil para identificação se este é ou não o melhor momento para promover interação, com ênfase na apresentação de seu estado de comportamento. Diante disto, estaremos respeitando o princípio da bioética no que concerne à autonomia, mediante a linguagem não-verbal, comportamental que será apreendido se a criança está disposta ou não a interagir.

## **MOMENTOS DA PESQUISA**

### Primeiro Momento

Neste momento, para a aproximação inicial com o cenário e os sujeitos da pesquisa, providenciaremos a autorização prévia à instituição onde será desenvolvido o estudo com a apresentação dos documentos que são pertinentes como o protocolo de pesquisa, carta de apresentação e identificação do setor.

### Segundo Momento

Serão selecionados dois grupos; um grupo que participará da contenção facilitada prolongada (grupo 1), por mim realizada (Enfermeira Neonatologista treinada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no que concerne ao Manual Técnico de Assistência Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru (Abril/2004), e outro grupo (grupo 2) que não receberá a contenção facilitada prolongada, mas terá a simples contenção fornecida pelo funcionário da equipe de enfermagem que recebeu treinamento para tal. Caso seja observado que não esta sendo empregada a contenção facilitada no grupo 2, orientaremos para que se realize ou a própria pesquisadora realizará com a mesma freqüência instituída para o grupo 1. A contenção facilitada prolongada será realizada de forma profissional e respeitosa, no momento em que realmente haja a necessidade dos prematuros serem manipulados. Assim sendo, foi selecionado o momento imediatamente após a troca de fralda, executados pela própria pesquisadora, para que não haja manipulação das variáveis, sendo um procedimento realizado em todos os recém-nascidos e especialmente por ser uma técnica em que inevitavelmente o neonato será submetido à manipulação, visto que não é nossa intenção manipulá-lo sem haver a real necessidade.



### Terceiro Momento

A contenção facilitada prolongada será implementada durante um tempo máximo de três minutos, duas vezes ao dia, por quinze dias consecutivos. A determinação deste tempo foi estabelecido a partir de leituras de pesquisas similares (Field, 1986) que conseguiram bons resultados em períodos de dez dias no campo da pesquisa.

Diante disto, caso o momento seja propício, será implementada a seguinte seqüência de condutas:

1. Realizar a técnica de lavagem das mãos, a fim de prevenir infecções. A técnica de lavagem das mãos resume-se a retirar inicialmente todos os adornos (anéis, pulseiras, relógios), molhar as mãos, aplicar o sabão ou solução antimicrobiana, esfregando as mãos (unhas e entre os dedos) por 10 a 15 segundos, enxaguar e por último enxugar e fechar a torneira com papel toalha. (BOLICK, 2001) No caso da instituição a ser realizado o estudo a lavagem das mãos é executada também em braço e antebraço, utilizando clorhexidina degermante à 0,5%.
2. Aquecer as mãos através da fricção, para não causar desconforto por uma temperatura baixa;
3. Calçar as luvas e proceder a troca de fralda. Este procedimento será realizado segundo o Ministério da Saúde (2002), que nos orienta colocar o neonato em decúbito elevado (posição anti-refluxo), retirar a fita adesiva da fralda com delicadeza (devido ao ruído excessivo), observar a integridade da pele, limpar a região perianal e nádegas, lateralizando o bebê, nunca elevando os quadris (risco de aumentar a pressão abdominal, favorecer refluxo gastroesofágico e broncoaspiração), secar a pele e colocar a fralda limpa
4. Proceder o item nº 1 e 2 novamente;
5. Posicionar o neonato de forma adequada;
6. Implementar a contenção facilitada prolongada.

### Quarto Momento

Após coleta dos dados, realizaremos a análise dos dados à luz dos fundamentos teóricos apontado neste estudo.

## **RESULTADOS**

O estudo apresenta-se na fase de coleta dados e revisão de literatura.

## **ANEXOS**

## Anexo I - HISTÓRICO

### Nascimento

Parto: Normal  Cesárea

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ horas

APGAR\*: 1º minuto \_\_\_ / 2º minuto \_\_\_ / 3º minuto \_\_\_

Sexo: Masculino  Feminino

Peso: \_\_\_\_\_ g    Estatura: \_\_\_\_\_ cm    Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_ cm

Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias

Correlação peso/idade gestacional\*:

AIG     PIG     GIG

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data da Internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ horas

(Dados coletados do prontuário)

\*O índice de Apgar avalia a vitalidade do recém-nascido no 1º, 5º e 10º minuto de vida. Se a pontuação for de 0 a 3 o Rn nasceu grave, de 4 a 7 inspira cuidados e de 7 a 10 tem-se uma boa vitalidade. (CLOHERTY, J.P.; STARK, 2000).

