



ORIGINAL ARTICLE

COMFORTING CONDITIONS FROM PATIENTS AT NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

CONDIÇÕES DE CONFORTO DO PACIENTE INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

CONDICIONES DE CONFORT DEL PACIENTE INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Daniele Menon¹, Andreia Pereira Martins², Ana Maria Dyniewicz³

ABSTRACT

Objective: to identify the lighting conditions, noise and types of professional touch to babies at a Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** it was carried out in a 30-bed unit of a university hospital between June and December of 2005. Data were collected by means of non-participant observation through notes in each one of the five unit rooms adding up to 57 hours of observation, which were transcribed, tabulated and analyzed. This study has been approved by the Research Ethics Committee of the Faculty Evangélica of Paraná (2895/05). **Results:** loud talk was pointed out in the noise category. Regarding lighting, incubators were covered with a dark field. As for the kinds of touch, instrumental-affective one stood out. **Conclusion:** from the collected data, it is possible to enhance babies' comfort conditions by means of educational actions with professionals, specially driven to the awareness that humanized care is a behavior which needs to be incorporated to daily actions. **Descriptors:** nursing; therapeutic touch; intensive care units; neonatal.

RESUMO

Objetivo: identificar as condições de luminosidade, ruído e os tipos de toque do profissional ao bebê em ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** foi realizada em unidade de hospital universitário composta por 30 leitos, entre junho a dezembro de 2005. Por observação não-participante, os dados foram coletados por meio de anotações em cada uma das cinco salas da unidade, somando-se 57 horas de observação, transcritas, tabuladas e analisadas de acordo com a literatura. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Evangélica do Paraná (2895/05). **Resultados:** na categoria ruído destacou-se a conversa em tom alto. Em relação à luminosidade, as incubadoras são cobertas com campo escuro. Quanto aos tipos de toque, destacou-se o toque instrumental-afetivo. **Conclusão:** a partir dos dados coletados é possível aprimorar as condições de conforto dos bebês por meio de ações educativas com os profissionais, em especial dirigidas para a conscientização de que o cuidado humanizado é uma conduta que precisa ser incorporada às ações cotidianas. **Descritores:** enfermagem; toque terapêutico; unidades de terapia intensiva neonatal.

RESUMEN

Objetivo: identificar las condiciones de luminosidad, ruido y los tipos de toque del profesional al bebé en ambiente de Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** fue realizada en unidade de hospital universitario compuesta por 30 lechos, entre junio y diciembre de 2005. Por observación no participante los datos fueron recogidos por medio de apuntes en cada una de las cinco salas de la unidad, sumándose 57 horas de observación, transcritas, tabuladas y analizadas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad Evangélica del Paraná (2895/05). **Resultados:** en la categoría ruido se ha destacado la charla en tono alto. Acerca de la luminosidad, las incubadoras son cubiertas con campo oscuro. Cuanto a los tipos de toque, se destacó el toque instrumental-afectivo. **Conclusión:** a partir de los datos recogidos, es posible perfeccionar las condiciones de confort de los bebés por medio de acciones educativas con los profesionales, en especial conducidas a la conscientización de que el cuidado humanizado es una conducta que necesita ser incorporada a las acciones cotidianas. **Descriptores:** enfermería; tacto terapéutico; unidades de terapia intensiva neonatal.

¹Enfermeira. Graduada pela Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: anadyni@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Graduada pela Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: anadyni@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Orientadora. E-mail: anadyni@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A humanização é caracterizada por prestação de assistência ao paciente considerando-o como um ser biopsicossocioespíritual e referindo-se também a tudo o que está ligado ao processo saúde-doença: família, equipe multiprofissional e ambiente.¹

Em relação ao ambiente, a humanização está relacionada à assistência prestada ao paciente, dando ênfase à qualidade do serviço, valorizando não apenas o paciente em si, mas também como ele está sendo atendido e o reconhecimento do profissional.² No entanto, são as crenças – tanto pessoais como profissionais – da equipe multiprofissional a respeito dos fatores que envolvem a humanização, que irão contribuir significativamente na realização da assistência.³

Referindo-se à humanização em ambiente crítico, como a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a assistência será humanizada quando o binômio mãe-filho for atendido de modo a satisfazer suas necessidades. Independentemente do prognóstico da criança, a assistência deve ser promovida para transmitir o devido respeito em relação à dor dos familiares, principalmente dos pais.⁴ Porém, por mais que os enfermeiros se esforcem para que seja realizado um cuidado humanizado, nem sempre é possível, devido à grande demanda de atividades desse setor.¹

Contrapondo-se ao ambiente uterino, a UTIN é um ambiente que propicia certo desconforto para o recém-nascido (RN), pois é um lugar com constante barulho e luzes fortes, várias interrupções do sono do bebê e diversos procedimentos⁵, além do fato de que há manipulação excessiva do neonato.⁶

Enfatiza-se, neste sentido, que todas as capacidades sensoriais estão presentes nos RNs - ver, ouvir, cheirar, responder ao toque, sendo que o primeiro órgão dos sentidos a se desenvolver, no período gestacional, é o da audição.⁷ Por isso, tanto os profissionais como os familiares devem valorizar as manifestações dos bebês no momento em que passam por qualquer tipo de estímulo.

Como característica bastante importante no ambiente hospitalar, em específico nas UTIN, há o excesso de ruídos. Em particular, a maior fonte de ruídos excessivos é o meio interno, caracterizado pelo intenso fluxo de pessoas, equipamentos de suporte à vida,

incubadoras, conversas constantes entre a equipe multiprofissional, entre outros.⁸

O ruído em níveis muito elevados pode trazer uma série de comprometimentos para o bebê, tais como a perda de audição e interrupções do repouso e do sono da criança, o que acarretará fadiga, agitação, irritabilidade, choro, fazendo com que haja um aumento da pressão intracraniana e outras complicações.⁵

Além disso, estudos a respeito do ruído mostram que este é denominado como sons advindos de vibrações contínuas, podendo causar lesão e acabar progredindo para a surdez, também podendo potencializar o efeito das drogas ototóxicas causando diversos danos ao bebê. A perda de audição pode prejudicar a linguagem da criança, assim como sua inserção na sociedade.⁹

Outra característica que interfere no conforto do RN é a iluminação da UTI neonatal. As consequências de luzes fluorescentes contínuas sobre o recém-nascido têm preocupado os pesquisadores, devido aos efeitos fisiológicos e bioquímicos que esse tipo de iluminação acarreta. Ela também interfere no desenvolvimento do ritmo do padrão dia e noite da criança, o que no futuro, provavelmente, se tornará um problema para o paciente.⁵

Esse padrão de iluminação pode afetar o desenvolvimento normal da retina causando, possivelmente, cegueira. Por esse fato, argumenta-se que a melhor solução para que o paciente tenha um repouso ideal, é reduzir a intensidade das luzes da UTIN.⁵

Finalmente, para o propósito desta pesquisa, outro fator que interfere na assistência em UTI neonatal é o toque, considerado um meio de comunicação não verbal. É por meio dele que se pode estabelecer vínculos, sentimentos, aproximação.¹⁰ Como os adultos, os bebês também se comunicam porém, de uma maneira não verbal.⁵ Por isso deve haver um manuseio cuidadoso para com eles.¹¹

Quando há uma interação afetiva verbal e física, o toque vem a ser uma relação prazerosa, pois os bebês respondem ao estímulo do manuseio e quando conversamos com os eles, mostram-se tranquilos.¹²

O toque proporciona diversas alterações no organismo da criança e quando é realizado de maneira agradável, tem como consequência o bem estar dessa criança em relação ao sono, à alimentação, ao vínculo mãe-filho e à diminuição de dores.⁶ O contato afetivo com o bebê é por meio do Método Canguru, promove

maior contato entre família-bebê, principalmente mãe-filho e promove a alta hospitalar precoce do neonato.¹³

Todos os bebês em determinados momentos choram profundamente, manifestando que alguma coisa está errada. A princípio, significa que suas necessidades fisiológicas não estão sendo supridas ou que está com algum tipo de dor, porém se esses não forem os motivos do choro, a criança pode estar demonstrando um sentimento de desamparo, de abandono.¹⁴

O sono e o repouso são considerados indispensáveis para a recuperação do bebê. Quando o bebê é acordado para ser manuseado, seja para realização de um procedimento ou para prestação de assistência, o processo de reconciliação do sono fica prejudicado após o término do manuseio. Sendo assim, existem diversas situações em que o manuseio do bebê pode ser prorrogado para que este possa ter seu momento de descanso.¹⁵

Há três tipos de toque entre enfermeiro-paciente: o toque afetivo que não faz parte de procedimentos; o toque instrumental que ocorre quando o profissional vai realizar uma técnica e o toque instrumental-afetivo, que se refere a uma combinação dos outros dois tipos citados.¹⁶

No momento em que será realizado algum procedimento no bebê, ou seja, um toque instrumental, deve-se procurar amenizar a dor que ele, provavelmente, irá sentir afagando, oferecendo chupeta, conversando ou cantarolando.¹¹

Tendo como enfoque o ruído, luminosidade e toque no neonato internado, os objetivos desta pesquisa são identificar essas condições no ambiente; classificar os tipos de toque nos pacientes por profissionais e propor à equipe de profissionais sugestões de condições que favoreçam o conforto do bebê internado.

Pretende-se, com os resultados deste estudo, auxiliar no cuidado e sensibilizar a equipe de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sobre a necessidade de manter o conforto e a constante valorização do paciente como ser humano.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de hospital universitário, composta por 30 leitos sendo estes, 15 destinados a RNs de alto risco, dispostos em quatro salas denominadas Alto Risco 1, 2, 3 e 4 e 15 para RNs que necessitam

de cuidados intermediários, local conhecido como Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN). A unidade em questão é classificada pelo Ministério da Saúde como Nível III, o que significa serviço de alta complexidade.

O quadro funcional de enfermagem da UTIN é de 12 enfermeiras, sendo uma enfermeira administrativa que também exerce função assistencial e mais 39 técnicos de enfermagem nas 24 horas.

Os pacientes internados na UTIN, dos quais cerca de 99% são conveniados do SUS, são admitidos do Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), do Alojamento Conjunto (AC) e do ambulatório de Rédeas Curtas, que é responsável pelo acompanhamento do desenvolvimento dos RNs após a alta hospitalar. Podem ser advindos também de outros hospitais de Curitiba ou de outras localidades.

As maiores causas de internamento são prematuridade, malformações, síndromes genéticas, distúrbios metabólicos, pré e pós-cirúrgicos, complicações geradas durante o parto que possam comprometer a saúde do RN e problemas sociais, tais como mãe usuária de drogas lícitas ou ilícitas, casos psiquiátricos e adoção.

Conforme a rotina da unidade os pais possuem acesso livre nas 24 horas do dia, sendo permitido também a visita dos avós e irmãos maiores de três anos. Em caso de pais menores de 18 anos, é liberada a permanência de um responsável, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.

A visita dos pais tem maior frequência no período da tarde, tendo a duração em média de 30 minutos. É estimulado o Método Canguru, no qual mãe e filho têm contato pele a pele, favorecendo o vínculo afetivo entre ambos e auxiliando no ganho de peso e melhora clínica do paciente.

Neste trabalho foi realizada pesquisa do tipo quantitativa utilizando o método de Observação Não Participante, na qual o pesquisador tem contato com uma realidade, porém permanecendo fora dela, não se deixando envolver pela situação, o que não impede que a observação seja consciente e objetiva.¹⁷

Os dados foram coletados em diário de campo no qual, por meio da observação não participante, foram anotadas todas as ocorrências de cada sala: Alto Risco 1, 2, 3 e 4 e UCIN.

Para a programação da coleta de dados foi levada em consideração a rotina da unidade e a frequência de profissionais, alunos e pais, pois esses fatores podem alterar o nível de ruído. As variáveis independentes do estudo foram o número de funcionários e visitas presentes na unidade.¹⁸ Os dados foram coletados entre agosto e outubro de 2005, por uma hora em cada período (manhã, tarde e noite) e em cada sala, somando 57 horas de observação.

Os dados coletados foram organizados e tabulados, sendo analisados e discutidos a seguir. Foram cumpridos os princípios da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica do Paraná, protocolo 2895 em 03/04/05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Apresentação dos resultados dos tipos de ruído observados nas salas da UTIN. Curitiba (PR), 2005.

Tipos de ruído por turno	Alto risco 1			Alto risco 2			Alto risco 3			Alto risco 4			UCIN			Total
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Conversa	81	51	121	54	44	66	8	14	18	30	45	42	31	49	65	719
Manuseio da incubadora	70	27	32	38	38	39	2	2	3	26	35	24	15	14	21	386
Execução de procedimentos /atividades	34	27	39	28	28	24	1	3	4	14	26	25	12	12	34	311
Celular tocando e/ou sendo atendido	6	4	4	2	3	2	0	0	0	4	0	1	0	2	2	30
Silêncio	8	6	3	4	8	6	5	8	14	5	13	12	7	9	7	115
Total	513			384			82			302			280			1561

A conversa entre as pessoas que se encontram em UTIN torna o ambiente estressante e os dados acima mostram como essa categoria sobressaiu.^{7,19} É importante citar que foram consideradas apenas as conversas percebidas como tom alto, as quais foram em maior número nas salas Alto Risco 1 e Alto Risco 2. Acreditamos que o local com bebês mais graves e com maior trânsito de pessoas tenha contribuído para este resultado.

Nessa categoria observou-se diversos tipos de sons entre pessoas ou sozinhas, tais como: conversas sobre assuntos pessoais e de trabalho; canto; pessoas falando com os bebês ou até mesmo sozinhas; conversas na sala ao lado; visitas de enfermagem, médicas e passagem de plantão.

Das 719 conversas que ocorreram em toda a UTIN, 155 foram sobre assuntos pessoais; 221 conversas eram sobre assuntos que diziam respeito aos pacientes ou as atividades que estavam sendo desenvolvidas, ou seja, ligadas diretamente ao trabalho da equipe. Essas conversas são necessárias para o desenvolvimento do trabalho, porém, poderiam ocorrer em tom mais baixo ou, havendo possibilidades, fora da sala.

Dentro da categoria também encontramos 99 vezes profissionais que falavam sozinhos ou cantavam. Ocorreram também, 37 conversas em sala ao lado a que estava sendo realizada

a observação, ou seja, conversas que eram perfeitamente audíveis em outros lugares.

Referentes à passagem de plantão, ocorreram 125 conversas, porém, poderia acontecer de tal maneira que não interferisse na tranquilidade do ambiente, por meio de tom baixo e de maneira objetiva.

Pôde-se ver pessoas – profissionais e familiares – conversando e/ou cantarolando para o bebê em 108 ocasiões. Isso é extremamente necessário, mas deve-se estar atento para que esse momento de atenção para o bebê não se torne excessivo e interfira na sua tranquilidade.

Em alguns dias de observação pôde-se perceber como os pais, em específico um deles, agia durante as visitas. Em um dos turnos o pai conversava em tom muito elevado, em outro período falava com o bebê em tom baixo, suave. Percebeu-se que era influenciado pela equipe que estava no momento da visita, ou seja, quando a equipe conversava em tom baixo o pai agia da mesma maneira, porém, quando a equipe agia ao contrário o pai respondia em igual medida, falando alto.

Em relação ao manuseio de incubadora, enfatiza-se que há excessivo manuseio, além do indevido ato de colocar objetos sobre ela, causando ruído.^{7,9} Nesta pesquisa essa categoria foi dividida em observações sobre:

abrir a incubadora; abrir a portinhola da incubadora; fechar a incubadora; fechar a portinhola da incubadora; apoiar-se ou apoiar a prancheta para escrever. Sabe-se que há necessidade de manusear a incubadora, mas é difícil analisar precisamente quantas vezes esse manuseio foi desnecessário.

Nas 57 horas de observação o manuseio da incubadora ocorreu 386 vezes – 142 vezes por abrir e fechar a incubadora e 173 vezes as portinholas abertas e fechadas – resultando em quase sete vezes de manuseio em 12 incubadoras, a cada hora.

Observou-se em 44 vezes, profissionais apoiarem a prancheta na incubadora para escrever, ação que deveria ser feita em local apropriado, pois o bebê é perturbado. Também, em 27 ocasiões observou-se profissionais se apoiando nas incubadoras durante a passagem de plantão.

A categoria execução de procedimentos ocorreu 311 vezes, distribuídas em: bater a porta do balcão; bater a tampa da lixeira; arrastar materiais, aparelhos; derrubar material no chão; lavar as mãos; andar na sala fazendo ruído com o calçado e preparar material para realizar procedimento.

Foram 26 vezes que profissionais pegaram ou guardaram algum material no balcão e bateram a porta ao fechá-lo. Outras 37 vezes, ao jogar algo no lixo, principalmente o papel após a lavagem das mãos, as pessoas soltavam a tampa da lixeira, fazendo um grande ruído.

Observou-se também, os profissionais lavando as mãos, isso aconteceu 111 vezes. Pôde-se perceber o quanto alguns dão importância a essa lavagem antes e após manipular cada bebê. Apesar do barulho que faz sabe-se que é indispensável.

Viu-se também pessoas arrastando materiais e aparelhos pela sala em 40 vezes. Alguns materiais mais pesados, como o aparelho de Raio X, não havia condições de erguer, diferente de outros como cadeiras, que poderiam ter sido suspensos. Observou-se em 39 vezes materiais derrubados no chão, por acidente.

Outro ruído nas salas foi devido aos calçados, em especial pelo tipo de salto que alguns profissionais usavam, o que ocorreu 54

vezes. Os profissionais deveriam dar mais atenção a esse fato, procurando colocar um calçado próprio para o ambiente.

Profissionais fizeram algum tipo de ruído excessivo em quatro ocasiões ao prepararem material para algum procedimento.

A categoria celular tocando ou sendo atendido na sala ocorreu 30 vezes. Dentre as 14 vezes que o celular tocou, somente em duas a pessoa saiu da sala para atendê-lo. Por ser um ambiente crítico e com pacientes extremamente sensíveis, as pessoas que permanecem nesses locais deveriam deixar seus celulares desligados ou em modo silencioso, e sempre atendê-lo fora da sala.

A próxima categoria diz respeito às vezes em que houve silêncio nas salas. Isso ocorreu 115 vezes. Nesta categoria foram consideradas as situações em que nas salas ficaram apenas os pacientes, o observador e os profissionais em seus afazeres, em silêncio. Nas 57 horas de observação em cinco salas ocorreram, aproximadamente, dois momentos de silêncio a cada hora. Mais precisamente, observou-se que os períodos mais longos de silêncio, aproximadamente meia hora, ocorreram na sala Alto Risco 3, nas outras não passavam de 10 minutos.

Embora considerado muito importante, não foi computada neste estudo a situação dos alarmes tocando. A razão de exclusão na Tabela 1 deveu-se ao fato de que constantemente tocavam, ou na sala em observação ou em outra, porém de forma audível. Sendo assim, o ruído decorrente dos sons dos monitores é uma constante na unidade estudada.

Outra situação excluída da Tabela 1 foram os ruídos constantes do telefone e interfone, próximos das salas Alto Risco 2, 3 e 4.

A seguir, estão os resultados dos dados obtidos nas observações sobre luminosidade nas cinco salas da unidade estudada.

Tabela 2. Dados referentes à observação da luminosidade na UTIN. Curitiba (PR), 2005.

Luminosidade por turno de trabalho	Alto risco 1			Alto risco 2			Alto risco 3			Alto risco 4			UCIN			T
	1			2			3			4						
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Incubadora com campo escuro	9	2	5	7	10	6	-	-	-	2	7	10	-	2	4	64
Luzes acesas no período	3	4	3	4	4	4	1	1	-	4	3	4	-	3	3	41
Fototerapia	2	2	2	1	1	1	-	-	-	1	3	1	1	1	-	16
Luzes apagadas e acesa luz acessória	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	6
Luzes apagadas durante alguns minutos	-	-	-	-	-	-	1	1	3	-	1	-	-	-	-	6
Intensidade da luz reduzida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	3	5
Luzes apagadas no período	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2	-	-	4
Luzes apagadas em metade da sala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3
Total	34			38			9			40			24			145

Sobre luminosidade, destaca-se que as observações foram dirigidas no sentido de identificar medidas que minimizassem a claridade, considerando que a unidade tem luz fluorescente de teto.

A categoria que se destacou foi a da incubadora coberta com campo escuro em 64 vezes, para que o bebê não ficasse em contato direto e constante com a luz. É importante lembrar que na UTIN não há apenas incubadoras, mas também berços comuns e berços de calor radiante, os quais não permitem colocar campo, deixando os bebês em constante contato com a luz, se esta não for desligada.

Logicamente, deve-se levar em conta que os horários de coleta de dados da pesquisa foram os de maior fluxo de pessoas e atividades, sendo assim, as luzes só eram

apagadas ocasionalmente. Porém, em vários momentos em que não estavam sendo realizadas atividades, as luzes permaneceram acesas. Observou-se que apenas 6 vezes as luzes foram apagadas e acesa a luz acessória de menor intensidade.

Em 16 vezes havia bebê em Fototerapia, com os olhos protegidos para que não houvesse contato com a luz.

Na sala Alto Risco 4 e na UCIN há um dispositivo que pode reduzir a intensidade da luz, utilizado cinco vezes durante as observações. Na sala Alto Risco 4 também havia possibilidade de acender/apagar metade das luzes, isto aconteceu 3 vezes e apenas no período da noite.

A seguir, estão os resultados dos dados obtidos nas observações sobre tipos de toque nas cinco salas da unidade estudada.

Tabela 3. Dados referentes à observação dos tipos de toque nos recém-nascidos na UTIN. Curitiba (PR), 2005.

Tipos de toque por turno de trabalho	Alto risco 1			Alto risco 2			Alto risco 3			Alto risco 4			UCIN			Total
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
T.I. (toque instrumental)	33	29	15	26	32	20	09	11	3	15	22	12	16	26	15	284
T.A. (toque afetivo)	02	08	09	07	16	10	06	05	02	06	10	06	08	09	10	114
T.I.A. (toque instrumental-afetivo)	56	53	40	47	67	44	08	22	10	42	54	25	51	66	36	621
Total	245			269			76			192			237			1019

Há três tipos de toques realizados ao paciente: Toque Instrumental, Toque Afetivo e Toque Instrumental-Afetivo.¹⁶ Neste estudo o toque que se destacou na unidade é o instrumental-afetivo, ou seja, os profissionais são atenciosos com o toque no momento em que realizam procedimentos.

Como exemplo de toque instrumental-afetivo observou-se os seguintes procedimentos: verificação dos sinais vitais, troca de fralda, manipulação do acesso venoso e sensor de oximetria, realização de glicemia, colocação de cateter de oxigênio, administração de medicação, massagem com hidratante, troca de curativo, entre outros. A maneira como foi transmitido afeto para o bebê foi, na medida do possível, realizando o procedimento com calma, manipulando minimamente e acariciando.

Outra atitude humanizada dos profissionais, porém não considerada como toque instrumental-afetivo, foi a conversa com o bebê, acalmando-o e utilizando palavras afetivas.

Como toque afetivo observou-se: colocar chupeta, passar hidratante, acariciar, pegar no colo, entre outros.

Sobre o toque instrumental levou-se em consideração as observações de procedimentos essencialmente técnicos.

Houve maior manipulação nas salas: Alto Risco 1 (245), Alto Risco 2 (269). São salas com bebês mais graves, ou seja, que precisam de mais cuidados e consequentemente, de mais procedimentos. Na UCIN (237) havia maior número de crianças de baixo risco, e menor número de procedimentos.

Notou-se, também, número bastante elevado de toque instrumental (284), em especial no período da tarde. Acreditamos que isso ocorreu devido aos banhos, pois a maioria é feita durante esse período.

Tivemos também o toque afetivo (114), que ocorreu com menor frequência, no entanto, podia-se ver alguns profissionais dando grande importância a ele. No período da noite ocorrem com mais frequência, explicada talvez pelo menor fluxo de pessoas, menos visitas médicas e menos procedimentos e/ou exames complementares.

Como já foi comentado, durante as observações tomou-se o cuidado de reconhecer se nas ações dos profissionais foram incluídas maneiras de expressar algum tipo de afetividade, tornando o toque instrumental também afetivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste estudo foi enumerar possibilidades que aprimorem as condições de conforto ao paciente da UTIN de um hospital universitário, e os objetivos específicos foram identificar as condições de luminosidade e ruído no ambiente, classificar os tipos de toque que ocorrem nos pacientes por profissionais, e propor à equipe de profissionais sugestões sobre condições que favoreçam o conforto do bebê internado. Ao concluir este trabalho, acredita-se tê-los atingido.

Na tabela 1, referente à observação do ruído, a categoria que se destacou foi a da conversa, principalmente a que se refere a assuntos de trabalho e pessoais. A respeito da luminosidade, sobressaiu a categoria das incubadoras cobertas com campos escuros. Em relação aos tipos de toque, destacou-se o toque instrumental-afetivo.

Buscando minimizar o ruído e incentivar a humanização em UTIN, algumas sugestões, a partir dos resultados, podem ser:

- Incentivar o toque afetivo;
- Falar em tom baixo e colocar avisos solicitando que os outros façam o mesmo;
- Reduzir ao máximo o manuseio de incubadoras;
- Minimizar o som dos telefones e interfones;
- Manter celulares no modo silencioso e atendê-los fora das salas;
- Manter as portas fechadas sempre que possível principalmente as que têm ligação com as outras salas da unidade;
- Se possível, reduzir o ruído dos alarmes de aparelhos de suporte à vida;
- Preferencialmente, não utilizar calçados com saltos que produzam excesso de ruído, optando por calçados de sola macia.

Acreditamos que ações educativas conscientizam os profissionais de que há excesso de ruído nesse ambiente e que, tomando medidas cabíveis, como sugeridas acima, o ambiente pode ser mais tranquilo e adequado para o tratamento dos pacientes.

Quanto à luminosidade, seria ideal que os profissionais apagassem as luzes após realizarem suas atividades, reduzissem as luzes sempre que possível nas salas que possuem esse dispositivo e procurassem

cumprir e incentivar a rotina de manter as incubadoras cobertas com campos escuros.

Das situações observadas em relação ao toque, destacou-se o instrumental-afetivo, em especial para a realização de procedimentos. Considerando que os profissionais parecem estar conscientizados sobre o valor do toque afetivo, sugere-se que este seja constantemente incentivado.

Enfatiza-se aqui a característica da unidade enquanto campo de estágio para futuros profissionais de saúde, que poderão ter como modelo uma rotina equidistante de comportamentos a serem adotados em serviços semelhantes. Essa ação equivocada deve ser refletida, pois ações corriqueiras inadequadas podem passar como modelo inapropriado de rotina.

REFERÊNCIAS

1. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev latinoam enferm.* 2002; 10(2): 137-144.
2. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciênc saúde coletiva.* 2004; 9(1): 7-14.
3. Pauli MC, Bousso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev latinoam enferm.* 2003; 11(3): 280-286.
4. Ikezawa MK, Kakehashi TY. Humanização da assistência na UTI neonatal. In: Naganuma M. *Procedimentos técnicos de Enfermagem em UTI neonatal.* São Paulo: Atheneu; 1995. p.163-164.
5. Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
6. Costenaro RGS. *Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI neonatal.* Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2001.
7. Pinheiro EM, Kakehashi TY, Guilherme A, Pizzarro G. Nível do ruído na incubadora: um estudo visando a humanização do cuidar do recém-nascido. *Seminário de Pesquisa em Enfermagem*, 13, 2005, São Luis. *Anais.* São Luis (MA): ABEn; 2005.
8. Rodarte MDO, Scochi CGS, Leite AM, Fujinaga CI, Zamberlan NE, Castral TC. O ruído durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de Enfermagem. *Rev latinoam enferm.* 2005; 13(1): 79-85.
9. Gomes CF, Fumagalli CT, Guerra EB. *Elaboração de um programa de prevenção contra os ruídos hospitalares em unidade de recém-nascidos e UTI neonatal.* *Temas desenvolv.* 2000; 9(50): 5-9.
10. Victor JF, Moraes LMP, Barroso LMM. Shantala, massagem indiana para bebês: um relato de experiência utilizando oficinas com mães primíparas. *Nursing.* 2004; 7(75): 21-26.
11. Reichert APS, Silva SLF, Oliveira JM. Dor no recém-nascido: uma realidade a ser considerada. *Nursing.* 2000; 3(30): 28-30.
12. Reichert APS, Costa SFG. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e recém-nascido prematuro na unidade neonatal. *Nursing.* 2001; 4(38): 25-29.
13. Caetano LC, Scochi CGS, Angelo M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-flho-família. *Rev latinoam enferm.* 2005; 13(5): 562-568.
14. Gandra MIS. A psicologia na unidade de neonatologia. In: Camon A, Augusto V. *Urgências psicológicas no hospital.* São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002. p.81-99.
15. Paiva MB, Sousa CAC, Soares E. Uma viagem pelo sono da criança internada em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev enferm UERJ.* 2004; 12(3): 321-327.
16. Watson WH. The meaning of touch: geriatric nursing. *J commun.* 1975; 25(3): 104-112.
17. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 5ªed. São Paulo: Atlas; 1999.
18. Kakehashi TY, Pinheiro EM, Pizzarro G, Guilherme A. Nível do ruído em UTI neonatal: um estudo visando à humanização do cuidar. *Seminário de Pesquisa em Enfermagem*, 13, 2005, São Luis. *Anais.* São Luis (MA): ABEn; 2005.
19. Silva ACO, Silva RA, Dias ASD. O ruído produzido em terapia intensiva. *Seminário de Pesquisa em Enfermagem*, 13, 2005, São Luis. *Anais.* São Luis (MA): ABEn; 2005.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/08/01

Last received: 2009/09/10

Accepted: 2009/09/11

Publishing: 2009/10/01

Corresponding Address

Ana Maria Dyniewicz

Rua Padre Anchieta, 1965 – Ap. 1201

CEP: 80730-000 – Curitiba (PR), Brazil