\*A idade gestacional é aferida pelo método Ballard, que consiste em 7 critérios de maturidade física e 6 critérios de maturidade neuromuscular. Em seguida, é realizada uma correlação com o peso de nascimento, para determinar se o Rn é AIG (peso está entre o 10º e 90º percentil no gráfico de crescimento intra-uterino), PIG (peso abaixo do 10º percentil) ou GIG (peso acima do 90º percentil).

**Anexo II – Peso**

	Primeiro Dia								Décimo-Quinto Dia							
	Grupo 1				Grupo 2				Grupo 1				Grupo 2			
	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn	Rn8
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Peso</b>																

**Anexo III**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade gestacional corrigida: \_\_\_ semanas \_\_\_ dias    Peso: \_\_\_\_\_

Tipo de dieta e volume: \_\_\_\_\_    Taxa calórica \_\_\_\_\_

Local  UTI  UI

Contenção Facilitada Prolongada:  1ª  2ª Vez

Tempo de estabilização após procedimento: \_\_\_ min

Início da interação prolongada: \_\_\_ h \_\_\_ min

Término da interação prolongada: \_\_\_ h \_\_\_ min

Comentários:

<b>FICHA DE OBSERVAÇÃO</b>		Antes da Interação	Durante a Interação	Após a Interação	
Posicionamento	Supino				
	Prono				
	Decúbito Lateral Direito				
	Decúbito Lateral Esquerdo				
Estado comportamental	Sono Profundo				
	Sono leve				
	Sonolência				
	Alerta Inativo				
	Alerta Ativo	Choramigo			
		Irritabilidade			
		Acalma-se com facilidade			
Choro					
Suave transição entre os estados					
Subsistema Autonômico	Coloração da Pele	Rosada			
		Palidez			
		Moteamento			
		Cianose Perioral			
	Cardiovascular	Frequência Cardíaca			
		Saturação de O <sub>2</sub>			
		Respiração Regular			
		Respiração Irregular			
	Viscerais	Estáveis			
		Instáveis			
	Subsistema Motor	Flacidez Motora			
Hipertonia motora		Sentado no ar			
		Saudação			
		Arqueamento			
Tremores					
Tônus muscular equilibrado					
Busca sucção					
Busca preensão					
Leva e/ou mantém a mão na face ou na boca					
Subsistema de Atenção/Interação	Eleva as sobrancelhas				
	Dirige o rosto para o examinador				
	Franze os lábios ("ooh")				
Condutas para minimizar ou atenuar o estresse	Favorecer as posturas em flexão				
	Reduzir a intensidade da luz e do som				
	Promover a sucção não-nutritiva				

Adaptado de ALS, Heidelise et al, 1982.



### AnexoV

#### Calorias dos diversos tipos de leite e fórmulas (por 100ml)

Tipo de leite e fórmulas	Calorias
LM maduro	74
Colostro <5 dias	67
LM + FM85	85
Leite de Vaca	70
Pré-Nan	70
Aptamil Pré	80
Enfamil Premato	67
Nan I	67
Nestogeno I	67
Bebelac I	72
Aptamil I	66
Enfamil I	68
Nan II	67
Nestogeno II	67
Enfamil II	68
Aptamil II	72
Similac Advance I	69
Alfaré	66
Progestimil	68
Pregomim	75
Neocate	71

\*Adaptado Oliveira, R. G., 2000.

## Anexo VI

⊗ Número efetivo de funcionários de enfermagem que estão trabalhando na Unidade Neonatal \_ \_\_\_\_\_.

⊗ Número efetivo de funcionários de enfermagem que estão trabalhando na Unidade Neonatal, treinados pela secretaria municipal de saúde, quanto ao Manual de Assistência Humanizada: recém-nascido de baixo peso \_ \_\_\_\_\_.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALS, Heidelise. A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioral Development in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the Neonatal Intensive Care Environment. In: The High-Risk Neonate: Developmental Therapy Perspectives. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. J. K. SWEENEY (Ed.), v. 6, p. 3-55, 1986.
2. ALS, Heidelise et al. Manual for the Assessment of Preterm Infant's Behavior (APIB). In: Theory and Research in Behavior Pediatrics. FITZGERALD, HE.; LESTER, BM.; YOGMAN, MW. (Ed.), New York, v. 1, 1982. Plenum Press.
3. AVERY, G. A. Neonatologia: Fisiopatologia e Tratamento. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
4. BOFF, Leonardo. Saber Cuidar- Ética do humano-compaixão pela terra. Rio de Janeiro, ed. Vozes, 2000.
5. BOLICK, D. et al. Segurança e Controle de Infecção - Enfermagem prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru - manual do curso. 1ª ed. Brasília, DF, 2002.
7. BUSNEL, Marie-Claire (org.). A Linguagem dos Bebês: Sabemos escutá-los?. 1ª ed. São Paulo: Escuta, 1997.
8. CERVO, A . L.; BERVIAN, P. A . Metodologia Científica. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
9. CHARLOTTE WARD-LARSON, C., HORN, R.A., GOSNELL , F. The Efficacy of Facilitated Tucking for Relieving Procedural Pain of Endotracheal Suctioning in Very Low Birthweight Infants .The American Journal of Maternal/Child Nursing. V.29 N. 3, P.151 - 156, 2004.
10. CLOHERTY, J.P.; STARK, A. R. Manual de Neonatologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.
11. CORFF, K. E., SEIDEMAN, R., VENKATARAMAN, P. S., LUTES, L., & YATES, B. Facilitated tucking: A nonpharmacologic comfort measure in preterm neonates. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 24 , 143-147, 1995.
12. DESLANDES, S. F. et. al. MINAYO, M. C. de S. (Org). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 19ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
13. FERNADES, Francisco et al. Dicionário Brasileiro Globo. 30ª ed. São Paulo: Globo, 1993.
14. FIELD, T. M. et al. Tactile/Kinesthetic Stimulation on Preterm Neonates. Pediatrics, v. 77, nº5, Maio. 1986.
15. KENNER, C. ENFERMAGEM NEONATAL. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.
16. KLAUS and KENNEL. Maternal- Infant Bonding. In: MONTAGU, Ashley. Tocar: o significado humano da pele. 8ª ed. São Paulo: Summus, 1988.

17. LUBCHENCO, L.O.; BATTAGLIA, F. C. A Pratical Classification of Newborn Infants by Weight and Gestacional Age. In: ALMEIDA, S.; BERNARDES, T.A. Rotinas de UTI Neonatal. 1ªed. São Paulo: Medsi, 2000.
18. LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. 1ª ed. São Paulo: EPU, 1986.
19. MARCONI, M. de A. ; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5ªed. São Paulo:Atlas, 2003.
20. MANTOVANI, Rafael Machado. Crescimento e Desenvolvimento, 2004. Disponível em : <http://www.infomed.hpg.ig.com.br/crescimentoedesenvolvimento.html>. Acesso em: 06/09/2004, 15h30minh.
21. MINAYO, M.C. de S. (org.) Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 19ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
22. MONTAGU, Ashley. Tocar: o significado humano da pele. 8ª ed. São Paulo: Summus, 1988.
23. NEAL, M. Vestibular Stimulation and Developmental Behavior of the Small Premature Infant. In: MONTAGU, Ashley. Tocar: o significado humano da pele. 8ª ed. São Paulo: Summus, 1988.
24. NEVES, Maria do Céu. A Fundamentação Antropológica da Bioética. PT:Porto, 2000.
25. OLIVEIRA, R. G. de. Black Book: Manual de Referência de Pediatria- medicamentos e rotinas médicas. 2ª ed. Belo Horizonte: Reynaldo Gomes de Oliveira, 2002.
26. ORTEGA, J. Man and People. In: MONTAGU, Ashley. Tocar: o significado humano da pele. 8ª ed. São Paulo: Summus, 1988.
27. POLIT, D. F. et al. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
28. POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
29. QUAYLE, Julieta; BUNDUNKI, Victor. Estados Comportamentais do Feto e Psiquismo Pré e Perinatal. In: ZUGAIB, Marcelo. Medicina Fetal. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 1997.
30. RUDIO, F. U. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. 32ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
31. TAMES, R. N.; SILVA, M. J. P. Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
32. VENTURINI, D.A., MARTINS, D. A.. Cuidando confortando a dor dos neonatos: relato de experiência da enfermagem .Disponível em <http://www.pec.uem.br/>, acessado em 12/12/2004
33. WILHEM, Joanna. O que é psicologia pré-natal. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia