

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Beatriz Castanheira Facio

CUIDADO DESENVOLVIMENTAL E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DE
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: BUSCA POR PROCESSOS
CRÍTICO-REFLEXIVOS

Orientadora: Profa. Dra. Monika Wernet

São Carlos

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Beatriz Castanheira Facio

CUIDADO DESENVOLVIMENTAL E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DE
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: BUSCA POR PROCESSOS
CRÍTICO-REFLEXIVOS

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Monika Wernet

São Carlos

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Beatriz Castanheira Facio, realizada em 23/05/2019:

Prof. Dra. Monika Wernet
UFSCar

Prof. Dra. Margarida Maria da Silva Vieira
UCP

Prof. Dra. Giselle Dupas
UFSCar

Prof. Dra. Aline Oliveira Silveira
UnB

Prof. Dra. Flávia Simphronio Balbino
UNIFESP

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Margarida Maria da Silva Vieira, Aline Oliveira Silveira e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Prof. Dra. Monika Wernet

Dedico este trabalho aos recém-nascidos/lactentes hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, às famílias deles e aos enfermeiros que atuam nesse contexto.

Agradecimentos

- *Quem estará ao seu lado nas trincheiras?*
 - *E isso importa?*
- *Mais do que a própria guerra*
(Ernest Hemingway)

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas bênçãos concedidas, por sua infinita graça e misericórdia.

*À minha mãe, **Helena de Fátima Castanheira Facio**, por ser fonte de amor e apoio inesgotáveis, meu exemplo de mulher forte. Jamais me esquecerei de toda dedicação para que eu chegasse até aqui. Obrigada por acreditar mesmo quando eu duvidava e nunca me deixar desistir. Você é uma mãe fantástica, te amo infinito!*

*Ao **Pedro**, meu companheiro, pela vida que temos construído juntos, permeada de intensidade e leveza. Por ser meu grande incentivador, me desafiar a sonhar grande e caminhar ao meu lado na jornada para a conquista dos meus, dos nossos sonhos. Os pequenos gestos de compreensão e amor foram de extrema importância para essa conquista. TE AMO!*

*À minha **família**, pela preocupação e admiração expressas, por entender minhas ausências e comemorar minhas conquistas.*

*À **Monika Wernet**, meu exemplo de profissional, minha estimada e genial orientadora. Palavras não são capazes de dimensionar o quanto te admiro. Gratidão profunda por cada ensinamento e momento compartilhado, pelo convite a olhar o processo e por me impulsionar a crescer tanto! Foi um privilégio conviver com você.*

*Às Professoras **Margarida M. S. Vieira, Zaida Charepe e Isabel M. Q. L. E. Antunes**, pelas experiências e ensinamentos oportunizados durante o enriquecedor semestre de doutorado sanduíche em Portugal. Tenho imenso carinho por vocês!*

*À **Bruna de S. L. Marski e Ana Izaura B. de Oliveira**, duas irmãs de orientação e presentes da vida acadêmica, pelo companheirismo nessa árdua jornada. Vocês foram essenciais para que este trabalho acontecesse!*

*À **Mariéli, Fernanda, Estefani e Marina** por terem sido meu lar, minha família em São Carlos! Vocês são demasiadamente especiais.*

*Aos amigos **Maryana, Jéssica, Mayara, Renata, Mariana, Jamile, Diogo, Daniel, Manuel, Livia, Henrique, Gisele, Loïc, Marcelo, Renato, Nailara, Danielli, Caroline, Camila, Thais e Iza** por todos os momentos compartilhados. A vocês, meu mais profundo carinho.*

*À **Monalisa, Julia e Marjorie** por me ajudarem a ser alguém melhor, pelas longas conversas, cheias de apoio e broncas quando necessário. Vocês são incríveis e muito importantes para mim!*

*Às Professoras **Cláudia Prado e Cláudia Silveira Vieira** pelas contribuições no exame de qualificação e às Professoras que aceitaram integrar as oficinas ofertadas como parte deste estudo, pela imensa contribuição ofertada.*

*À Banca Examinadora, composta pelas professoras **Margarida M. S. Vieira, Aline Silveira Oliveira, Giselle Dupas e Flávia Simphronio Balbino**, por integrarem esta etapa tão importante da minha formação e da minha vida com compartilhamentos enriquecedores e palavras incentivadoras. Vocês são exemplos a seguir!*

*Aos **enfermeiros que participaram deste estudo**, por seguirem na luta por um cuidado de qualidade aos recém-nascidos/lactentes críticos e suas famílias. Que um dia aquilo que tanto almejamos se torne realidade!*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo financiamento desta pesquisa.*

*Ao **Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem** pelas oportunidades de crescimento profissional.*

*À **Universidade Federal de São Carlos** pelo espaço e recursos proporcionados.*

Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma ideia vale uma vida

Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança

Em cada um de nós
Algo de uma criança

Enquanto houver sol
Enquanto houver sol
Ainda haverá [...]

Quando não houver caminho
Mesmo sem amor, sem direção
A sós ninguém está sozinho
É caminhando
Que se faz o caminho

Quando não houver desejo
Quando não restar nem mesmo dor
Ainda há de haver desejo

Em cada um de nós
Onde Deus colocou

Enquanto houver sol
Enquanto houver sol
Ainda haverá [...]

(Enquanto houver sol – Titãs)

RESUMO

A assistência ao recém-nascido, criança, adolescente e família tem passado por transformações e vivência na atualidade o desafio de se alinhar ao cuidado desenvolvimental (CD). Frente à necessidade de apoio das famílias para lidar com a realidade de ter um filho internado em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), e à crescente identificação de que apostas na formação podem contribuir com o avanço de práticas assistenciais, este estudo tem como objetivo geral discutir as repercussões de processo formativo em cuidado desenvolvimental nas práticas de enfermeiros de UTINs de um município do interior paulista. Adiciona-se como objetivo específico relatar o desenvolvimento de intervenção formativa sobre cuidado desenvolvimental junto a enfermeiros de UTINs de um município do interior paulista, com atenção aos movimentos de participação. Trata-se de pesquisa interpretativa e longitudinal, ancorada em 3 referenciais teóricos: “Enfermagem como cuidado”, de Anne Boykin e Savina Schoenhofer; “Os padrões de conhecimento da enfermagem”, de Bárbara Carper; e “Ensino e prática reflexivos”, de Donald Schön. A Pesquisa Apreciativa é o referencial metodológico adotado. Diante do conhecimento de que as coordenadoras de enfermagem de duas UTINs desse município estavam envolvidas em qualificar a assistência de enfermagem prestada, buscou-se contato com vistas a identificar núcleos de interesse comum, quando o CD foi o revelado. O critério de seleção dos participantes foi ser enfermeiro atuante em pelo menos uma das unidades neonatais do município. Houve oscilação no número de participantes, com diferenças nas fases de coleta e de intervenção. A primeira incluiu como estratégias observação não participante e entrevista semiestruturada, a qual foi precedida por atividade escrita. Após essa atividade, foi proposta discussão acerca do tema. A intervenção foi fundamentada no ciclo 4D, sigla utilizada para designar as fases *Discovery*, *Dream*, *Design* e *Destiny*. A análise dos dados pautou-se na Análise de Conteúdo Temática de Minayo e permitiu a emersão de três blocos: Princípios norteadores das práticas de enfermeiros em UTIN; Manejo do ciclo 4D no desenvolvimento da intervenção educativa; Movimentos de participação diante de propostas e estratégias ofertadas em intervenção educativa. O primeiro bloco foi dividido em duas categorias: “Promover desenvolvimento e conforto ao RN” e “Qualificar o cuidado em UTIN”. No segundo, evidenciaram-se os resultados decorrentes da análise do ciclo 4D, abrangendo manejo de dinâmicas da unidade e oferta de cuidado desenvolvimental, sugestão de estratégias pelas participantes e a consequência de limitações vividas. Por fim, o terceiro bloco explana as diferentes estratégias utilizadas para alcançar participação reflexiva das enfermeiras. Frente às interações insuficientes e discussões sem o aprofundamento almejado, problematizou-se reflexivamente sobre as possíveis causas: modo de condução; influência da formação, do modelo de Cuidado em saúde vigente e dos obstáculos vivenciados no contexto de trabalho. Com atenção a aprofundamentos sobre moral, ponderou-se sobre motivação, responsabilidade, compromisso, respeito e solicitude no cuidado de enfermagem. Sugere-se que novos estudos explorem o que os gestores de instituições hospitalares pensam a respeito de processos formativos, com atenção ao lugar de relevância que os colocam, aos valores atribuídos e ao que entendem por apoio.

Descritores: Crescimento e Desenvolvimento; Capacitação Profissional; Enfermeiras e Enfermeiros; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Assistance to the newborn, child, adolescent and family has undergone transformations and currently faces the challenge of aligning with developmental care (DC). Given the need for support from families to cope with the reality of having a child in a neonatal intensive care unit (NICU), and the growing identification that training can contribute to the advance in care practices, this study aims to discuss the repercussions of the formative process in developmental care on the practices of NICU nurses in a city in the interior of São Paulo. The specific objective is to report on the development of a formative intervention on developmental care with NICU nurses in a city in the interior of São Paulo, with attention to participation movements. It is an interpretative and longitudinal research, anchored in 3 theoretical references: “Nursing as care”, by Anne Boykin and Savina Schoenhofer; “The Nursing Knowledge Standards”, by Barbara Carper; and “Reflective Teaching and Practice”, by Donald Schön. Appreciative Research is the methodological framework used. Due to the awareness that the nursing coordinators of two NICUs in this municipality were involved in qualification of the nursing care provided, contact was sought with a view to identifying nuclei of common interest, when the DC was revealed. The criteria for selecting participants included to be a nurse working in at least one of the neonatal units in the city. There was an oscillation in the number of participants, with differences in the collection and intervention phases. The first included non-participant observation and semi-structured interviews as strategies, which were preceded by written activity. After this activity, a discussion about the topic was proposed. The intervention was based on the 4D cycle, the acronym used to designate the phases Discovery, Dream, Design and Destiny. Data analysis was based on the Minayo Thematic Content Analysis and allowed the emergence of three blocks: Guiding principles of NICU nurses practices; 4D cycle management in the development of educational intervention; Participation movements in the face of proposals and strategies offered in educational intervention. The first block was divided into two categories: “Promoting newborn development and comfort” and “Qualifying NICU care”. In the second one, the results from the 4D cycle analysis were evidenced, encompassing the unit dynamics management and developmental care offer, strategies suggested by the participants and the consequence of lived limitations. Finally, the third block explains the different strategies used to achieve reflective participation of nurses. Faced with insufficient interactions and discussions without the desired deepening, it was reflexively problematized about the possible causes: driving mode; influence of training, the current health care model

and the obstacles experienced in the work context. With attention to deepening morals, we considered motivation, responsibility, commitment, respect and solicitude in nursing care. It is suggested that further studies explore what hospital managers think about training processes, paying attention to their place of relevance, their assigned values and what they mean by support.

Descriptors: Growth and Development; Professional Training; Nurses; Intensive Care Units, Neonatal; Qualitative Research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCF	Cuidado Centrado na Família
CD	Cuidado desenvolvimental
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EERP-USP	Escola de Enfermagem da Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EP	Educação Permanente
IA	Investigação Apreciativa
MC	Método Canguru
NIDCAP	Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido Prematuro
RNs	Recém-nascidos
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UnB	Universidade de Brasília
USP	Universidade de São Paulo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTINs	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. TRAJETÓRIA PERCORRIDA E DELIMITAÇÃO DO TEMA	15
2. INTRODUÇÃO	20
2.1 O CUIDADO AO NEONATO E A UTIN: UMA RELAÇÃO AMBÍGUA	20
2.2 A ATENÇÃO AO NEURODESENVOLVIMENTO: CUIDADOS PROTETORES	22
2.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL ENQUANTO ESTRATÉGIA TRANSFORMADORA DA ASSISTÊNCIA	26
3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	29
4. METODOLOGIA	32
4.1 TIPO DE ESTUDO	32
4.2 REFERENCIAIS TEÓRICOS	33
4.2.1 Enfermagem como cuidado - Anne Boykin e Savina Schoenhofer.....	33
4.2.2 Os padrões de conhecimento da enfermagem – Bárbara Carper.....	35
4.2.3 Ensino e prática reflexivos segundo Donald Schön (2000).....	38
4.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	40
4.4 LOCAL DO ESTUDO	41
4.5 LOCALIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	42
4.5.1 O Cuidado Desenvolvimental.....	42
4.5.2 Os participantes e a conduta do estudo.....	43
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	47
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	48
5. RESULTADOS	51
5.1. PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS PRÁTICAS DE ENFERMEIROS EM UTIN	51
5.1.1 Categoria Temática “Promover desenvolvimento e conforto ao RN”.....	52
5.1.2 Categoria temática: “Qualificar o cuidado em UTIN”	58
5.2 MANEJO DO CICLO 4D NO DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO FORMATIVA	63
5.3 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS EM INTERVENÇÃO FORMATIVA E OS MOVIMENTOS DE PARTICIPAÇÃO DIANTE DE PROPOSTAS	69
6. DISCUSSÃO	90
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
8. REFERÊNCIAS	117
9. ANEXOS	128
ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	128

10. APÊNDICES	132
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	132
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	133
APÊNDICE C: PÔSTERES	130
Ambiente curativo	130
Sono.....	131
Dor.....	132
APÊNDICE D: FOLDER PARA A FAMÍLIA – “VOCÊ SABIA?”	133
APÊNDICE E: RESUMO DAS OFICINAS	134
Manejo da dor neonatal: evidências atuais e transformação do conhecimento em ação	134
A família na UTIN – repercussões na assistência ao pré-termo e desafios da equipe de enfermagem	138
Boas práticas para a redução dos efeitos deletérios auditivos e visuais do bebê prematuro em unidades neonatais	139

Trajelória Percorrida e Delimitação do Tema

*Não importa o que fizeram com você.
O que importa é o que você faz com aquilo que fizeram com você.
(Sartre)*

1. TRAJETÓRIA PERCORRIDA E DELIMITAÇÃO DO TEMA

O cuidado, as relações interpessoais nele envolvidas e o quanto elas efetivam processos de compreensão e colaboração mútua despontam-se enquanto questões recorrentes na trajetória de minha formação profissional, seja de enfermeira ou de pesquisadora. Neste bojo, reflexões acerca do (des)acolhimento de crianças e famílias na atenção à saúde ganharam destaque e foram edificando questionamentos acerca da formação e compromisso moral dos profissionais.

Durante a Graduação em Enfermagem, realizada na Universidade Estadual de Maringá, em Maringá – Paraná, o interesse em estudar família se iniciou com a participação em projeto de pesquisa envolvendo familiares de portadores de transtorno mental, quando ouvi histórias emocionantes marcadas por sofrimento e amor intensos. Já no terceiro ano, inquietei-me, durante estágio, na unidade de internação pediátrica do hospital universitário, com o efeito da presença e atitude maternas na recuperação da criança, decidindo, em decorrência disto, que esse seria meu campo no internato e que a inclusão dos pais/familiares no cuidado da criança hospitalizada seria o foco do meu trabalho de conclusão de curso. O artigo denominado “Internação conjunta pediátrica: compreendendo a negociação enfermeiro-acompanhante”, publicado na Revista Eletrônica de Enfermagem em 2012, é fruto disso.

Frente às inúmeras possibilidades existentes após o fim da graduação, escolhi a especialização na área que tinha me despertado enorme encantamento. Foram dois anos de muita teoria e prática na Residência em Enfermagem em Saúde da Criança, realizada na Universidade Estadual de Londrina, em Londrina – Paraná. Durante esse tempo, passei por 14 campos de estágio onde pude presenciar o cuidado materno e familiar às crianças nos mais diversos contextos do nível primário e terciário de atenção, debruçando-me, em termos de monografia, sobre as vivências maternas frente ao diagnóstico de câncer do filho. A produção científica derivada desta pesquisa ainda está em vias de publicação.

Decidi continuar meu processo de formação profissional e, sendo a relação profissional de saúde e mãe um foco de interesse constante, ingressei em um programa de mestrado na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), em São Carlos – São Paulo, com proposta de pesquisa sobre o cuidado do profissional de saúde à família da criança doente crônica. Essa voltava-se ao contexto do câncer infantil. Todavia, pelo fato de o grupo de pesquisa de minha orientadora estar explorando a experiência da família no contexto da deficiência visual da criança, ocorreram modificações. Foi realizado um estudo que visou analisar as influências das interações entre pais (mãe e pai) e profissionais de saúde no cuidado parental junto ao filho com

retinopatia da prematuridade , o qual resultou em aceite do artigo intitulado “(Des)acolhimento nas interações com os profissionais: experiências de pais de crianças com retinopatia da prematuridade” pela Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), em 2016. Esse também foi um período de grande crescimento, pessoal e profissional, em que pude integrar estudos de outras colegas como pesquisadora auxiliar, realizar coorientações de trabalho de conclusão de curso e projetos de extensão/iniciação científica e cursar disciplinas que me permitiram vivenciar a experiência docente. Cabe destacar que todos os estudos mencionados acima foram desenvolvidos na abordagem qualitativa, quando perpassei pelos seguintes referenciais: experiência de doença e Narrativa; Interacionismo Simbólico; análise de conteúdo, na modalidade temática, de Bardin e Interacionismo Interpretativo.

O aceite da proposta para ingressar no doutorado gerou um misto de sentimentos, culminando em processo caótico e doloroso, pois era necessário antecipar seis meses de trabalho e paralelamente realizar um processo seletivo. A gratificante recompensa teve como ideia inicial a continuidade na temática da retinopatia da prematuridade, entretanto, havia uma inquietação para mudança, para realização de um trabalho interventivo com a equipe de saúde. Percebia que a atitude do profissional de saúde diante das pessoas por ele cuidadas é um elemento chave, podendo ser, tanto fator de contribuição ao enfrentamento da situação e promotor de acolhimento e resolutividade, quanto favorecer a vulnerabilização do sujeito e até promover danos e sentimentos negativos. Além disto, encontrava-me, fruto do trabalho de campo do mestrado, sensibilizada para o cenário de assistência ao recém-nascido e sua família, em especial nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs). Na época e ainda hoje, a questão do CD estava no auge de seu debate e com investimentos na formação dos profissionais, assim, iniciei junto de minha orientadora reflexões pautadas nestas dimensões do cuidado. Após cerca de um ano, marcado por muitas idas e vindas, lutas e surpresas, encontramos nosso caminho e delineamos como tema a formação de enfermeiros de UTIN, com atenção a incorporação do CD em suas práticas.

Derivam desta pesquisa de doutoramento e do processo formativo a ela associado, um projeto de iniciação científica e dois mestrados, dos quais participei ativamente do delineamento, execução e escrita final, fornecendo um apoio à orientação das discentes.

A iniciação científica recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) entre julho de 2017 e junho de 2018, sendo desenvolvida revisão integrativa de literatura referente à parceria entre enfermeiros e família

no contexto de cuidado desenvolvimental e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Este artigo está em vias de publicação.

O primeiro mestrado emergiu de um recorte do projeto de doutorado, apresentando um diagnóstico situacional acerca da incorporação do cuidado desenvolvimental em UTINs de um município paulista, sob a dissertação de título “Cuidado desenvolvimental da teoria à prática do enfermeiro em unidade neonatal”^a e artigo científico denominado “Cuidado Desenvolvimental: assistência de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”^b, publicado na Revista Brasileira de Enfermagem em 2018. Já o segundo^c, originou-se de inquietações relativas ao atitudinal profissional, no que diz respeito ao compromisso com cuidado e com a formação, as quais despontaram em mim durante este estudo e já se faziam presentes na ingressante, devido à sua trajetória de trabalho. Essa dissertação foi intitulada “Enfermeiro de unidade de terapia intensiva neonatal: motivação para a formação profissional” e tem o artigo em vias de publicação.

Ainda fruto desta caminhada de doutoramento, destaco com imensa alegria e gratidão a oportunidade de realizar doutorado sanduíche na Universidade Católica Portuguesa, campus Porto – Portugal, entre setembro de 2017 e fevereiro de 2018, sob orientação da docente Dra. Margarida Maria da Silva Vieira. Foram seis meses de muito aprendizado e ampliação de horizontes, permeado por outros docentes igualmente admiráveis, quando destaco a docente Dra. Zaida Charepe. Durante esse tempo pude desenvolver um olhar ainda mais crítico e reflexivo acerca da enfermagem enquanto profissão e disciplina, do que é ser enfermeiro e do que faz este profissional. Cada aula e experiência vivida me despertavam mais encantamento e eu desejava extrair para este estudo o máximo das reflexões e conteúdo de cada uma. O aprendizado gerado por esta experiência provocou revisões críticas de meu estudo, assim como um processo comparativo entre as realidades brasileiras e portuguesas. Mas, os questionamentos que sustentaram a proposta do estudo de doutoramento continuavam presentes e, fui percebendo existir uma pluralidade de possíveis respostas, todas dependentes do contexto que abarca enfermeiros, sua formação e práticas. De fato, as políticas e discussões indutoras das práticas e formação afetam as expressões profissionais! Foi impossível não refletir e se

^a MARSKI, B. S. L. *Cuidado desenvolvimental da teoria à prática do enfermeiro em Unidade neonatal*. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – São Paulo.

^b MARSKI, B. S. L. et al. Developmental Care: assistance of nurses from Neonatal Intensive Care Units. *Rev Bras Enferm*, v. 71, suppl 6, p. 2758-66. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0912>

^c OLIVEIRA, A. I. B. O. *Enfermeiro de unidade de terapia intensiva neonatal: motivação para a formação profissional*. 2018. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo.

incomodar com as diferenças das possibilidades e compromissos de enfermeiros das Unidades Neonatais brasileiras e portuguesas.

Os questionamentos que me lançaram e seguem a me lançar neste olhar, com desejo de testemunhar e participar de mudanças na Enfermagem Neonatal brasileira são: “O que é cuidado para enfermeiros de UTIN? Ele inclui a promoção e proteção do desenvolvimento do recém-nascido/da criança? Qual o lugar da família neste cuidado? Os enfermeiros consideram os benefícios da presença/permanência da família junto ao recém-nascido hospitalizado? Por que há tantas fragilidades relacionais e de acolhimento a ela (família) e à criança? Há limites para efetivarem o cuidado que acreditam? Quais? Como empoderam-se para transpô-los? Como reduzir a lacuna entre o que dizem fazer e o que de fato fazem os enfermeiros? Processos formativos alcançam transformações em quais âmbitos? Transformam? Quando? Em quais circunstâncias?”

Ao longo dos quatro anos dessa etapa, certamente o maior aprendizado foi disparado por algumas palavras da Monika, presentes em um dos muitos e-mails que trocamos: “[...] *Talvez este seja um núcleo interessante para investir: o tolerar que o processo nem sempre sai como prospectando e, diante disso temos que CRIAR a CONTINUIDADE DA CAMINHADA. Talvez numa direção não imaginada [...] Na vida não há receitas previamente ditadas e, tudo que vivemos é para nos ampliar [...] Desprenda-se do externo, viva com intensidade o processo, ele nos enaltece.*[...]” Essas palavras, que foram ganhando mais força e sentido, têm sido retomadas constantemente em pensamento, quase que como um mantra: “A trajetória é mais importante que o destino! Mantenha a mente aberta e atenta para apreciar cada acontecimento, enxergue obstáculos como oportunidades de crescimento.”

Não foi e nem está sendo fácil, pois nossa sociedade valoriza os resultados, o produto. É o cuidado um produto? Ou é um processo? Ou os dois? Sigo caminhando, sigo atenta, sigo reflexiva, pois os esforços do estudo foram de contribuir com a qualificação do cuidado efetivado em UTIN, com vistas a fazerem diferença na vida das pessoas. Contudo, para os moldes de uma Ciência mais cartesiana, produtivista, talvez parem dúvidas acerca do ‘produto’ aqui apresentado... Ele reflete uma caminhada árdua, repleta de descobertas, em especial de ser imprevisível e incontrolável os desenhos de pesquisa que envolvem pessoas e vidas, apesar de cuidadosamente pensados. O ‘vivo’ se movimenta, mesmo diante de esforços de ‘controle’, pois há uma pulsão que se manifesta e revela a expressão possível daquela vida.

Boa leitura!

Introdução

Tente moderar o mundo – o primeiro passo será sempre moderar a si mesmo.

(Platão)

2. INTRODUÇÃO

No decorrer da evolução histórica e em meio às mudanças no contexto cultural, econômico, político e de organização da sociedade, a assistência ao recém-nascido (RN), criança, adolescente e família passou por grandes transformações (SCOCHI, 2000) e vem sendo desafiada, na atualidade, a alinhar-se aos preceitos do cuidado desenvolvimental.

2.1 O CUIDADO AO NEONATO E A UTIN: UMA RELAÇÃO AMBÍGUA

Até meados do século XIX, não haviam instituições destinadas ao cuidado de crianças, e a crença de seleção natural tornava o óbito um fim esperado para casos de prematuridade e malformações (AVERY, 1999; SCOCHI, 2000). Em decorrência da preocupação frente às futuras consequências de altas taxas de mortalidade e baixa natalidade, surgiu entre 1870 e 1920, na Europa, o Movimento para a Saúde da Criança, com o intuito de preservação dessa população, caracterizando-se como um importante marco na medicina (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004). Tais fatos refletem em olhar diferenciado para a criança, com consideração de suas características desenvolvimentais e defesa dos direitos à vida, liberdade e atenção às necessidades básicas, como por exemplo, a amamentação (SCOCHI, 2000).

Os avanços na assistência aos recém-nascidos (RNs) começaram em Paris, marcados pela criação de incubadoras no ano de 1878, a pedido do professor e obstetra Stephane Etienne Tarnier, e do primeiro ambulatório de puericultura no Hospital Charité, em 1892, pelo obstetra francês Pierre Budin (LUSSKY, 1999; AVERY, 1999). Budin também foi responsável pelo desenvolvimento de princípios e métodos que foram a base da neonatologia. Já, ao fim do século XIX, é possível destacar a oferta de cuidados especializados a prematuros por Martin Coney, em 1896 nos Estados Unidos; o início do uso de nitrato de prata para prevenir *ophthalmia neonatorum*, em Viena sob recomendação de Carl Credé; a correlação entre nascimento traumático e paralisia cerebral pelo ortopedista inglês Willian Little; e introdução do pré-natal pelo obstetra John Baleantyne em Edimburgo. (LUSSKY, 1999).

A primeira unidade para prematuros foi inaugurada pelo pediatra Julius Hesses em 1922, no Hospital Sarah Morris em Chicago, em reflexo ao evento realizado em 1914 para conscientizar a classe médica sobre a importância do cuidado ao prematuro (LUSSKY, 1999). O intuito desses locais era promover a sobrevivência de prematuros e RNs de risco, justificando

os investimentos para a diminuição da mortalidade infantil e para o novo poder-saber-médico da neonatologia (SCOCHI, 2000).

A prática do isolamento nas maternidades trouxe como benefício a redução de infecções hospitalares e, conseqüentemente, a queda na mortalidade. Entretanto, tornou-se marco para a ruptura da unidade mãe e recém-nascido (RN) (PIZZATO; POIAN, 1982), a qual foi expulsa dos berçários como parte de medidas preventivas (KLAUS; KENNEL, 1995), sendo permitida, apenas, a observação através dos visores (GORDON, 1984).

Nas décadas de 30 e 40, devido às descobertas sobre a fisiologia do RN, foram desenvolvidos respiradores, sendo possível citar o Box de oxigênio de Hess, desenvolvido por Julius Hess em 1934 (LUSSKY, 1999). Destaca-se ainda, após os anos 40 o uso endovenoso de antibióticos e o desenvolvimento de exosanguineotransfusão para casos de eritroblastose fetal e demais causas de hiperbilirrubinemia; e, de meados de 1950 a seguir, as ideias fundamentadoras para tratar a deficiência de surfactante, a adaptação de equipamentos de ventilação adulta para uso em RNs e a criação do Escore Apgar pela médica Virgínia Apgar. (LUSSKY, 1999).

A ideia de uma unidade específica para reunir RNs com complicações severas surgiu apenas na década de 70. Mudanças de nomenclatura transformaram as maternidades para prematuros em maternidades de tratamentos especiais e, posteriormente, unidade de tratamento intensivo para recém-nascido (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004), o que hoje chamamos de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

Em termos de Brasil, o atendimento infantil tem como marco a criação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro em 1882 e, em seguida, da Clínica de Moléstia de Criança nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Dezesete anos depois, inaugurou-se o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, onde cuidava-se de crianças até 14 anos (OLIVEIRA, 1999). Já em relação à neonatologia, aponta-se o início em 1903, com a disponibilização de duas incubadoras no Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, que contava também com 21 leitos infantis (BARBOSA; OLIVEIRA, 2002).

Nota-se que a UTIN é espaço que visa garantir o suporte de vida ao RN crítico/prematuro e alcançado por meio do uso de massiva tecnologia dura, que também o expõe a elevada carga sensorial incongruente à sua capacidade de autorregulação, principalmente pelo incompleto desenvolvimento cerebral (KLOCK, 2014), que tem o terceiro trimestre da gestação enquanto período crucial para o processo de organização (BRASIL, 2013).

Tal realidade tem determinado cada vez mais a sobrevivência dos RN crítico e/ou prematuros, inclusive os que previamente tinham prognóstico fechado e de difícil resolução, porém tem culminado também em aumento dos índices de incapacidades, os quais exigem enfrentamento familiar, de cuidado e dos profissionais da saúde (WHO, 2018; PELOQUIN et al., 2016). Assim, a atenção ao fato que investimentos na manutenção do funcionamento de sistemas orgânicos estavam gerando repercussões desenvolvimentais e, portanto, longitunais importantes ao RN, caminhou para a proposição de modelos assistenciais de ordem protetora e promotora do desenvolvimento, bem como para criação de políticas e programas na atualidade, com objetivo de minimizar sequelas.

2.2 A ATENÇÃO AO NEURODESENVOLVIMENTO: CUIDADOS PROTETORES

Dentre os primeiros orientadores de práticas na direção de proteger e promover o desenvolvimento infantil, destaca-se o *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), o qual foi proposto na década de 80 por Heidelise Als, com o intuito de reformular o ambiente de cuidado hospitalar, garantindo oferta de intervenções menos agressivas e mais humanizadas ao RN e sua família. Para tanto, propunha um cuidado individualizado com atenção diária ao estado comportamental do RN, que incluía uso de instrumento estruturado e como treinamento do profissional, no intuito de estabelecer um plano de ação capaz de protegê-lo de efeitos deletérios, oriundos da internação e de promover vínculo entre ele, a família e os profissionais de saúde. (ALS; MCANULTY, 2011).

Ao considerar a indissociabilidade do RN, ambiente e cuidador/família, o cuidado desenvolvimental tem como medidas centrais um ambiente curativo, compartilhamento com a família, cuidados com a pele, posicionamento, nutrição adequada, proteção do sono e redução da dor e estresse (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009; ALTIMIER; PHILIPS, 2013), elementos esses que podem ser identificados em outros dois importantes modelos de cuidado, o Cuidado Centrado na Família (CCF) e Método Canguru (MC).

O CCF corresponde a um referencial que surgiu em meados de 1969 para o planejamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde que se baseiam em parcerias mutuamente benéficas entre equipe de saúde, pacientes e famílias (IPFCC, 2010), com intuito de determinar a qualidade do cuidado prestado no ambiente hospitalar sob a ótica dos pacientes e de suas famílias, além de discutir a autonomia dele frente às suas necessidades de saúde

(JHONSON et al., 2008). Sua inserção em UTIN ocorreu em 1993, por meio de Helen Harrison, que elencou princípios na direção da informação acerca das condições clínicas e decisão parental sobre a terapêutica da criança, com atenção à construção de um trabalho conjunto entre profissionais e família que promovesse garantia de atendimento das necessidades e um ambiente apropriado ao desenvolvimento, com reconhecimento de que tratamento excessivo é tão prejudicial quanto o insuficiente (HARRISON, 1993).

O segundo destaque, o MC, originalmente chamado de Método Mãe Canguru, foi criado em 1979, em Bogotá na Colômbia, com a proposta de posicionar o bebê de forma supina no seio materno, garantindo com esse contato pele-a-pele uma troca calor entre os envolvidos, com benefícios que incluíam a promoção de vínculo afetivo e alta precoce (LAMY et al., 2005).

No Brasil, esse método que tem como estratégias o “[...] *contato precoce entre o RNPT e sua família, contato pele a pele, o cuidado individualizado, a parceria com a família, o incentivo/apoio à amamentação, intervenções nos cuidados e manuseio da dor voltados para o desenvolvimento neuropsicomotor*” (BRASIL, 2015, p.41), teve início enquanto prática em 1992 e tornou-se política pública oito anos após, com revisão em 2007 e disseminação pelo país a partir de 2008, havendo reconhecimento de alcance dos benefícios mesmo em realidades que não o execute em completude (BRASIL, 2015). Suas etapas consistem em : 1) na ocorrência de internação do prematuro na UTIN ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, promove-se inserção parental, com incentivo ao contato pele-a-pele, lactação e cuidado compartilhado; 2) Maior permanência materna na UTIN, mediante condições clínicas da criança e opção da mulher, com incentivo à posição canguru a qualquer hora do dia/noite e com duração delimitada por ambos; 3) Seguimento ambulatorial do bebê e sua família. Sobre essa última ressalta-se que:

[...] A alta hospitalar poderá ser dada a partir de 1.600 g, dependendo de cada RN/família e, a partir daí, define-se o retorno ambulatorial, que poderá ser de uma a três vezes por semana. Nesse período, até o bebê alcançar 2.500 g, a posição canguru deve ser realizada durante o dia e à noite (quando a mãe deverá providenciar uma elevação para dormir), em função das necessidades da criança. É importante lembrar que a primeira consulta deverá ser em 48 a 72h após a alta. A agenda deve ser “aberta”, permitindo o retorno do bebê sem a necessidade de marcação de consulta. Na primeira semana, o bebê deverá passar por três avaliações, caso obtenha alta hospitalar com menos de 2.000 g de peso. (BRASIL, 2015, p. 42-3)

Com o exposto, nota-se que CD, o CCF e o MC não são abordagens recentes, mas a implementação deles nas UTINs da América Latina e Brasil, são. E essa nuance contemporânea, de ampliar a sensibilidade dos profissionais para a questão do desenvolvimento infantil e danos

assistenciais em decorrência do desrespeito/desconsideração, vem ganhando crescente visibilidade e investimentos.

Nesse sentido, tem-se a atenção atribuída, na atualidade, aos seis primeiros anos de vida da criança, devido às evidências do grande impacto que estes têm ao restante da vida. Ocorrem nesse período as chamadas janelas de oportunidade e, portanto, o profissional precisa extrapolar a atuação biologicista e ter um olhar para além do cumprimento de protocolos, a fim de garantir ações na direção da promoção e proteção do desenvolvimento infantil adequado (CASTRO et al., 2015).

Esse assunto passou a ser movimentado com maior intensidade, sobretudo a partir do Fórum Mundial de Educação para Todos, realizado no Senegal no ano 2000, resultando na publicação de Notas sobre Políticas para a Primeira Infância (UNESCO, 2005), seguida pela 27ª Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas, cujo foco foi um mundo mais justo para as crianças (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010). Ambos contaram com a participação e comprometimento do Brasil, que vem evidenciando essa preocupação com a efetivação de movimentos, programas e ações alinhados a esta valorização do desenvolvimento infantil.

Atentar-se e agir para promover e proteger o desenvolvimento infantil é um compromisso de caráter ético, político e social, ancorado no entendimento do impacto das ações passadas e presentes no futuro da criança, família e sociedade, no entendimento de as crianças são o amanhã, a esperança. Trata-se de ofertar meios para garantir que a criança atinja seu potencial de desenvolvimento e tenha seus direitos preservados, quando se discute ainda a importância da educação, da redução da pobreza e da necessidade de investimentos governamentais que precisam ser precoces, de qualidade e supervisionados. Porém, este não é compromisso restrito ao governo: promover o desenvolvimento infantil é responsabilidade de toda e qualquer pessoa ou grupo. (IGLESIAS; SHALALA, 2010; DORYAN; GAUTAM; FOEGE, 2010)

Considera-se válido ressaltar algumas iniciativas brasileiras voltadas ao desenvolvimento infantil:

- Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, que desde 2007 trabalha em prol da proteção e promoção do desenvolvimento infantil, especialmente durante a primeira infância, desenvolvendo e participando de inúmeras atividades, como a criação de documentos oficiais e produção de conteúdo informativo (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, [20--]);

- Programa Mãe Coruja Pernambucana: Criado em 2007, por meio do decreto de nº 30.859, [...] tem como objetivo garantir uma gestação de qualidade e um bom período posterior ao parto às mulheres, e às crianças o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável e harmonioso. [...] (GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, [20--]);

- Plano Nacional pela Primeira Infância, elaborado pela Rede Nacional Primeira Infância com metas para 2011-2022 ancoradas nos direitos da criança reconhecidos constitucionalmente (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010);

- São Paulo pela Primeiríssima Infância, uma iniciativa de 2012 que abrange 5 grandes regiões e mais de 40 municípios paulistas, com ações de cuidado desde o período gestacional até os 3 anos de idade da criança, qualificação profissional e construção de políticas públicas. Destaca-se a criação do Índice Paulista da Primeira Infância, uma medida classificatória dos municípios, feita com base em saúde e educação (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, [201-]);

- Marco Legal da Primeira Infância, uma lei promulgada em 08 de março de 2016, cujos princípios e diretrizes colocam a criança em foco e se relacionam à garantia ao direito de brincar; qualificação profissional para atendimento desta população, especialmente até os 6 anos de idade; importância do atendimento hospitalar, particularmente em situações de vulnerabilidade; ampliação da licença paternidade; igualdade em direitos e responsabilidades entre mães, pais e responsáveis; atenção especial e proteção a gestantes em privação de liberdade e mães que optam por entregar seus filhos à adoção (BRASIL, 2016a).

Todavia, apesar de tais movimentos e do conhecimento acerca da contribuição do vínculo afetivo para construção da parentalidade e do desenvolvimento do RN, a hospitalização ainda se caracteriza enquanto processo que desconsidera aspectos biopsicossociais e espirituais desses sujeitos, com normas institucionais e justificativas acerca das condições biológicas do neonato que promovem separação do entre pais e filho e o distanciamento dos demais familiares (MELO; SOUZA; PAULA, 2012; FERNANDES; SILVA, 2015). Intervenções com foco no RN hospitalizado ainda são tímidas se considerarmos o conjunto de políticas e programas que tem tomado a questão da proteção e promoção do desenvolvimento infantil.

Nessa linha, a assistência ao RN segue marcada por frequente manipulação para realização de procedimentos invasivos e dolorosos (ORSI et al, 2015), com cerca de 50 a 134 manipulações em fase mais crítica (GAÍVA; MARQUESI; ROSA, 2010) e de 52 a 79 em fases sem intercorrências, as quais impactam suas respostas metabólicas, fisiológicas e comportamentais (ORSI et al, 2015; MAGALHAES, 2011), agravadas pela sobrecarga

emocional ocasionada pelo afastamento familiar e parental, que traz impactos negativos tanto às crianças, quanto à parentalidade (WERNET et al, 2015).

Assim, tensionar essa tendência de um cuidado que não se pauta em olhar ampliado e valorizador do contexto a fim de alcançar o alinhamento aos modelos acima expostos ainda se faz necessário. Tal ação parece ter a educação permanente como caminho e o enfermeiro, enquanto sujeito alvo, principalmente pela sinalização de princípios e valores que se alinham, sobretudo, à integralidade; e com pelo lugar estratégico que esse profissional ocupa, com oportunidades diferenciadas para favorecer uma abordagem deste porte (HERNÁNDEZ; GRILLO; LOVERA, 2016)

2.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL ENQUANTO ESTRATÉGIA TRANSFORMADORA DA ASSISTÊNCIA

O termo ‘Educação Permanente em Saúde’ data da década de 80, associado ao Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS), quando o entendimento era de haver falhas na formação em saúde (LEMOS, 2016). Essa constatação tornou-se ainda mais real com quando a Constituição Federal de 1988 determinou a saúde enquanto direito, trazendo como consequência a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Posta a necessidade de rever e repensar a formação de recursos humanos na área da saúde, houve a criação no Ministério da Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES), voltado à formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde e o reforço da Educação Permanente enquanto meio de aprendizagem no trabalho, com indicativas de serem os referenciais construtivistas potentes para a mesma, destacando-se a problematização e a aprendizagem significativa. (LEMOS, 2016). Ao promoverem a identificação de nós críticos no cotidiano dos serviços e, a partir deles, demandas e necessidades de formação com vistas às mudanças nos modos de agir e produzir saúde, essas ferramentas ganham potencialidade de promover autoconsciência acerca do profissional e do serviço em relação às possibilidades de qualificação (ADAMY et al, 2018),

O estabelecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004, pela Portaria GM/MS nº 208/2004 (BRASIL, 2004) e atualização em 2007, Portaria GM/MS nº 1996/2007 (BRASIL, 2007), trouxe como pressuposto que transformações de práticas profissionais e da organização do trabalho só conseguiriam transcender a tendência de

‘atualização técnico-científica’ se promovessem diálogos críticos acerca da realidade vivenciada no trabalho, com apostas nas subjetividades e em formação sustentadas na colaboração entre os diversos profissionais tomando os contextos reais.

Assim, entende-se que “todo processo de Educação Permanente em Saúde requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica que considere a cultura institucional em que se insere” (BRASIL, 2014, p. 13) e, por ser prática de ensino-aprendizagem que toma o cotidiano dos serviços de saúde, para operar aprendizagem significativa, é requerido dos envolvidos no processo uma presença ativa/participativa.

Cabe destacar que comumente são tematizadas a diferenciação entre EPS e Educação Continuada (EC), pois apesar de ambas possuírem intenção de continuidade do processo educativo e alcance da aprendizagem, a segunda está mais voltada à formação profissional básica, limitando-se a competências cognitivas e habilidades, construídas comumente em cima de relações verticalizadas no processo de ensino-aprendizagem mesmo quando tomadas a partir de disparadores mais ativos. Já a primeira, tem um caráter mais dialógico e politizado, com processos formativos que visam alcances que consigam apreender e debater desdobramentos ampliados das práticas de saúde, suas implicações frente a compromissos sociais e cidadania, com atenção ao descompasso entre a orientação da formação e as demandas dos cenários das práticas, cenários da vida. Assim, ao transcender a transmissão de conteúdos para se tornar um processo transformador de atitudes, permite que os profissionais possam posicionar-se no exercício do seu papel. Assumirem sua autonomia no mesmo (CAPRA, 2011).

Daí a relevância em tomar as realidades e problematizá-las com os próprios atores que a produzem e sustentam, mas que também podem ser aqueles que as transformarão. O hospital constitui-se em serviço que compõe a rede de atenção à saúde, no âmbito do SUS, desse modo a existência da EPS é relevante e essencial (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016). O que ocorre neste ponto de atenção à saúde ecoa aos demais e vice-versa.

Justificativa e Objetivos

3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Este estudo justifica-se em comprovações de que:

- neonatos e lactentes críticos e/ou nascidos prematuramente hospitalizados em UTIN e seus familiares necessitam de suporte para se adaptar à realidade a que são lançados (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009);
- as UTINs estão marcadas por relações pouco acolhedoras da família e do RN, por valorização de aparatos tecnológicos, com produção de um ambiente hostil para ambos e com pouca proteção e promoção do desenvolvimento do RN e da formação de vínculo entre ele e sua família (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009);
- a assunção de um cuidado que se baseie em intervenções na linha do cuidado desenvolvimental tem o sucesso dependente da compreensão acerca das bases teóricas que o ancoram e da adoção de práticas humanizadoras, o que demanda apropriação dos conceitos integrantes e mudanças nas filosofias de cuidados que sejam opostas a eles (MILETTE et al., 2017a);
- há necessidade de progressiva inclusão de recursos educacionais que abordem os cuidados individualizados ao recém-nascido, destinados tanto aos profissionais quanto às famílias, por meio de processos que se ampliem, à medida em que é reconhecida a importância de práticas voltadas à preservação e diminuição de agravos potenciais ao neurodesenvolvimento infantil.(MILETTE et al., 2017b).

Além disto, é premente a ampliação de discussão que gerem adensamento da crítica acerca do cuidado ofertado a RN e famílias em UTIN, sobretudo em termos de envolvimento, solicitude, respeito e comprometimento profissional. Dessa forma, delimitou-se como perguntas de pesquisa: “Como se apresenta a prática assistencial de enfermeiros de UTIN de um município do interior paulista quando tomados os pressupostos do CD? Quais desdobramentos se efetivam de processo formativo voltado ao CD junto a enfermeiros de UTIN?”

Tendo como pressupostos que o CD é um modelo que oferece subsídios para uma prática assistencial respeitosa e justa a RN críticos e suas famílias hospitalizados em UTIN e que a educação permanente em saúde é um caminho para transformação de práticas compromissadas e acolhedoras no contexto da atenção à saúde, inclusive tomando o serviço hospitalar, propõe-se este estudo sob objetivo geral de discutir as repercussões de processo formativo em cuidado desenvolvimental nas práticas de enfermeiros de UTINs de um município do interior paulista.

Como objetivo específico aponta-se relatar o desenvolvimento de intervenção formativa sobre cuidado desenvolvimental junto a enfermeiros de UTINs de um município do interior paulista, com atenção aos movimentos de participação.

Metodologia

A felicidade não é um destino, é uma viagem [...]
(Osho)

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa interpretativa, de natureza qualitativa, em função das intenções de intersubjetividade, de um posicionamento compreensivista, interessado e atento ao comportamento dos participantes e por seus feitos. Desta forma, a abordagem qualitativa atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado de intencionalidade que lhes atribuem os atores. Valorizam a indissociabilidade entre atores sociais e investigadores, estruturas e representações, fatos e significados, quando o reconhecimento da subjetividade, do simbólico e das relações são essenciais (MINAYO, 2017).

A intenção deste estudo foi de ampliar entendimento e apreender experiências relativas à assistência em saúde, com vistas a transformar práticas e avançar na qualificação das mesmas, aspecto recomendado aos estudos qualitativos (MINAYO; GUERRIERO, 2014). Destaca-se que entre as vertentes qualitativas, a participativa, aquela na qual o pesquisador tem explícita intenção de se envolver com os participantes no desenho e na condução do estudo (KERR; KENDALL, 2013), foi a que se alinhou às intenções prospectadas.

Tematizar as práticas de enfermeiros atuantes em UTIN e, conseqüentemente, os alcances das mesmas com intenções de transformação, implica em acessar a experiência desses atores sociais, as crenças, significados e entendimentos que direcionam seus fazeres, suas intencionalidades, aspectos acolhidos em estudos de vertentes qualitativas.

O delineamento foi longitudinal, diante das intenções de participação na apreciação do contexto vivenciado, compartilhamento de informações singulares e significativas aos participantes e cenário, no intuito de contribuir com atenção ali desenvolvidas, prospectando impactos na realidade local e ampliada. Essas intenções alinham-se com o entendimento de “*que a pesquisa qualitativa simultaneamente coleta, analisa e reformula perguntas*” (KERR; KENDALL, 2013, p.1062), sendo, portanto, aberta e com efeitos lançados ao devir.

A escolha pela pesquisa qualitativa de desenho longitudinal ancora-se no entendimento de que:

No núcleo do crescente interesse nas pesquisas qualitativas está o reconhecimento da importância do contexto. O conhecimento local situado em contextos locais relatados pelos participantes locais promete um novo tipo de investigação adequada para as sociedades que lutam por um avanço na democracia, resultando na melhoria da qualidade de vida e de saúde. (KERR; KENDALL, 2013, p.1062)

4.2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Optou-se por elencar três referenciais ao estudo, por se identificar na sua proposta questões relacionadas ao cuidado de enfermagem, à formação e compromissos com ambos. O entendimento foi de que essas diferentes “lentes” contribuiriam com a apreciação dos processos revelados ao longo do estudo. Vale destacar que a escolha desse trio foi feita à posteriori, ou seja, à medida em que se buscava estruturar os resultados do estudo foram sendo encontrados elementos pertencentes a ele e que eram de rica contribuição.

As opções guardam interfaces, sobretudo na compreensão da enfermagem enquanto cuidado; do cuidado enquanto uma relação com o outro, quando se põe em jogo um conjunto de saberes, de valores e de reflexões para que sejam tomadas as decisões e realizadas as ações (intervenções de enfermagem); e, que ações formativas trazem melhores resultados por meio de processos críticos-reflexivos sustentados por relações horizontais entre facilitador e participante. Os referenciais são: “Enfermagem como cuidado”, de Anne Boykin e Savina Schoenhofer (2013), “Os padrões de conhecimento da enfermagem”, de Bárbara Carper (1979); e Ensino e prática reflexivos, de Donald Schön (2000).

4.2.1 Enfermagem como cuidado - Anne Boykin e Savina Schoenhofer

Para Boykin e Schoenhofer (2013), cuidar é característica da pessoa, exercida a todo momento, em relação a si e ao outro. A efetivação do cuidado clama pelo reconhecimento que todas as pessoas são ‘pessoas de cuidado e cuidadoras’, quando conhecer a si e ao outro se mostra fundamental.

Cuidar de si e de outra pessoa envolvem características como compromisso, honestidade, humildade, coragem e confiança, reconhecendo a complexidade de cada ser, que é completo e inteiro em si. Para cuidar, é preciso autenticidade relacional e consciência sobre si e sobre o outro. É preciso estar aberto para compreender e reconhecer a importância do presente, o fato da unicidade de cada experiência e da potencialidade de cada momento para o surgimento e expressão do cuidado (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013).

Apesar de constante, o cuidado não é estático. Ele é processual e desenvolvido ao longo da vida, momento a momento, na dependência da relação e da consciência de conhecer a si e ao outro. Cuidar envolve deveres e obrigações, envolve modos esperados de ser, estar e agir enquanto pessoa que cuida. (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013).

[...] Todas as relações entre as pessoas carregam consigo expectativas mútuas. Cuidar é viver no contexto de responsabilidades relacionais. Um relacionamento experimentado através do cuidado mantém em seu cerne a importância da pessoa como pessoa. Estar no mundo também exige participação em relações humanas que exigem responsabilidade - responsabilidade para si e para o outro. Na medida em que essas relações são moldadas através do cuidado, elas são consistentes com as obrigações inerentes à responsabilidade relacional e os relacionamentos pessoa-a-pessoa. Quando estar com o self e com os outros é abordado a partir do desejo de conhecer a pessoa como um cuidado vivo, o potencial humano para realizar o cuidado direciona o momento. (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013, p.4)

Em termos de metaparadigmas, o conceito de pessoa apresentado pelas teóricas é de que todo ser humano tem em sua natureza o cuidado e, dessa forma porta comprometimento e intenção de conhecer e cuidar de outras pessoas. O viver está articulado ao cuidado, em alinhamento consigo, com o outro, com as relações, as regras e o sentido da vida (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013).

Dito isso, com explanações acerca da pessoa como cuidado, avança-se para a enfermagem como disciplina, profissão e cuidado. Cabe primeiramente apontar que disciplina se refere a “[...] *uma maneira de conhecer, ser, valorizar e viver* [...]” (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013, p.6) e profissão à “[...] *profissão de uma compreensão tanto da necessidade social a partir da qual as chamadas para a enfermagem surgem como do corpo de conhecimento utilizado na criação da resposta de enfermagem., sendo que ambas as partes formam e enfermagem como um todo.*” (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013, p.6).

A disciplina de enfermagem atende à descoberta, criação, estruturação, teste e refinamento de conhecimentos necessários para a prática da enfermagem. Concomitantemente, a profissão de enfermagem atende ao uso desse conhecimento em resposta a necessidades humanas específicas. Certamente, os valores básicos comunicados nos conceitos de disciplina e profissão estão em ressonância com os valores fundamentais da enfermagem e contribuem para uma compreensão mais plena da enfermagem como cuidar. Entre esses valores compartilhados, está o compromisso com algo que envolve, o sentido de pessoas estarem conectadas na unidade; expressão da imaginação e criatividade humanas, realização da unidade do saber com possibilidades de desdobramento e expressão de escolha e responsabilidade. (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013, p.8)

Tendo em vista a necessidade de sempre considerar o outro como pessoa essencialmente cuidadora, o papel da enfermagem não é de restabelecer a integridade ou completude dele, mas de conhecê-lo, acessando o modo como ele cuida, ciente que isto varia conforme a situação e o nível de competência, o qual foi sendo construído ao longo da vida, momento a momento. Também é papel da enfermagem ser suporte ao outro nesse processo de cuidado que ele realiza, agindo sempre com vistas a torná-lo mais competente (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013).

O conhecimento da pessoa do outro, com vistas a compreender sua completude, inteireza e complexidade, ocorre na dependência da abertura e permissão de ambos para que haja acesso mútuo do mundo de cada um. Enfermagem como cuidado ocorre por meio de desdobramentos de situações, quando enfermeiros refletem e agem a partir de saberes específicos, em um momento compartilhado com a outra pessoa. Vale ressaltar que a unicidade de cada pessoa e a singularidade de cada experiência implicam em situações de enfermagem também únicas, singulares (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013).

[...] a situação de enfermagem é um construto realizado pelo enfermeiro, qualquer experiência interpessoal contém o potencial para se tornar uma situação de enfermagem. No sentido formal de enfermagem profissional, a situação de enfermagem se desenvolve quando uma pessoa se apresenta no papel de oferecer o serviço profissional de enfermagem e a outra se apresenta no papel de buscar, querer ou aceitar o serviço de enfermagem. (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013, p.17)

Baseando-se nos apontamentos anteriores, pode-se sintetizar com a afirmação de ser dever cuidar e valorizar o outro, há obrigação moral, e a qualidade dessas questões articulam-se com os esforços de se imaginar e considerar o outro e seu lugar no mundo (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013).

Diante dos apontamentos, o ambiente para elas é o próprio dia a dia da vida, os encontros e reações diante do outro, e, saúde é a plenitude e o bem-estar neste ambiente de vida, neste viver (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013).

4.2.2 Os padrões de conhecimento da enfermagem – Bárbara Carper

A Enfermagem faz uso de saberes que lhe são próprios e a caracterizam enquanto profissão (CARPER, 1978). Bárbara Carper (1978) pergunta-se acerca de quais saberes são necessários à prática de enfermagem, para ser enfermeiro. Acaba apresentando à comunidade padrões de saberes inter-relacionados, com destaque de que todos tem a ver com você e com a pessoa que você está cuidando. Assinala a relevância de sintonizar-se com este outro, com esforços de compreensão, quando o escutar o buscar contato e relação com ele são fundantes do cuidar.

Quatro foram, inicialmente, os padrões de conhecimentos (saberes) apresentados por ela: (1) empírico – conhecimentos da Ciência da Enfermagem, (2) ético - obrigações e deveres implicados nas práticas de Enfermagem, (3) pessoal – autenticidade de presença e relação do

enfermeiro e, (4) estético – ocorre no ato, reflete aspectos culturais e simbolismos portados (CARPER, 1978).

O conhecimento empírico é objetivo, quantificável e verificável, organizado em leis gerais e teóricas com o propósito de descrever, explicar e prever fenômenos. Está relacionado ao reconhecimento do corpo específico de conhecimento da Enfermagem. Dessa forma, visualiza-se o conhecimento como algo sistemático, organizado e baseado em leis gerais que predizem este fenômeno (CARPER, 1978).

Nessa perspectiva, muitas teorias são desenvolvidas para sistematizar e controlar as evidências que podem ser utilizadas na classificação do conhecimento. Sob esse prisma, Carper (1978), identifica que a necessidade de criação e utilização de leis e teorias está embasada em descrever, explicar e prever o desenvolvimento da enfermagem através de evidências objetivas e tangíveis, mas enfatiza que novas perspectivas de saúde têm se relacionado, cada vez mais, ao processo de vida do ser humano, considerando a presença da família enquanto componente essencial ao cuidado.

O frequente desenvolvimento de muitos modelos genéricos criados para explicar certos eventos, direcionam tarefas e consideram ser relevantes ou necessárias as condições de causalidade e desenvolvimento normais do indivíduo, a fim de promover e descrever explicações contextualizadas e ampliadas (CARPER, 1978).

O conhecimento estético ou arte da enfermagem, que se expressa nos comportamentos, atitudes, ações e condutas do enfermeiro, podendo se relacionar ao saber como, o qual permite trabalhar com fenômenos não quantificáveis e que não podem ser explicados por teorias e/ou leis. Em outras palavras, pode-se dizer que esse conhecimento não se baseia em pesquisas empíricas, estando então ligado às expressões singulares e à necessidade de desenvolvimento de habilidades de comunicação, criatividade, empatia e relacionamento com o paciente e família direcionadas a identificar objetivos e aspectos subjetivos nas verdadeiras necessidades de saúde e doença que se expressam através da relação com o enfermeiro (CARPER, 1978).

O processo estético está relacionado em compreender as diferenças existentes entre o reconhecimento e a percepção. O primeiro é satisfeito quando um rótulo é apreendido sobre certo estereótipo que foi previamente classificado e identificado, já o segundo é um meio para a ação estética de qualidade e resulta em um desfecho amplo e refletido em diversas possibilidades do cuidar. A percepção acrescenta ao reconhecimento a organização e visualização ativa de detalhes antes imperceptíveis e que têm como objetivo ver o que está no outro pela sua inteireza (CARPER, 1978).

O conhecimento pessoal, se refere ao uso terapêutico do *self*, que culmina no desenvolvimento de uma relação de empatia para com o outro, privilegiando a totalidade e integridade. É também um conhecimento subjetivo, centrado na autoconsciência, sabedoria pessoal e atitude reflexiva, que expressa o conhecimento de si mesmo, sendo fundamental para entender o significado de saúde atribuído pelo enfermeiro que realiza o cuidado, pois se torna capaz de identificar o verdadeiro “eu” agindo na prática. Essa experiência do “eu” obtido através do desenvolvimento de realidades pessoais é potência que facilita o processo de encontro com o outro, o conhecimento de si fortalece a convivência com o outro. Dessa forma, pode-se inferir que, quando o enfermeiro não é capaz desse autoconhecimento, criará barreiras nas relações de cuidado que comprometerão o alcance do seu trabalho (CARPER, 1978).

O conhecimento ético, no entendimento de Carper (1978), é aquele relacionado com o componente moral que permite mostrar os deveres da profissão com base nos interesses pessoais, profissionais e institucionais. O conhecimento ético ou conhecimento moral da enfermagem foca na decisão do que deve ser feito, considerando não apenas normas impostas, mas a apreciação do que é certo. Segundo a autora, o componente ético demonstra o compromisso do enfermeiro com o outro e o respeito que fortalece esta relação de paciente/profissional, assim, é imprescindível que este compreenda o que é bom, o que é certo e o que é justo, favorecendo relações terapêuticas baseadas no respeito. Nessa conjectura, diversos dilemas morais podem surgir em situações que são ambíguas e incertas, e cabe ao enfermeiro adaptar-se ao ambiente e ao processo de respostas às demandas do outro que permitam manter ou restabelecer um curso estável do cuidado, da saúde e da justiça (CARPER, 1978).

Em entrevista direcionada, Carper afirmou que desenvolver padrões de conhecimento foi uma maneira de esclarecer e expressar as reflexões realizadas acerca do cuidado em uma era mais tecnológica e menos humanística, sendo que o grande desafio está em integrar todas as áreas de conhecimento na atuação de enfermagem, garantindo uma escuta profissional efetiva e o desenvolvimento de habilidades em relacionamentos com seres humanos. Sob essa ótica, incorporar as tecnologias sem perder os elementos críticos da prática em saúde fortalece a interação entre pessoas, sem esquecer que o objetivo do cuidado está no outro (EISENHAUER, 2015).

Entender os quatro padrões de conhecimento em enfermagem cria possibilidades de maior conscientização da prática e da complexidade das relações humanas. Desta maneira, o cuidado não é mais o habitual, ele se torna capaz de perceber e interpretar as experiências

subjetivas e os efeitos da obtenção de habilidades incomuns e necessárias às ações de enfermagem (CARPER, 1978).

Não obstante, os padrões de conhecimento foram consistentemente citados e trabalhos na literatura desde 1978, havendo em 1995 uma nova propositura, por meio da adição do quinto padrão de conhecimento, o conhecimento sociopolítico. Cabe destacar que o artigo sugere modificações no modelo de conhecimento de enfermagem com vistas a possibilitar que este seja mais amplamente utilizado enquanto referencial e efetive a exploração de processos de investigação em saberes e práticas de enfermagem (WHITE, 1995).

Nesse último padrão, impera a importância do contexto relacional do enfermeiro-cliente, bem como da compreensão dele pelo enfermeiro. Aqui, contexto se refere ao vivenciado pelas pessoas em suas vidas e pela enfermagem como prática profissional que inclui o corpo de conhecimento de enfermagem e suas políticas, dando vazão ao componente cultural estabelecido nas relações profissionais (WHITE, 1995).

A cultura é elemento sugestivo de influência na forma como cada pessoa compreende saúde e doença, suas causas, linguagem, identidade e a conexão que faz com o mundo. Assim, a enfermagem precisa se apropriar de questões sociais, políticas e econômicas, incluindo seu posicionamento perante a sociedade e a forma como planeja saúde (WHITE, 1995).

Nessa corrente de pensamento e associado aos conhecimentos propostos por Carper (1978), todos os padrões devem ser integrados para permitirem escolhas clínicas consistentes e conscientes. Uma integração insuficiente dos padrões de conhecimento limita o cuidado, com resultados restritos para o paciente, resultados estes que não correspondem à necessidade expressa pelo outro. A arte de incorporar todos os padrões implica em práticas mais avançadas, específicas e relevantes, implica em cuidado.

4.2.3 Ensino e prática reflexivos segundo Donald Schön (2000)

Donald Schön, por muitos anos, realizou estudos contemplando a reflexão em seus diversos aspectos e âmbitos. No campo da educação, especificamente, dedicou sua pesquisa de doutorado aos estudos acerca deste tema referenciando-se no pensador John Dewey. Este havia publicado estudos em que afirma que o pensamento reflexivo é a melhor forma de se pensar, e que consiste em realizar um exame mental sobre determinado assunto e considerá-lo sério e consecutivamente. Inspirado nessas ideias, Schön estudou a questão do pensamento reflexivo

como formação do indivíduo e, para isso, direcionou seus esforços na análise epistemológica da reflexão na ação (LOPES et al., 2015).

A reflexão é relacionada às experiências vividas e ações realizadas, com afirmação de que a aprendizagem e a reflexão se dão então a partir do fazer. Partindo dessa premissa, apontam-se cinco momentos de reflexão na ação, que envolvem primeiramente entender as respostas obtidas nos acontecimentos rotineiros quando não há imprevistos; posteriormente, adicionando-se um resultado inesperado ou uma surpresa e então análise sobre o que essa situação nova traz de reflexão e concentração. Após esta reflexão na ação, ocorre o pensamento crítico, no qual são criadas estratégias de compreensão e ação sobre o novo cenário. Por fim, experimenta-se as novas ações, advindas das novas atitudes e novos fatos (SCHÖN, 2000).

A reflexão sobre a prática é extremamente importante, pois permite que, neste momento de pausa, a constatação de como é feita a ação, com reinvenções e propostas de novas protagonizações, que culmina em criticidade e até mesmo mudança de atitudes (DORIGON; ROMANOWSKI, 2012).

Portanto, Schön (2000) explica que, ao aprender algo, realiza-se tal tarefa de forma automática, sem pensar sobre o que está sendo feito. Porém, quando algo fora do esperado ocorre, existem duas possíveis respostas: colocar a situação de lado e não realizar reflexão alguma sobre ou examiná-la, refletir sobre a ação de forma retrospectiva, buscando entender que ações realizadas contribuíram para o resultado. Ainda, é possível que haja o que Schön chama de reflexão na ação, que consiste em refletir sobre a ação antes da chegada do resultado.

Neste momento, existe a possibilidade de dar nova forma à ação que está sendo desenvolvida enquanto ela ainda não foi finalizada. Schön (2000) defende que, portanto, existem momentos de reflexão na ação, reflexão sobre a ação, que se separam apenas pelo momento no qual ocorrem, e reflexão sobre a reflexão da ação, que é onde o profissional pode se desenvolver e construir sua própria identificação profissional e reflexiva.

O autor ainda aponta que tais processos devem ser contínuos, buscando e cultivando momentos e atividades que relacionem o conhecimento a reflexão e a ação e estes criam oportunidades para o desenvolvimento profissional e pessoal, tornando o profissional mais consciente de si mesmo e com possibilidades de ação intencional e não impulsiva (SCHÖN, 2000).

4.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico adotado para o desenvolvimento da intervenção foi a Investigação Apreciativa (IA), pela potencialidade apontada para promover reflexão crítica acerca de valores e práticas, favorecer o compromisso e assunção com o enfrentamento de mudanças (WATKINS; DEWAR; KENNEDY, 2016). O termo foi introduzido nos anos 90 do século XX por David Cooperrider, da *Case Western Reserve University*, emergindo em um contexto do setor empresarial para contrapor a centralidade em problemas. Propôs ênfase ao processo de apreciar a realidade social, com olhar para suas posses e “belezas”, por entender que este enfoque favorece motivação e energia para transformações, busca por melhorias em contextos organizacionais específicos.

A IA entende o processo de mudança como aberto e dinâmico, fundamentado nas histórias e experiências reais. Em uma organização, indivíduos formam grupos para efetivar processos de trabalho, a partir dos quais pressupostos, valores e regras, conscientes e inconscientes, se estabelecem e determinam comportamentos que tendem a ser incorporados, expressos em ações automatizadas. A proposta da IA é provocar reflexões e esse aspecto vai ao encontro das intenções deste estudo, que é valorizar as potencialidades existentes e, a partir do desenvolvimento de um atitudinal questionador e participativo, contribuir com a qualificação das práticas em UTIN. Desloca, no processo de transformação, a centralidade em problemas para possibilidades (BUSHE, 2011). Além disso, a IA é metodologia que vem sendo adotada em pesquisas na área da saúde, intencionadas a qualificar práticas a partir da participação e engajamento dos profissionais de saúde (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2017; WATKINS; DEWAR; KENNEDY, 2016; TRAJOWSKI et al., 2013).

Cinco princípios sustentam a IA, a saber: i. Construcionista, compreende ser o diálogo com o outro o favorecedor o entendimento da realidade, quando narrar é relevante e estimulador de mudanças; ii. Simultaneidade, defende a relevância dos questionamentos, por estar neles o processo de transformação; iii. Poético, aponta a necessidade de abertura institucional para a mudança, com postura flexível a reconsiderações reveladas ao longo do processo; iv. Antecipatório, a positividade é elemento que projeta a mudança, funcionando enquanto estímulo para tal; v. Positivo, conecta-se ao princípio anterior, exercendo efeito terapêutico e de expectativa pela mudança, que torna o processo sustentável.

Embasado em Cooperrider e colaboradores (2008), Watkins, Dewar e Kennedy (2016) referem que o foco investigativo deve estar congruente aos anseios exploratórios e direção desejada pelos envolvidos, apresentado na forma de uma afirmativa para esta dispare a

apreciação grupal na intenção de diálogo, desenvolvida a partir do ciclo 4D. Esta denominação se refere às quatro fases do modelo: *Discovery* (Descoberta), *Dream* (Sonho), *Design* (Planejamento) e *Destiny* (Destino).

A primeira fase, *discovery*, fundamenta-se na valorização dos pontos positivos/do que há de melhor e na apreciação do que funciona bem, com atenção aos elementos que sustentam essa condição. Já a segunda, *dream*, pauta-se em elencar o que e como deveria ser, ou seja, idealizar transformações que qualifiquem ainda mais a realidade expressa na fase da descoberta. O *design* inclui um processo de co-construção para o alcance do almejado, com ponderação acerca da existência e disponibilidade dos elementos necessários, além de estruturação das ações a serem realizadas. Por fim, *destiny* é a fase de empoderamento, organização e compromisso para executar as ações e alcançar o almejado e planejado (WATKINS; DEWAR; KENNEDY, 2016)

Esta escolha metodológica alinha-se com as recomendações da PNEPS, publicada no ano 2004 e atualizada em 2007. Nela sinaliza-se a relevância de processos formativos que tomem profissionais, práticas, contextos e processos de trabalho reais com vistas à transformação de práticas e organizações do trabalho, em contraponto a meras atualizações técnico-científicas (BRASIL, 2009).

Na direção do posto acima, ou seja, de uma formação contextualizada a partir da problematização sobre o trabalho, estão indicados aos processos formativos a promoção do autoconhecimento e apostas na expressão de subjetividades e de atos reflexivos (NEVES et al., 2016).

A intenção é de desdobramentos na qualificação da atenção em saúde (BRASIL, 2009).

O planejamento e execução dessas fases, as quais compõem e sustentam a intervenção educativa, estão detalhadas nos resultados, visto que assim dão sentido à escolha de olhar para o processo. Cabe ressaltar que as proposituras foram sempre planejadas em termos de garantir reflexões e embasar-se em metodologias ativas, com construção participativa.

4.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um município do interior paulista, cuja população foi estimada, em 2010, em 221.950 habitantes, dentro de uma área de 1137 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), com taxa de nascidos vivos de

3.855 no ano de 2017, sendo que destes, 436 (11,3%) nasceram entre 22 e 36 semanas de gestação (DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2017).

A cidade supracitada conta com duas UTINs, sendo uma da rede privada e outra filantrópica, com atendimento vinculado à Saúde Suplementar e ao SUS. No período de coleta, a soma dos leitos neonatais disponíveis era de dezesseis intensivos e seis semi-intensivos e a soma número de enfermeiros totalizava dezesseis profissionais. Cabe destacar que a cidade é referência para seis municípios da região no atendimento ao RN crítico.

4.5 LOCALIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Diante do conhecimento de que as coordenadoras de enfermagem de duas UTINs de um município do interior paulista estavam envolvidas em qualificar a assistência de enfermagem prestada, buscou-se contato com vistas a identificar núcleos de interesse comum. Dessa forma, a qualificação das práticas de enfermeiros de UTIN, sobretudo diante das discussões do cuidado desenvolvimental despontou-se como de interesse.

4.5.1 O Cuidado Desenvolvimental

O cuidado desenvolvimental é estratégia que traz um conjunto de propostas em prol da colaboração com o processo organizacional do recém-nascido prematuro e redução de potenciais complicações associadas à internação hospitalar, com reconhecimento das fragilidades físicas, psicológicas e emocionais deste e de sua família (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009). Para fins deste estudo, utilizou-se como base os elementos e ações descritos nos trabalhos de Coughlin, Gibbins e Hoath (2009) e de Altimier e Philips (2013), a saber: ambiente curativo, família, qualidade do sono, redução da dor e estresse, além de nutrição, posicionamento e cuidados com a pele.

O ambiente curativo diz respeito à parte física (luz, som e temperatura) e sensorial (tato, olfato, audição, visão e paladar) bem como à exposição a fatores químicos (medicamentos e alimentos) (ALTIMIER; PHILIPS, 2013), acrescentando-se elementos relacionais da equipe de saúde e protocolos que sustentem todas as condições citadas garantindo tal característica (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH 2009).

Com relação à família, é apontada a importância de um cuidado que os considere como elementos centrais, considerando as condições adversas aos quais foram submetidos. Assim, destacam-se a identificação e resposta às necessidades familiares, com atenção aos sentimentos e experiências vividas, promovendo a participação desta unidade nos momentos decisórios e interventivos (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009; ALTIMIER; PHILIPS, 2013).

Quanto ao sono, atribui-se sua importância ao fato de influenciar na plasticidade cerebral e, considerando que a proteção sensorial e comportamental é formulada através do conhecimento e respeito das respostas fisiológicas individuais do prematuro (ALTIMIER, PHILIPS 2013), torna-se essencial a avaliação, respeito e documentação do estado de (in)atividade do recém-nascido (RN) na execução do cuidado. Acrescenta-se a oferta de um ambiente que favoreça o ciclo circadiano, em que não haja luz e sons excessivos (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009; ALTIMIER; PHILIPS, 2013).

Sobre a redução da dor e estresse, aponta-se serem necessárias avaliação e documentação diárias daquilo que é experienciado pelo recém-nascido e realizado enquanto formas de manejo, com compartilhamento de informações com a família (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009). A importância dessa medida se dá pela exposição precoce do RN a estímulos dolorosos e procedimentos isoladores, os quais geram consequências à sua maturação (ALTIMIER; PHILIPS, 2013).

Por fim, o posicionamento, nutrição e cuidados com a pele compõem o grupo de “atividades desenvolvimentais da vida diária” (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009), que demandam avaliação, oferta e documentação de ações acerca da garantia de conforto, estabilidade, integridade da pele e oferta alimentar, considerando-se a individualidade e condições de cada RN, com apoio à prática de aleitamento materno (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009; ALTIMIER; PHILIPS, 2013).

4.5.2 Os participantes e a conduta do estudo

O critério de seleção dos participantes foi ser enfermeiro atuante em pelo menos uma das unidades neonatais supracitadas. Assim, inspirado nos direcionamentos da IA, após conversas de planejamento com a gerente de enfermagem e a coordenadora da UTIN de cada instituição, separadamente, fez-se o contato pessoal com cada enfermeira, intermediado pela respectiva chefia. Neste momento, os procedimentos éticos preconizados foram efetivados e estão tratados no item respectivo.

A coleta de dados ocorreu por meio de observação estruturada não participante, entrevista semiestruturada e análise documental (registros de enfermeiros em prontuários), de forma partilhada com a mestrande Bruna de Souza Lima Marski. Os dados que constituem apreciação das boas práticas compõem os trabalhos dessa autora, já mencionados no capítulo 1 deste trabalho, trajetória percorrida e delimitação do tema. Destaca-se que a utilização do diagnóstico situacional e de uma reanálise dos dados oriundos da observação estruturada não-participante e da entrevista semiestruturada que o gerou para o planejamento do processo formativo que compõe esta pesquisa de doutorado.

No intuito de aproximação com os enfermeiros, apropriação da unidade e da dinâmica de trabalho deles, foi efetivado no período de 09 de setembro de 2016 a 10 de outubro de 2016, a observação estruturada não participante de dois plantões de 12 horas para cada um dos 11 enfermeiros que aceitou integrar o estudo. Nesta etapa, foram excluídos cinco participantes em potencial, por razões de férias ou de licença saúde.

A observação estruturada participante é uma estratégia de coleta de dados recomendada às pesquisas qualitativas, em especial quando há o entendimento de que um olhar direto de um evento ou fato contribuirá com a compreensão do mesmo (MINAYO et al., 2009).

Para Fernandes e Moreira (2013, p. 524),

As situações nas quais a observação participante se faz necessária são aquelas onde o pesquisador tem que buscar o entendimento das relações entre pessoas e instituições, assim como as práticas estabelecidas, as visões de mundo e as opiniões dos sujeitos investigados, elementos que não seriam (bem) captados por outras técnicas de investigação.

A observação desenvolvida deve ser registrada de forma sistematizada, tomando aspectos selecionados pelo pesquisador e intimamente articulados com o objeto e objetivo do estudo. A concepção é de que a *“presença do pesquisador no campo, por mais discreta que seja sua observação, é participação [...] o pesquisador nunca deixará de ser um estranho, dado que assume uma conduta diferenciada dos sujeitos investigados.”* (FERNANDES; MOREIRA, 2013, p. 521).

Acompanhando colocações relacionadas à observação, especificamente:

Não se pode deixar de lado a noção de que há espaço para que se conjugue a observação participante com outras técnicas, como as de grupos focais ou de entrevista, no intuito de aprofundar questões que possam ter surgido durante a observação e que requeiram o uso daquelas ou de outras técnicas de investigação.” (FERNANDES; MOREIRA, 2013, p. 524)

Deste modo, um segundo movimento foi o de entrevistar os enfermeiros acerca de suas práticas assistenciais, a fim de favorecer a narrativa sobre as mesmas, quando rememorassem e refletiriam aspectos significativos, com visibilidade aos princípios direcionadores, de forma contextualizada ao seu cenário setorial e institucional.

A modalidade de entrevista adotada foi a semiestruturada, a qual combina perguntas previamente estabelecidas com outras que podem ser incluídas durante o processo, dando liberdade para o entrevistado na abordagem do objeto de estudo. Intenciona-se o alcance de uma interação que favoreça profundidade de informações (MINAYO, 2012).

Antecipadamente, realizou-se entrega de sulfite para resposta escrita à questão: Pense no seu cotidiano de trabalho e continue a frase “Para mim, cuidado desenvolvimental é?”. O conceito apresentado constituiria o tópico afirmativo, que corresponde ao foco da investigação, e guiaria o desenrolar da entrevista. Assim, na sequência utilizou-se como elemento disparador utilizado para o *rappaport*: “Diante do seu conceito de cuidado desenvolvimental, como você entende que consegue desenvolver e inserir em seu cotidiano de trabalho ações que protegem e promovem o desenvolvimento do recém-nascido crítico? Dê um exemplo”.

Um instrumento com as questões norteadoras (Apêndice A) foi adotado, sem fixidez, na condução das entrevistas e no decorrer outras questões foram sendo acrescentadas para explorar o cuidado ofertado e as prospecções de melhorias

Desenvolveu-se a entrevista de forma individual, no espaço de trabalho, em horário previamente estabelecido, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Sob autorização dos participantes, houve gravação em dispositivo áudio digital a fim de facilitar a obtenção da narrativa e evitar a perda de dados significativos. Prosseguiu-se com transcrição na íntegra e análise conforme os referenciais descritos anteriormente.

Essa estratégia, entrevista, foi prospectada como recurso a ser reutilizado ao longo do processo, visando colaborar com a obtenção de dados para as demais fases da IA. E, ainda, em termos de dispositivos para a coleta de dados, foi utilizado o diário de pesquisa, sobretudo nos tempos da intervenção. Tal instrumento é amplamente adotado em pesquisas sociais, em especial na área de educação, e consiste em um bloco de anotações contendo dados referentes ao objeto do estudo e as experiências vividas, tanto em teor descritivo quanto reflexivo (MARQUES, 2016). Para Araújo (et al., 2013, p.53), “[...] Sua finalidade se mostra não apenas o registro das estratégias metodológicas empregadas na condução do processo de pesquisar

em saúde, mas também se constitui em um modo de compreender o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões e inter-relações.”

Ao considerar o diário de campo enquanto um “tecnologia na pesquisa”, Araújo (et al., 2013, p.53) o empregaram enquanto “[...] *modo de apresentação, descrição e ordenação das vivências e narrativas dos sujeitos do estudo e como um esforço para compreendê-las[...]*” e “[...] *para retratar os procedimentos de análise do material empírico, as reflexões dos pesquisadores e as decisões na condução da pesquisa [...]*. Afirmam que assim, “[...] *ele evidencia os acontecimentos em pesquisa do delineamento inicial de cada estudo ao seu término.*

Cabe destacar que, ao início da intervenção formativa, o quadro profissional já não era o mesmo existente no período de coleta. Da totalidade de enfermeiros das unidades, seis não integraram o estudo pelos seguintes motivos: um de licença maternidade, um de férias, dois deixaram os cargos na UTIN, um solicitou a não participação e um por integrar no grupo de pesquisa no qual foi discutido este estudo. Frente a isto, inicialmente, a quantidade de participantes foi de nove enfermeiros.

E então, com essa fase em andamento, houveram duas perdas e quatro entradas, sendo a primeira razão a mudança de local de trabalho e, a segunda, por solicitação de saída. Assim, durante a maior parte da intervenção e até seu término, contou-se com 11 participantes.

Entende-se que os participantes são de suficiência ao escopo deste estudo, uma vez ter existido esforços de abranger a totalidade de enfermeiros das unidades e serem representativas, para o fenômeno em exploração, as ações e informações expressas pelos mesmos (MINAYO, 2012). Embasado nesse olhar é que se desenvolveu essa parte de coleta de dados.

Por fim, considerando que os dados oriundos da dissertação de mestrado intitulada “Cuidado desenvolvimental da teoria à prática do enfermeiro em unidade neonatal” (MARSKI, 2017) é um dos pontos de partida para o planejamento do processo formativo com os enfermeiros atuantes em UTIN, julga-se oportuno apresentar brevemente os resultados obtidos.

A pesquisa de mestrado acima teve como objetivo analisar como os enfermeiros incorporam em sua prática assistencial o cuidado desenvolvimental ao RNPT hospitalizado na UTIN. Adotou como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e como referencial metodológico a Análise de Conteúdo de Bardin, tendo sustentado a coleta de dados em triangulação. Nesse sentido, acrescenta-se que foram analisados registros de enfermeiros em 10 prontuários.

Com relação aos participantes, obteve-se 11 enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de um município paulista, sendo 10 mulheres e um homem, com idade entre 25 e 44 anos, e com tempo de formação de dois a oito anos. O período em que atuavam em UTIN variou entre dois meses e sete anos. Sete enfermeiros eram especialistas em Enfermagem Neonatal.

Da análise dos resultados deu-se a construção de cinco categorias temáticas: Cuidado Desenvolvimental e Gestão do Cuidado; Cuidado Desenvolvimental e Família; Cuidado Desenvolvimental e Ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Cuidado Desenvolvimental e Dor; e Cuidado Desenvolvimental e Pele. Nelas estão descritas a relação que o enfermeiro detém com o CD e sua prática assistencial, a partir do que compreendem sobre o CD em triangulação com os demais dados.

Concluiu-se que os enfermeiros participantes do estudo detêm conhecimentos sobre parte dos aspectos implicados no CD, entendem sua relevância para uma prática de cuidado qualificada e segura ao recém-nascido crítico, assim como a sua família e que há desejos expressos em ampliar sua presença na prática assistencial. Contudo, em quase todas as dimensões, os pesquisadores notaram incongruências entre o executado/registrado (elementos atitudinais), sendo o risco ou vigência da dor elemento de maior correlação entre conhecimento e comportamento atitudinal. Nas demais dimensões do CD mencionadas ou trazidas na prática (família, ambiente, manipulação, aleitamento materno/nutrição), foi diagnosticado falta de correlação entre o fazer e o saber.

O estudo traz que a efetivação da assistência pode ser dificultada pela escassez de recursos, assim como a planta física, filosofia de trabalho com relações submissas, falta de sensibilização dos profissionais, atrelada à ausência de reflexões acerca dos paradigmas de atenção à saúde. Deixa posto a necessidade de Educação Permanente (EP) junto aos enfermeiros na direção de um processo educativo crítico e dialógico, fortalecendo a autonomia do enfermeiro para a efetivação do cuidado com alcances para a reflexão da prática assistencial, com vistas a transformação comportamental e incorporação do CD.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados empíricos, provenientes das entrevistas e observação foram transformados em texto e passaram por processo analítico temático (MINAYO, 2012). Tal

método foi aplicado também aos registros desenvolvidos pelos enfermeiros no recurso de interação selecionado e aos registros em diário de campo geraram notas de pesquisa, as quais sofreram, enquanto textos os processos analíticos, ambos gerados ao longo da intervenção.

A análise foi ocorrendo de forma concomitante à coleta de dados e fases do estudo. O primeiro movimento foi de analisar os dados obtidos nas entrevistas e observações, uma vez ser de intenção utilizá-los para disparar a proposta interventiva.

Leituras exaustivas do texto oriundo das observações e entrevistas foram desenvolvidas para apreender as práticas dos enfermeiros e questões implicadas nelas, como valores, imposições institucionais e outros símbolos e crenças integrantes e determinantes das mesmas. A seguir, ainda derivado destas leituras, trechos, expressões, palavras significativas e outros símbolos foram destacados, num esforço compreensivo intenso para então desenvolver codificação temática para posterior formação de categorias. Essas são entendidas enquanto um conjunto de expressões/excertos com semelhança e/ou complementariedade no significado, com possibilidade de relacioná-los em torno de um tema que os integra. Portanto, o tratamento analítico dos dados alcançou categorias temáticas a partir das quais os resultados obtidos estão apresentados.

Em síntese, a sistematização dos dados na modalidade temática volta-se à descrição do conteúdo das mensagens por indicador temático, com atenção às percepções manifestas acerca de objetos e seus fenômenos, valorizando o significado veiculado (MINAYO, 2012).

É válido ressaltar que os dados da fase *discovery* são provenientes dessa fase, por meio de apreciação dos resultados da fase diagnóstica escrita por Marski (2017) e reanálise dos dados brutos, oriundos das entrevistas e observação, a fim de identificar princípios sustentadores do cuidado. Tal decisão se ancorou no entendimento de serem eles o elemento fundamental e de sustentação das práticas, capazes de contribuir, juntamente com o diagnóstico de boas práticas, para identificação das posses e belezas do contexto de estudo, que resultaria na construção dos disparadores do processo apreciativo/interventivo almejado.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo desenvolvido atende às recomendações éticas brasileiras para pesquisas com seres humanos. Neste sentido, o projeto foi primeiramente apresentado à comissão de gerenciamento das unidades neonatais de ambos os serviços hospitalares mencionados acima

e, com a anuência dessas, foi apreciado pela Comissão que trata de estudo institucional, quando recebeu formalmente o documento oficializando autorização para o estudo.

A seguir, o projeto e outros documentos foram submetidos para apreciação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, para análise segundo as recomendações da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) e Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016b), do Conselho Nacional de Saúde. Recebeu parecer favorável, registrado sob nº 1.904.898 e CAAE 55329516.0.0000.5504 (ANEXO A). Todos os participantes diretos (enfermeiros) assinaram o TCLE.

A fim de manter o sigilo de identidade, codificou-se os enfermeiros com a letra E seguida de número arábico, de acordo com a ordem de entrevista na fase de coleta (de 1 a 9), com exclusão de dados das duas que solicitaram não participar da intervenção, seja desde o começo ou ao longo dela. Foram acrescentados em sequência, os números daquelas que tiveram inserção já com a intervenção em andamento.

Os excertos foram submetidos à correção ortográfica e gramatical.

Resultados

Os resultados vêm do aproveitamento de oportunidades e não da solução de problemas. A resolução de problemas apenas restaura a normalidade.

Oportunidades significam explorar novos caminhos
(Peter Drucker)

5. RESULTADOS

Este estudo está apresentado tomando o ciclo 4D, cabendo ressaltar que o processo dialógico direcionador do método ocorreu de forma dinâmica, culminando em abordagens simultâneas de elementos que diziam respeito a todas as fases. Para melhor entendimento, os resultados estão apresentados em três blocos: 5.1 Princípios norteadores das práticas de enfermeiros em UTIN; 5.2 Manejo do ciclo 4D no desenvolvimento da intervenção educativa; 5.3 Movimentos de participação diante de propostas e estratégias ofertadas em intervenção educativa.

5.1. PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS PRÁTICAS DE ENFERMEIROS EM UTIN

A análise das entrevistas e observações permitiu apreender dois princípios norteadores das práticas assistenciais de enfermeiros em UTIN, os quais estão apresentados a partir das categorias temáticas “Promover desenvolvimento e conforto ao RN” e “Qualificar o cuidado em UTIN”. Os esforços nessas direções têm como obstáculo o contexto da UTIN, avaliado enquanto pouco favorável para a efetivação dos mesmos, o que determina uma “luta sem fim”.

Ah, eu acho que é uma luta sem fim (risos), porque estímulos a gente sempre vai ter em excesso (na UTIN) e tentar olhar todos os dias de que forma a gente pode contribuir para diminuir isso, de que forma ajudar a criança a se desenvolver é desafiador. [...] A criança é biopsicomotora, então a gente tenta zelar tanto para favorecer o desenvolvimento dela fisiológico, o amadurecimento dela, toda a parte fisiológica dela para que ela tenha plena... suas funções estejam plenas e autônomas. [...]. A gente tenta diminuir ao máximo os estímulos, que dentro de uma UTIN são muitos os estímulos, de uma forma muito grande, muito agressiva. [...] tenta estimular para que a gente não tenha tanto barulho, que os alarmes sejam tirados o mais rápido possível, a luz... que a incidência seja menor, que a temperatura seja adequada, que não tenha tanta oscilação de temperatura porque isso interfere na parte fisiológica, também na parte de ser agradável para o bebê, que ele tem que ter um ambiente mais tranquilo. E a gente tenta acomodar eles na incubadora de uma forma que isso não interfira no desenvolvimento dele, então ele tem que ficar numa posição alinhada para que esse desenvolvimento dele não seja prejudicado por posicionamento. E na parte psicológica que a criança começa já interagir tão logo com seus familiares, tanto com a mãe, quanto todos os outros familiares, e tanto com a equipe também. A gente preza bastante que as crianças recebam não só o cuidado como uma rotina, mas que isso seja de acordo com a necessidade de cada criança mesmo,

e aí tentar estimular o olhar mais humano dos próprios funcionários [...]. Pensando também assim no meu contato com as crianças, de fazer de uma forma mais humanizada, cada dia tentar olhar de uma forma diferente, cada dia tentar aumentar a sensibilidade, ver realmente as necessidades da criança não só as necessidades técnicas, mas também toda necessidade de afeto e de carinho, tentar (pensa), tentar ofertar mais um pouquinho mais para essas crianças. E ter essa aproximação dos pais. (E1)

5.1.1 Categoria Temática “Promover desenvolvimento e conforto ao RN”

Garantir o atendimento das necessidades do RN é mencionado como norte assistencial nas situações de enfermagem, quando destacam a questão da proteção do desenvolvimento e promoção do conforto. Entendem que olhar e presença sensíveis, atentos e pacientes são elementos integrantes do cuidado, importantes para identificar e agir sobre as demandas, em especial quando o estresse e agitação se fazem presentes e há intenções de acolhimento que extrapole o fisiológico. Observaram-se muitos momentos em que o cuidado incluía ações de carinho, aninhamento e proferimento de palavras gentis.

Olha, eu acho que eu... a cada dia eu vejo isso de uma forma diferente, a cada dia a gente vai se renovando, vai amadurecendo, vai vendo que realmente isso é muito importante. Para mim, hoje é fundamental, acho que um dos pilares da neonatologia realmente é proteger a criança [...] Porque é uma coisa que vai influenciar a vida inteira dela. (E1)

Então uma coisa que eu faço bastante assim, mas que também acho que ainda algumas pessoas utilizam mais e outras menos é com relação ao bebê agitado, chorando. Ter paciência para ficar do lado da incubadora, achando, tentando descobrir o que ele quer, qual que é a demanda dele naquele momento, né? [...] Eu fico do lado da incubadora meia hora até descobrir o que ela quer, pego no colo, canto uma música porque eu acho que... porque eu sei que isso vai refletir, esse estresse vai refletir de uma forma negativa no futuro daquela criança. (E5)

Eu acho que assim eu estou promovendo o desenvolvimento... não deixando o paciente desprotegido, protegendo, não sentindo dor, diminuindo a dor, proteção térmica, na hora da punção, na hora do exame. Essa é uma forma de proteção do desenvolvimento. Mas, na hora de fazer a caminha, do ninho, né? Na hora de aninhar, de colocar no ninho a gente está protegendo o desenvolvimento, né? (E7)

Na ausência da mãe, ao identificar o desconforto de um RN o usual foi verbalizar algo para ele na direção da percepção ou questionamento do desconforto e ofertar a sucção não nutritiva como recurso organizatório. Por exemplo, fala a um RN que estava nitidamente agitado: “Que braveza, (nome da criança)! Por que você está bravo assim? Vamos cobrir!”. Em seguida cai saturação de oxigênio e ela se

levanta, desliga alarme e oferece sucção não nutritiva, pois até aquele momento a criança não havia parado de chorar.” (Nota de campo – observação).

Significam que o desenvolvimento neurocomportamental do RN tem relação direta com a forma como o profissional interage com ele, assim, utilizam-se de saberes e habilidades próprios da profissão para tomar decisões acerca do cuidado e cumprir, portanto, o que for de sua responsabilidade. A relevância do atitudinal do profissional e da responsabilidade acerca do cuidado ofertado associa-se ao entendimento de que tudo gera desdobramentos ao desenvolvimento, podendo esses serem positivos ou negativos.

[...] estar presente ao lado do recém-nascido, não deixar, é, ver o paciente não como mais um, ter um cuidado como se ele fosse único, um cuidado junto com o funcionário, tomar a frente mesmo, não deixar o paciente sozinho, não deixar o ambiente abandonado. Eu tomo a frente mesmo, eu cuido como se fosse meu. Todos os cuidados pertinentes àquele caso, faço tudo o que cabe a mim. [...] Então eu fico muito preocupada com esses detalhes [montagem do leito e do ninho, posicionamento], que são o que mais para frente são importantíssimos no desenvolvimento. (E7)

Ah, desde qualquer parte que você vai fazer, né? Desde o início do cuidado até todos os procedimentos, do jeito que você vai posicionar esse bebê numa incubadora, de como você vai colher esse exame, do jeito que você vai pegar... tudo, né? Até então ele é neutro, vamos se dizer, ele não sabe nada. Então o que a gente fizer para ele é o que ele vai começar a reconhecer para o seu desenvolvimento [...] eu acho que vai do nosso cuidado, como a gente faz a sucção não nutritiva quando eles estão muito estressados e muito chorosos [...]. Então eu acho que é o ver né, ver o bebê como um ser humano mesmo, que depende da gente e que tudo que a gente vai fazer vai influenciar no desenvolvimento deles, [...] o que ele vai ser quando ele sair daqui, porque a gente não sabe é uma caixinha de surpresa um bebê prematuro. A gente vai saber se ele teve sequela ou não quando ele tiver uns dois anos de idade, que é quando começa mesmo o desenvolvimento, que vai vendo se vai andar, se não vai, se vai sentar, o que vai acontecer né... Então eu acho que é o primordial a gente tomar o cuidado nesses primeiros dias, porque era para ele estar na barriga da mãe e se era para ele estar na barriga da mãe a gente tem que promover os cuidados como se ele estivesse na barriga da mãe, né? Porque tudo que a gente for fazer vai influenciar. [...] eu acho que a vida deles é em nossas mãos, é o nosso cuidado mesmo, né?! (E3)

Sim, é tudo importante para o desenvolvimento do bebê, porque a gente está trabalhando com vidas né, então você tem que auxiliar para ele ir embora logo, para ter alta, o bebê desenvolver para crescer e ir embora. Todas as ações são importantes, que são bem-feitas, são tudo importante para o bebê. (E6)

Os enfermeiros reconhecem que a condição de prematuro e ida à UTIN impõe um contexto de desenvolvimento não ideal à criança, sendo dever das práticas profissionais promover um ambiente protetor do desenvolvimento e livre de danos.

[...]o nascimento prematuro traz várias consequências [...] Ah, a gente tenta cuidar do paciente em geral, tenta atender o que está ao nosso alcance, as necessidade de desenvolvimento. (E5)

[...] só de não causar dano para criança, que ela tenha um desenvolvimento normal, isso para gente já é um ganho muito grande! Porque está dentro de uma UTI, num ambiente que não é propício, tem muito estímulo, tem muita manipulação, tem muita exposição. Se a gente conseguir que a criança tenha um desenvolvimento adequado para idade dela, isso já é um ganho... Saber que ela vai sair daqui e vai ser uma criança sem nenhuma iatrogenia, que a gente não causou nenhuma iatrogenia, que a gente não influenciou de modo negativo nesse desenvolvimento dela. (E1)

Conciliar conforto com os preceitos de desenvolvimento é considerado pelos enfermeiros desse estudo, com necessidade de intervir nessa direção. Nesse sentido, em meio a um processo que envolve reflexões e ações, surgem medidas relativas ao posicionamento, sono, controle de ruídos/iluminação do ambiente e aproximação da família por meio do cuidado canguru. Ademais, a discussão acerca dos efeitos da manipulação, bem como de ser manipulação mínima protetora do desenvolvimento e promotora do conforto é trazida por alguns participantes. Em alguns momentos de observação não foi possível notar tais cuidados.

[...]Um posicionamento mais confortável que não vai atrapalhar futuramente o movimento. [...]Tipo, aproximar mais os pais, fazer o canguru, que é uma coisa que comprovadamente, a gente vê claramente que tem uma melhora do bebê tanto da agitação, quanto da respiração, da frequência cardíaca. Isso é comprovado e é muito claro da gente ver na hora que a gente faz esse tipo de ação (E5)

À noite a gente tenta fazer um banho para tentar acalmar a criança, a gente tenta às vezes colocar na rede para que à noite ela fique mais acolhida... acho que são mais essas ações de diferente que a gente tenta fazer mais à noite. Porque a gente tentar não manipular tanto a criança para que ela tenha um período de descanso. A gente tenta fazer isso bastante no período noturno, que a gente tem no período... a gente tem a hora do soninho que a gente tenta não manipular as crianças, tenta agrupar os procedimentos, ou antes ou depois, e só faz realmente os procedimentos que são indispensáveis. Então fica um horário sem a gente tocar para que elas tenham um momento de repouso com a luz baixa e sem ruído. (E1)

Quanto mais a gente manipula o bebê, ele fica mais estressado. Pode ver, pode por alarme, se a gente deixar ele quietinho na incubadora e se a gente não mexer, eles vão continuar dormindo tranquilamente. Mas quando vai manipular eles ficam estressados. Então a gente está tentando, no meu plantão pelo menos, diminuir a manipulação para diminuir o estresse do bebê. E com isso aumenta o ganho de peso, melhora tudo, todas as funções, metabolismo, melhora tudo! [...](E7)

[...] eles precisam daquela manipulação mínima e eu acho que é muito importante, tem várias coisas...tem manter o máximo de conforto desse RN [...]então a gente tem essa vivência de manipular pouco a criança, manipular pouco não significa deixar lá a criança e não dar assistência, existe uma diferença, tá? Muita gente confunde, né? Tipo, o paciente está lá acamado – aí, manipulação mínima! – daí não faz nada também. Aí você vai gerar um prejuízo para o paciente, né? Você tem que fazer, o que tem que ser feito você vai fazer, agora você tem que concentrar as medidas. Vai ver sinais vitais, já faz as medicações, já vai dar o banho, já faz a pesagem – Ah, vou pesar agora e daqui a pouco vou dar o banho – então daqui a pouco você vê sinais e você volta para ver medicação! Você pode organizar suas ações, não deixar de fazer. Porque manipulação mínima não é sinônimo de não fazer as atividades que tem de ser feitas, é simplesmente coordenar elas para que sejam feitas e agrupadas em um intervalo maior de tempo [...](E4)

A manipulação mínima não denotou ser uma preocupação. As ações são feitas aparentemente a partir de uma rotina, quando os RNs são examinados em algum momento do plantão, a coleta de exames é feita imediatamente à solicitação médica, sem aparente reflexão se pode ser desenvolvida junto com alguma outra manipulação que a criança sofrerá. (Nota de campo – observação)

Após as manipulações raras são as vezes em que se pode perceber preocupação explícita com o posicionamento da criança. Isto ocorre mais frequentemente quando a posição da criança está por demais de estranha, como quando um RN estava quase a se encaixar entre a cúpula e a bandeja que sustenta o colchão da incubadora. (Nota de campo – observação)

Fala em vários momentos sobre a importância do ‘horário de soninho’ e do quanto valoriza tal momento. Contudo, nada disse ou fez quando as técnicas que voltaram do descanso iniciaram a manipulação e acenderam as luzes próximas às incubadoras por volta das 2h30. Ademais, outro RNPT foi constantemente manipulado pela tentativa de fixar sensores e posicionar fonte de oxigênio durante cerca de trinta minutos desse período. (Nota de campo – observação)

Nesta linha de promoção do bem-estar e conforto da criança, reconhecem a importância da presença materna para o desenvolvimento e recuperação desta. Preocupações e atitudes relativas à pertença da criança, apostas no desenvolvimento do apego e formação do vínculo e

do acolhimento das necessidades da família diante da internação da criança são apontadas enquanto integrantes do cuidado.

[...] têm estudos que comprovam que o bebê se desenvolve melhor, ele recupera melhor quando a mãe está presente, né? Aqui eu acho muito limitado o tempo que mãe passa com o bebê. Eu acho que isso ajuda muito na recuperação. [...] (E2)

[...] a mãe transmite essa calma para o bebê, ela consegue transmitir para o bebê, ela cuida com carinho [...] Ah, isso ajuda né, no desenvolvimento da criança, ajuda bastante, ela [criança] sente né, quando a mãe está ali pegando na carinha, ela sente todo esse carinho da mãe. [...] isso é importante para o bebê. A gente fala às vezes, que é importante falar para elas - Quando você vir, pode tocar no bebê, ele vai sentir você, conversa com o seu neném, ele vai ouvir sua voz, ele sabe que você está aqui. É importante isso para ele, né? (E8)

[...] Às vezes eu passo e vejo, às vezes está com a foto ligada, e os pais olhando, e eu falo para equipe - gente, desliga a foto, tira o protetor, pergunta se os pais querem tocar a criança. - Senão fica muito vago, né? Acaba de ter um filho, mas ao mesmo tempo, apesar de estar aqui não tem, não tem contato, não tem proximidade nenhuma, é distante. [...] (E9)

Pensando de quando uma criança chega na unidade, a gente tenta mostrar para família que por mais que ela esteja na unidade, essa criança é dela, que ela pode tocar, que ela pode conversar, que os laços eles têm que ser criados. Então a gente tenta favorecer que, nesse primeiro momento quando a criança chega, que isso já seja realizado, que o pai, ou a mãe, ou a família que tiver já tenha o contato direto com a criança. Então eu tento respeitar até o momento dele ficar só, para ele conversar com essa criança, para ele tocar, para ele sentir que realmente agora é uma vida extra útero, que nasceu, que vai desenvolver os laços afetivos a partir dali, que antes tinha barreira e agora não tem, que por mais que esteja numa UTI é uma criança que precisa de carinho, precisa de atenção. E no dia-a-dia a gente tenta deixar próximo, por mais que a criança esteja assim, entubada, a gente tenta aproximar mais essa família, tenta estimular que tenha... que esses pais tenham contato direto, que eles conversem. Quando eles não se sentem muito à vontade, tentar abrir um espaço para que eles falem o que está deixando eles aflitos, tenta ver essa forma de compreender o outro lado também. [...] essa aproximação da família, eu acho que continuamente eu estou tentando melhorar, tentando resgatar isso em mim para que isso reflita mais no cotidiano da criança mesmo. E assim, não tem como olhar a criança e não olhar a família, é um contexto. Eu acho que para mim, o que eu tenho tentado fazer todos os dias de diferente é tentar envolver bastante, pelo menos no horário da visita. Como a gente tem horário da visita noturna, tentar envolver mais esses pais. É ao mesmo tempo um momento que eles querem ficar só com a criança, respeitar aquele momento deles e deixar realmente... aquele é o período de visita que eles aproveitem mesmo, da forma que eles achem que é o melhor. (E1)

Vislumbram ainda que a presença na UTIN e as relações com a equipe podem empoderar a família e favorecer o desenvolvimento da sua autonomia para o cuidado da criança.

[...] Então como que a família vai se aproximar do cuidado? Vai se inteirar, vai criar um vínculo maior, mais eficiente? Ou vai mesmo só saber das coisas que acontecem, da rotina, do jeito do bebê, da personalidade da criança, se eles vão ficar com ele só em casa? (E5)

Quando essa criança for, se os pais tiverem esse contato precoce no hospital, quando essas crianças forem para casa, é tudo mais fácil. Se é uma família que não teve contato no hospital, a dificuldade em casa é muito maior. Tem mãe que não vem na visita, tem até uma aversão da criança, não tem contato. A criança desce para o berçário e a família não vem cuidar, não vem dar os cuidados... e quando for para casa? Como vai ser? A gente se questiona! Não teve contato aqui e quando levar a criança para casa, às vezes tem um broncoespasmo e vai ter cuidados com a vida, e a família não sabe. [...] (E9)

Mesmo valorizando o contato da criança com a família, por vezes se omitem frente a necessidades informacionais identificadas, gerando o oposto do almejado.

[...] às vezes a família leiga não sabe, que eles têm direito a isso (fazer a posição canguru) e a criança precisa disso. Às vezes, uma família mais estruturada e instruída sabe e acaba pedindo, aí a gente tenta... Dá uma empurrada na incubadora, coloca uma poltrona e tenta fazer, mas é muito pouco. Agora a família leiga não pede! Tem medo e a gente também não acaba oferecendo, então acho que é bem falho [...] a gente sabe que é importante e essa família só vai ter contato quando vai para o berçário. Nasceu uma criança muito baixo peso, isso demora dois meses para acontecer, então é uma coisa do tempo ser importante. (E9)

Apesar dos benefícios reconhecidos, algumas trazem ressalvas por entender que a manipulação da criança pela mãe/família pode acarretar riscos relacionados à interrupção de terapêuticas instituídas e em razão de se sentirem limitadas e desconfortáveis com essa presença. Ademais, têm indagações sobre o real benefício de estar presente nas situações em que há grande instabilidade clínica do RN.

[...] a gente deixa os pais virem, as mães acabam ficando o dia inteiro. Muitas vezes quando o bebê está entubado a gente coloca ele no colo da mãe, mesmo com todos aqueles aparatos inteiros. Eu acho que isso é uma coisa que a gente não fazia e ultimamente a gente está fazendo. Porque é um risco, né? Ele pode se extubar porque vai para o colo da mãe, ela não sabe o jeito de pegar e tem aquele monte de coisa na

criança. Mas ao mesmo tempo é importante para ele e a gente é que proporciona, né? Se a gente não fizer ninguém vai fazer! [...] (E3)

Olha, quando a criança está muito grave é muito sofrido para família ver a cada momento um alarme, isso deixa muito... a família muito estressada, causa uma ansiedade muito grande para criança. Então ver aqueles pais chorando, sentir aquelas lembranças que eu acho que não é tão confortável para a criança e nem tão saudável para a família... [entonação diferente]. Ao mesmo tempo tento entender que a família quer fazer parte desse momento, quer estar ali, mas eu não sei até que ponto, ainda não consigo definir até que ponto que isso é benéfico para as duas partes. Mas assim, para as crianças que já estão estáveis eu acho que é muito válido, porque na verdade isso aqui é só um período em que elas vão estar... É como se, se eles viessem em alguns períodos para ver a criança e estivessem pulando essa fase da criança. E é importante os pais acompanharem, é importante eles estarem juntos, por mais desconfortável que seja para nós da enfermagem. Porque muitas vezes dá uma certa limitação da gente chegar, da gente prestar o cuidado mesmo, então a gente se sente um pouco limitado. Mas é uma coisa que é adaptável, a gente precisa se adaptar porque as crianças não são nossas, a gente está aqui só para favorecer esse momento e os pais, eles têm que fazer parte desse momento. (E1)

5.1.2 Categoria temática: “Qualificar o cuidado em UTIN”

A qualificação do cuidado é outro princípio dotado pelas participantes e, para tanto, ponderam dois núcleos de ação: formação própria/ da equipe de enfermagem e transformação de processos de trabalho, com destaque a interprofissionalidade, inserção da família na UTIN e manejo das relações de poder.

Para uma das enfermeiras, a própria realidade aponta a necessidade de qualificação e este é um princípio que ela adota para si, investindo em estudos por conta própria. Já outra, demonstra interesse e valorização de cursos de educação em serviço, significando-os como recurso para melhor oferta de cuidado ao prematuro. Em sua fala, é possível perceber o desejo em vivenciar abordagem de temáticas que vão para além de técnicas.

Assim, quando eu entrei para UTI neo eu sempre tentei estudar bastante a respeito das patologias, das crianças... e aí por um tempo eu me interessei muito pelas patologias e depois acabei encontrando, assim, muitas referências a respeito de desenvolvimento da criança, tanto motor, quanto psicológico, quanto biológico. Eu vi quanto importante são as ações para ajudar e favorecer o desenvolvimento delas. [...] Eu acho que depois de um tempo que eu trabalhava na UTI da (nome da instituição) eu comecei a ver de forma diferente as necessidades das crianças. De uma forma diferente não só no cuidado técnico, mas numa forma mais ampliada. Eu acho que assim, cada

criança vai ensinando para gente, vai mostrando as necessidades dela e quando você começa a ignorar, você não consegue ignorar por muito tempo. Você acaba tendo que parar e refletir um pouco sobre as suas ações, não só com essa criança, mas com todas as crianças. Então assim, eu acho que elas mesmas acabaram me mostrando essa necessidade, o quanto que elas precisavam de uma visão mais ampla. (E1)

Já tive, aqui tem palestra, essas coisas, mas em outros hospitais que eu trabalhei, eles tinham tipo uma orientação, vamos fazer assim porque vai melhora... Eu fiz um monte de curso de aleitamento materno que auxilia no desenvolvimento do bebê, e sempre falavam, nos outros lugares que eu trabalhei. Aqui a gente não tem, outro dia teve um de respiração só, de ventilação mecânica, aspirar o bebê, mas não de cuidados com o bebê, acho que seria legal se tivesse uma orientação de cuidados com o bebê. [...] Falaram que ia ter alguns cursos, palestras, e era para colocar no papel aquilo que era mais importante, mas acho que o que mais saiu era curativo, aspiração de tubo orotraqueal, traqueostomia, lavagem das mãos que já foi falado... a CCIH sempre vem a fala de lavar as mãos. Mas é importante isso aí, eu sinto falta disso aqui dentro. (E6)

No quesito formação da equipe de enfermagem, interveem para o despertar da atenção para um atitudinal mais afetuoso, envolvido com a promoção da ambiência e o interesse pelas necessidades da criança e pais/família, além de prevenção de práticas assistenciais promotoras de efeitos indesejados. As participantes referem mobilizar esses aspectos nas relações cotidianas por meio de diálogo e supervisão.

[...] toda mobilização da equipe, de elas (técnicas de enfermagem) tentarem ver dessa forma, tentarem ver a criança não só como um instrumento de trabalho, mas sim como um ser humano que precisa de carinho, que precisa de atenção. Então assim, acho que vem dos cuidados mais básicos, da execução dos cuidados que tem que ser de uma maneira mais carinhosa, de uma maneira mais afetuosa, de não só eu entender as necessidades das crianças, mas transpassar isso para toda a equipe [...]. (E1)

O enfermeiro deve estar envolvido nos cuidados, tem que estar presente, tem que orientar. Tudo o que o enfermeiro sabe em relação aos cuidados tem que estar passando para o colaborado. É uma forma de estar ensinando, né? Não adianta eu saber para mim, só para mim. Tudo o que eu sei tem que passar para minha equipe. Na minha ausência, eu sou uma continuidade, então na minha ausência eu quero que elas continuem fazendo o que eu faço. Não porque é eu cobro que elas vão fazer. Não! Elas vão fazer porque aquilo é o certo, porque aquilo vai ser bom para o bebê. (E7)

[...] sempre falar para as meninas (técnicas de enfermagem) tomar cuidado. Não gritar, não bater na incubadora, que o som para eles... a gente dá uma batidinha e para eles já, né? Questão de mexer no bebê,

que a gente sabe que dependendo do jeito que você mexe pode dar sangramento. Então tem que ter todo esse cuidado, estar sempre orientando a equipe para ter esse cuidado também, que não depende só da gente (enfermeiro), elas acabam manipulando eles muito mais, mais do que a gente. (E3)

[...] Então essa questão do posicionamento, é uma coisa que eu tinha, na verdade coincidiu, né, eu já tinha feito uma anotação para conversar com a (nome da pessoa) e daí depois ela falou que vai ter um treinamento de posicionamento do bebê. Então assim, algumas coisas eu vou falando para as meninas (técnicas de enfermagem). [...] (E5)

Bom, eu auxilio dando o cuidado individualizado, humanizado para cada bebê e oriento os técnicos de enfermagem quanto aos cuidados também. Fico atenta como estão sendo os cuidados de enfermagem, se cada um está realizando os cuidados e fazendo as técnicas corretas. (E6)

Destacam a relação profissional-famílias e o acesso e acolhimento delas na unidade, com desejo de alcançar uma presença mais contínua e maior proximidade com cada família, principalmente por identificarem que há diferença na abordagem realizada por elas e suas equipes. Porém, assinalam ser complexo conciliar a atenção à família e o dinamismo da unidade. Notas de observação comprovam uma tendência em retornar a tarefas administrativas, com fornecimento superficial de informações a respeito da criança.

Eu acho que eu conversaria mais, porque meia hora (tempo da visita) não dá tempo de passar de leito em leito. O médico faz a parte dele, fala da patologia, da evolução clínica, mas às vezes a família quer saber de coisas simples, por exemplo se ele evacuou. Tinha uma mãe que toda vez perguntava se o bebê evacuou, se falasse que sim ela já ficava feliz. Então acho que isso, ir passando no leito, conversando, tirando as dúvidas. Às vezes não é só com o médico que eles querem conversar, né? A equipe de enfermagem como está mais próxima, às vezes eles querem perguntar - deu risadinha? Abriu o olho? Essas coisas... - e o médico não dá esse tipo de informação [...]. (E3)

Eu acho que às vezes, por ser uma UTI, às vezes é difícil, tem muita intercorrência, tem muita correria o tempo todo. Então o momento que a família está presente, nem sempre a gente (equipe de enfermagem) consegue dar a atenção que eles precisam, né? Então você (enfermeiro) fica atrás de resolver outros problemas e aí você sente que você não deu atenção que os familiares precisavam. Então eu fico imaginando se eles ficassem o tempo todo... Por isso que eu falo que a equipe teria que estar melhor preparada para poder estar atendendo as necessidades deles, estar conversando melhor, interagindo e até criando vínculo [...] Eu gostaria que a UTI tivesse um espaço melhor que pudesse acomodar as mães. Que pudesse, igual tem outras UTIs humanizadas que as mães ficam o tempo todo, que a gente pudesse estar o tempo todo prestando o cuidado, orientando. [...] (E2)

Costuma passar por cada pai ou familiar presente durante o horário de visita e ao menos se apresentar. Conversas ocorrem quando há demanda familiar, contudo os comentários em relação ao questionamento das condições do RN se resumem a “está bem”, “está estável”, “está melhorando”. (Nota de campo – observação)

Nos horários de visita familiar cumprimenta cada um presente e se mostra disponível, fornecendo explicações quando solicitado, mas logo se volta para relatórios no computador. É gentil e simpática durante as conversas, mas tem o hábito da impessoalidade ao se comunicar chamando a todos por mãe ou pai. (Nota de campo – observação)

Nos horários de visita nem sempre busca interação com a família. Ocupa-se usualmente com atividades no computador, como a evolução de enfermagem, visualização de exames, entre outros. (Nota de campo – observação)

Reconhecem ser o cuidado em UTIN essencialmente interprofissional e gostariam de ampliá-lo, mas encontram barreiras relacionadas à relação de poder, em especial com o médico, acrescido de normas institucionais que referendam isso.

A gente colhe gasometria e avalia os gases também, que a gente tem conhecimento! Ver como que está, se está com muito discutir com o médico, conversar com o fisioterapeuta, dentro mais das nossas funções, né? Se está vendo que está precisando de um oxigênio, conversar com o médico, ir lá e colocar, ou se está vendo que uma fio2 está em cem por cento e ele está com noventa por cento, cem por cento de saturação a gente tem que começar a diminuir... (E3)

Às vezes, para você conseguir por um bebê no colo é uma luta! Você tem que ficar pedindo autorização, sabe?! Não é todo médico que é acessível, que autoriza. [...] Tem alguns que são mais acessíveis, até, assim, visita de irmão, tem uma rotina aqui para o irmão visitar, né? Então a regra do hospital é acima de dezoito anos que pode entrar na UTI. A gente tem que fazer uma autorização. Se o médico autorizar, a gente, nós enfermeiras fazemos uma autorização, encaminha para portaria e eles autorizam ele entrar. Mas aí é raro, não é sempre que acontece, entendeu?! Não são todos médicos que deixam. (E2)

Assim, sentem que as tomadas de decisão sobre o cuidado na UTIN têm que ser manejadas com cautela, quando se recolhem, sobretudo diante do médico, para evitar confrontos. Isso é ainda mais forte no caso de ser uma inserção recente no quadro profissional. Esse comportamento alcança também o âmbito das intervenções almejadas, que por vezes ficam somente no plano das ideias pois sentem restrição de autonomia.

Ai, olha [risos]... algumas coisas eu gostaria muito de fazer diferente, mas não depende da gente. Aí bate muito com questão médica, né? A gente é submissa, a classe [de enfermagem], não tem jeito! Dependendo

do que está acontecendo, a gente tenta fazer o nosso melhor mas tem coisas que só depende da resposta deles e às vezes não é do jeito que a gente queria, né. (E3)

[...] aumentar o horário de visita eu não posso aumentar, né? Porque em outros lugares, se a visita vai entrar ou não vai entrar quem decide é a enfermeira que está, mas aqui é o médico. Então, por exemplo, eu não posso abrir uma exceção sem ter conversado com o médico aqui. Então é uma coisa que fica muito atrelada a decisão médica. Assim, para mim não faz muito sentido isso ainda. Acho que não vai fazer sentido para mim, mas é assim aqui. Acho que essa questão do médico está ainda muito atrelada a qualquer decisão muito forte assim. [...] quando eu cheguei esse pano (em cima incubadora) já tinha, mas eu ouvi histórias de que foi difícil, teve médico de pegar o pano e jogar no lixo, então é tudo ainda muito... caminha muito devagar para algumas questões como essa. Esse relacionamento médico-enfermeiro é um negócio muito difícil aqui. Aqui, assim, dos outros lugares que passei, acho que aqui em (nome da cidade) foi o lugar que eu achei mais difícil. Não passei em muitos, mas passei em alguns lugares. Então eu acho que isso no momento é o que tem consumido mais minha mente. [...] muita coisa tem que engolir! Por mais que as pessoas falem “não, você tem que ser empoderada no seu trabalho, não sei o que”, na prática não é tão fácil assim. Porque isso demanda você conhecer os processos das coisas para você falar com firmeza, você conhecer o jeito das pessoas para não criar só atrito e conseguir resolver aquilo que você quer. Então eu acho que me limita mesmo, acho que eu me sinto... talvez eu me incomode tanto por causa disso, eu me sinto bem amarrada. [...] se fosse um relacionamento mais, uma coisa mais igualitária, eu me sentiria mais à vontade para exercer de uma forma diferente. (E5)

É que a gente tem uma rotina, não pode ficar mudando muito. Porque tem a coordenadora que não gosta que fique mudando também, né? Eu trabalhei em outros lugares, e é diferente de um lugar para o outro [...] E tem coisas que a gente não tem muita autonomia para ficar mudando, então tem que seguir a rotina que já é daqui mesmo e se adequar ao que já é. [...] Não tem muita mudança mas a gente tenta [...]. Tudo tem que perguntar, então a gente não tem muita autonomia para mudar as coisas, tem que perguntar. (E6)

Todavia, têm clareza de que mudanças, sobretudo as atitudinais para a qualificação do cuidado, são processuais e, portanto, carecem de contínuos investimentos.

Eu acho que a mudança sempre é, quando chega, para maioria das pessoas sempre causa algum estranhamento. Mas eu acho que é uma questão de tempo... de tempo das pessoas irem enxergando a necessidade ou a importância de algumas que talvez elas não vissem antes, né, de sair um pouco da forma de agir mecanicamente, mas eu acho que é um trabalho. Educação e saúde é isso, tem que perseverar. (E5)

5.2 MANEJO DO CICLO 4D NO DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO FORMATIVA

Partindo da identificação de serem a detenção de conhecimento e saberes acerca de práticas promotoras e protetoras do desenvolvimento por parte das enfermeiras, a existência de protocolos que as ancoravam e os esforços para cumpri-las, seguindo tais direcionamentos, os grandes pontos positivos existentes no contexto assistencial das UTINs, tomou-se enquanto iniciada a fase *Discovery*.

O primeiro partilhar desses achados foi realizado em conjunto com as gerentes de enfermagem e coordenadoras de enfermagem da UTIN de cada instituição, em reuniões distintas, efetivadas no fim de janeiro de 2017, quando se almejava alinhar os diagnósticos efetivados ao que essas profissionais entendiam ser necessidade e prioridade do serviço.

Durante essa conversa, tais profissionais expressaram satisfação com as potencialidades e forneceram justificativas a algumas fragilidades, bem como concordância em seguir com a proposta interventiva, expondo elementos que compunham o *Dream* para suas unidades e o *Design* para a intervenção, com delimitação do primeiro tema.

Ressaltaram, nesse momento, grande dificuldade em disponibilizar as enfermeiras em horário de trabalho e/ou compensar horas, portanto, fez-se a proposta de criação de um grupo para troca de mensagens em aplicativo com este fim. Tal ideia ancorava-se na facilidade de interação, com abrangência de todos os participantes e possibilidade de resposta a qualquer momento. Prospectaram-se alguns momentos estratégicos de encontros presenciais.

Foram apresentados para as participantes o diagnóstico e as pactuações previamente estabelecidas com as gerentes, no intuito de acolhê-las e tecer novas pactuações para o estabelecimento tanto *Dream*, quanto do *Design*. Nesta exposição perguntou-se se estavam ou não de acordo com os elementos elencados, estimulando que expusessem a opinião que tinham acerca do que havia de melhor na unidade em que atuavam, além de terem sido colhidas informações relativas sobre quais dos temas constituintes do CD eram prioridade para melhorias.

No meu plantão é o ambiente. O povo fala demais, grita demais e acho que isso me incomoda um pouco. Por mais que eu mesmo falo alto para caramba, mas aqui de dia, gente, é muito barulho! É um entrando, outro saindo, um grita daqui, outro grita dali, eu acho que isso é o que me incomoda mais. [...] Eu acho que a dor por último, eu acho que a dor é meio controlado. Eu acho que é mais o ambiente, o sono, depois o cuidado com a pele, talvez aí a família e a dor né. [...] Primeiramente o ambiente mesmo. (E3)

Eu acho que os dois fatores que são mais agregantes assim são esses. Os mais gritantes, vamos assim dizer. A manipulação e a família. [...] Então, a alimentação em si, (pensa) também é primordial, se não o bebê não ganha peso [...] Então ela vem em terceiro ou quarto lugar aí [...] Posicionamento! É uma coisa que você precisa ser muito atenta, porque tem a mudança de decúbito, né, que a gente faz de três em três horas... é (pensa), mas a (nome da coordenadora) pega muito no pé! Porque ela quer o bebê assim extremamente bem arrumadinho no ninho e isso às vezes acaba passando porque ele se mexe, também se movimenta, por mais que seja pequenininho. [...] Mas o posicionamento nem tanto, acredito eu que não seja uma coisa tão relevante assim. Ahn (pensa), dor. A dor e o estresse também é importante, para todo mundo. Atrapalha no desenvolvimento, atrapalha no ganho de peso e aqui, ainda que a gente tem muito tato para isso [...]. (E8)

A gente estava até discutindo esses dias que a gente tem que começar mais a tentar, a cuidar mesmo e levar para frente, não deixar passar, é, quanto à pele e nutrição e posicionamento, e o ambiente. Que assim, é mais relevante para começar. [...] O mais impactante é o cuidado com a pele e o posicionamento. (E7)

Para a fase *Dream*, um olhar para os dados diagnósticos de Marski (2017) e para os princípios, mais precisamente os referentes à qualificação do cuidado, trouxe o banho e a interação com a família enquanto elementos pensados sob a ótica do “deveria ser” e/ou “eu gostaria de fazer assim”.

Reflexões sobre o modo operante do banho elencaram que algumas atitudes faziam com que este perdesse a propriedade terapêutica e assim tinha-se a intenção de realizá-lo em outro horário ou até mesmo reduzir a quantidade, além de incluir com mais frequência o uso de banheiras, mas isso esbarrava em inúmeras condições.

Quanto à família, afirmaram que a possibilidade de entrada dos pais não era o bastante e desejavam poder permitir a permanência destes ao lado da incubadora durante toda a hospitalização do RN/lactente, bem como a visita por outros familiares sem toda a burocracia e luta de poderes existentes. Ainda sobre o ideal no relacionamento com estes indivíduos, apontaram a possibilidade de se portar de maneira mais aberta, com disponibilização de tempo para estar com eles, além de ouvir calmamente as demandas e necessidades que possuíam, atendendo-as da melhor maneira possível.

Já no compartilhamento citado acima, nota-se que um grupo associava o “como deveria ser” ao conhecimento e cumprimento de evidências científicas, trazendo elementos de *Design* da intervenção, principalmente na temática de cuidados com a pele e itens relacionados ao ambiente.

Pela idade gestacional, pelo peso, qual seria o melhor cuidado com a pele? Se a gente começa o banho logo em seguida do nascimento, quanto tempo, de quanto em quanto tempo poderia ser esse banho, se a gente pode usar esse hidratante que tem aqui na pele, qual seria o melhor tipo de hidratação? [...] A gente usa o (nome da marca). E assim, para prematuro extremo a gente faz uma 'formulinha' que é lanolina com, tem três tipos de óleo, lanolina sólida, líquida e tem outra coisinha que não lembro agora, acho que é água que vai. E a gente usa mais esse que é bem oleoso e aí hidrata melhor mantém a pele úmida. Esse comercial aí eu acho que não resolve nada, que é só cheirinho, não resolve nada. [...] A gente fala de diminuir os ruídos né e a luminosidade. Eu queria saber até que ponto isso afeta para o bebê, até que ponto, para o prematuro extremo e até para os outros bebês de idade gestacional maior, que estudos têm atualizados sobre isso? Posicionamento também, o que causa futuramente, quais sequelas futuras causam no bebê? Isso a gente estava pensando muito, é um tema muito importante para trazer para gente, para o nosso conhecimento enquanto enfermeira e para as meninas, para as técnicas. (E7)

[...] A questão da luminosidade, de ter ou não ter. O posicionamento eu acho que é rever tudo, se o que a gente faz é certo mesmo, se é isso que traz na literatura, o que poderia ter de legal, de melhora. Acho que é interessante a gente sempre buscar né? Não que é para mudar ou para criticar, mas para a gente buscar uma coisa nova, que às vezes a gente está tão naquilo... Não, é assim que faz o ninho, é assim que posiciona e se você for analisar, não é assim (riso). Posso estar prejudicando alguma coisa né. [...] O uso de hidratante, se pode uso de adesivo, o que tem de melhor? Será que tem alguma coisa nova aí que seria melhor para isso? Eu acho que é bem interessante e você tem que vir mesmo mostrar para gente. A gente acaba ficando em um mundo muito aqui né? Ai, o que o que faço é certo e beleza, mas não é isso né? Existe outras coisas que a gente não vai se atualizando. A gente se forma, faz a pós-graduação e parou aí, ninguém mais foi estudar, ninguém mais foi buscar. [...] Talvez ver se dá para aplicar, eu acho que fica legal. (E3)

A busca de materiais científicos para suprir essa demanda foi realizada em concomitância com inserções no grupo de pesquisa que objetivavam a promoção de processos reflexivos.

Em outro momento, a partir do desejo de alinhar ainda mais a intervenção às expectativas das participantes e alcançar o objetivo de sensibilização para um atitudinal condizente às falas e aos conhecimentos portados, com alcance de uma prática reflexiva, fez-se novo encontro. Em suas falas, elas trouxeram a necessidade de realizar ações que chamassem atenção dos demais profissionais atuantes na UTIN, desde a equipe de enfermagem, médicos e

residentes, fisioterapeutas, entre outros, com sugestões de estratégias a serem empregadas para qualificação do cuidado e quebra de ações automáticas.

Tinha que ser algo que mexe um pouco com a curiosidade. Todo mundo vai se sentir curioso e refletir. Em algum momento vai despertar a curiosidade da equipe e aí vai até ser uma forma de cobrar: “tá vendo!? Você fez, olha o que você tá fazendo!”. Acho que é uma forma de fazer com que a equipe reflita. (E1)

Eu pensando agora, talvez teria algum dispositivo, algum material que a gente fizesse, de colocar na incubadora ou no leito, tipo assim “agora é hora do meu soninho”, para antes de elas (técnicas de enfermagem) chegarem na incubadora ou no leito, elas se atentarem e falarem assim “não, tá no horário de soninho da criança então vamos respeitar! Tem necessidade de fazer isso agora? Sim ou não?”. Como se fosse um barreira antes de elas chegaram na incubadora ou no berço. Acho que atentaria, porque muitos dos nossos hábitos são automáticos e uma mudança visual talvez desperte atenção. [...] Eu tenho uma experiência que eu vivenciei em (nome da cidade), que tem o termômetro do barulho. [...] é um, algo que colocaram na parede em formato de termômetro e quanto mais alto, tem um velcro assim que você vai colocando... quanto mais alto você vê que está o barulho, a gente vai aumentando a temperatura do termômetro. [...] E aí a equipe estava sempre atenta nesse termômetro. Quando a enfermeira colocava lá em cima elas sabiam que isso tinha que reduzir e quando colocava lá em baixo, significava que estava bom. [...] Assim, porque orientar a gente já fala. [...] Talvez mostrar com estudos realmente a importância dos ruídos [...] porque só no falar não adianta muito, né? Por mais que na hora adiante, tem uns outros momentos que continuam. (E10)

Ainda nesse sentido, algumas participantes apontaram que todos os profissionais deveriam receber treinamento, ou seja, participar do estudo e do processo interventivo.

E assim, eu acho que a equipe tem que estar treinada, é uma coisa que as enfermeiras têm noção, que precisa ter uma um ambiente mais tranquilo, com menos barulho, menos ruído, mas eu acho que todo mundo deveria ser treinado. As técnicas, todos, até os médicos se for ver! Porque às vezes tem uns médicos que falam super alto e você não vai falar “fala baixo”, né? Ainda mais para eles (risos). Eu acho que todo mundo devia ter esse treinamento. (E2)

Isso do treinamento ser com a equipe toda é muito importante né? Não só a gente, né? Porque é importante a gente saber para orientação, mas precisa (pensa), pode sei lá, acabar não... Se elas (técnicas de enfermagem) tivessem o treinamento mesmo, seria mais fácil, né? (E9)

Outros elementos trazidos nesse encontro correspondem a relatos de mudanças já efetivadas e apontamentos sobre pontos limitantes para mudança. Esse último tópico já havia

sido abordado por elas nas entrevistas que compõem o trabalho diagnóstico de Marski (2017) e o bloco de princípios deste estudo, revelando elementos na ordem administrativa e relacional com outros profissionais da equipe de saúde.

A gente tem a capa das incubadoras agora, aí a gente cobre os bebês e deixa um tempo sem mexer [...] a gente mudou essa para diminuir a luminosidade, uma capa de, que material é aquilo (pergunta para as outras enfermeiras)? É tipo capa de sofá assim. Fica bem escurinho, se quiser acender a luz não vai interferir e a gente também está pensando em fazer o protetor auricular para diminuir, mais para prematuro extremo, né? Os a termo não, para diminuir os ruídos e está tendo bastante cuidado com a pele. Mudou! A gente está tentando, está fazendo até outro protocolo. Posicionamento também. [...] a gente não tem protocolo ainda (de manipulação). A gente está preparando, a fisio é que vai treinar em todos os plantões, de posicionamento, de manipulação mínima e vai ter um cuidado com a pele também. [...] Era para estar feito já. A (nome da fisioterapeuta) está fazendo e está me esperando para fazer o da pele e fazer o treinamento junto. [...] eu que estou lendo os artigos e eu que estou fazendo. [...] Nós mudamos também (o ninho). O ninho, que ele fica, ninho mesmo. É fechado e eu particularmente acho que é perfeito. O bebê fica extremamente organizado lá dentro do ninho. Para os maiores é meio desconfortável. (E7)

Melhorou bastante do que era a questão do posicionamento. [...] depois do treinamento, porque antes elas não tinham conhecimento do ninho mesmo. Porque a gente tinha uma caminha, mas assim, não era tão confortável assim, não ficava tão confortável. Era uma superfície reta, tinha um apoio, porém não era tão parecido com um ninho mesmo. (E10)

Fica muito complicado porque já se tem uma maneira de trabalhar completamente desenvolvida. Para você cortar, vai enfrentar barreiras [...] todo mundo já tem uma rotina determinada, dos horários, do que tem para fazer, do que vai fazer para tentar deixar tudo em ordem, os bebês em ordem também. Então acho que fica meio... [...] De manhã tem o exame médico, os exames, o raio x, então... banho. Tem que ser tudo de manhã, não tem como! (outra participante repete as atividades e reafirma que eles têm que ser feitas de manhã) A única coisa daria para mudar seria o banho, penso eu. (E8)

[...] É difícil controlar porque tem exame físico do médico, aí tem banho, aí vem tudo... manutenção, raio x, limpeza de manhã. É complicado, mas a gente está tentando dar um jeito de ficar melhor. (E1)

Eu acho que quando o setor está mais tranquilo, fica mais fácil de ser notado - “Ah, estou fazendo muito barulho” - e tentar reduzir. Mas, por exemplo, em uma internação ou intercorrência isso acaba, não existe! E ultimamente tem ficado muito lotado aqui. Eu acho que o principal seria, seria isso. Mas não que não daria para ser feito, mesmo com

tantas intervenções, né? Tem dia que, por exemplo, tem coleta, vai coletar exames de todos e (pausa e pensa) ... Horário de sinais vitais, realmente vai manipular todos, mas... [...] (E9)

A participante que fez sugestões mais diretas logo elencou possíveis empecilhos para as estratégias e apontou saídas:

Às vezes não precise ser nem algo que cole na parede, porque isso pode também esbarrar um pouco na preservação da pintura. Mas sei lá, algo de pelúcia, que possa pendurar só. Acho que se isso for adiante, a gente pode conversar com a equipe de enfermeiros e ver o que é melhor solução. Mesmo a questão de sei lá, colocar um velcro na incubadora em relação ao sono da criança, não precisa ser algo que cole mesmo, sabe? Ou que fique, que retire sabe, que possa retirar. (E10)

Outra estratégia proposta na direção do desejo citado acima foi o desenvolvimento de oficinas, as quais teriam acesso ampliado a população acadêmica e profissional do município, ou seja, graduandos e pós-graduandos de enfermagem da UFSCar e outras universidades/faculdades, técnicos e enfermeiros dos setores infantis das instituições participantes. Entendia-se que essa proposta tinha como benefício o contato com outras realidades e a possibilidade de debate sobre os temas integrantes ao CD. Com isto, finalizaram-se as tentativas junto às participantes.

Por entender ser de contribuição para um melhor entendimento, faz-se abaixo um resumo com a essência de cada fase do ciclo 4D.

Na fase *discovery*, mobilizada por meio de análise documental sobre as boas práticas e princípios norteadores das práticas dos enfermeiros, encontraram-se enquanto posses e belezas uma valorização de ações na direção do cuidado desenvolvimental, com foco em fornecer conforto e bem-estar ao RN/lactente. Descobriu-se que os padrões de conhecimento estavam presentes e que o caminho para qualificação era a melhor articulação entre o dito e o realizado, com necessidades de pequenos ajustes atitudinais a fim de se alinhar mais aos preceitos do CD.

Passando-se para a fase *dream*, encontrou-se nas enfermeiras uma valorização do empírico, com desejo de portar as melhores evidências científicas e ofertar um cuidado que se sustentasse em utilizar o melhor recurso, o melhor produto, seguir o melhor protocolo. Por outro lado, identificavam como ideal um cuidado mais individualizado e humanizado, tanto ao RN quanto à família, almejando menor impacto pela dinâmica da UTIN e pelas questões administrativas no uso do “eu” terapêutico. Na visão das pesquisadoras, os sonhos iam em

direção à uma assistência reflexiva e flexível, visando as considerações das particularidades de cada RN/lactente e família.

Para o alcance desses sonhos, o *design* necessitaria, na visão das participantes, de sensibilização de toda a equipe de profissionais atuantes na UTIN, com estratégias que despertassem atenção e interesse. Incluí-los direta e ativamente no estudo não era uma possibilidade, mas aceitou-se a sugestão e passou-se a pensar formas de viabilizá-la amplamente. Ideias na direção de expor cartazes e/ou outros sinalizadores iam ao encontro de uma atividade previamente pensada, as gotas de conhecimento, que forneceriam ainda as informações científicas desejadas por elas. Recebeu-se também um pedido de contato com outras realidades por meio de visitação, com o mesmo intuito de identificar melhores práticas e saberes. Existiam apontamentos sobre limita es oriundas da rela o de poder exercida pela classe médica e de barreiras de ordem institucional, que incluíam ainda alguns obstáculos em termos de estrutura física.

Por fim, no *destiny*, vivenciou-se o peso das limita es acima apontadas, incluindo apoio insuficiente para a realiza o das atividades, além de pouca intera o das participantes em atividades reflexivas, mesmo ao lançar mão de mudança de facilitador ou de estratégia, entre outras a es. A grande percep o   de que havia aceita das ideias, mas pouco esforço em efetivá-las, em alcançar os resultados.

5.3 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS EM INTERVEN O FORMATIVA E OS MOVIMENTOS DE PARTICIPA O DIANTE DE PROPOSTAS

A interven o formativa foi idealizada a partir de uma abordagem crítico-reflexiva, fruto de duas análises dos dados gerados pelo diagnóstico situacional ancorado em triangula o (observa o não participante, análise de registros em prontuário e entrevista), uma com foco na incorpora o do cuidado desenvolvimental na prática assistencial   recém-nascidos internados em UTIN e outra nos princípios que sustentam as práticas de cuidado, retirados apenas de duas fontes dos dados.

A quantidade de participantes foi variável, tendo redu o por solicita o de saída do estudo (n=2), saída da institui o (n=2). Ao longo do processo, houve ingresso de 3 participantes, sendo dois em uma institui o e um na outra. Vale destacar que em uma delas, o quadro de profissionais já apresentava diferença em rela o   fase diagnóstica, abordada em Marski (2017).

Prospectava-se um desenvolvimento dialógico e conjunto com os participantes do estudo, estruturado em um caminhar metodológico similar e paralelo para as duas instituições no tocante ao cumprimento do preconizado em projeto de pesquisa e estratégias disparadoras. Entretanto, os inícios foram distintos e, diferenças relativas à instituição, à coordenação direta e às próprias participantes demandaram, em muitos momentos, abordagens diferentes.

A co-construção de um processo dialógico e crítico que conduzisse a ponte entre o portado e o desejado ocorreu de forma truncada, com envolvimento e participação insuficientes, repercutindo na relação entre equipe facilitadora da intervenção e participantes. A seguir, apresenta-se uma síntese do processo interventivo desenvolvido.

Um dos grupos foi criado no início de fevereiro e o outro apenas em junho, ambos no ano de 2017. Para a primeira instituição, a mensagem introdutória enviada no aplicativo foi:

“Boa noite a todas. Acredito que todas me conhecem ou se lembram de mim então não precisa de muitas apresentações, né!? Já peço desculpas antecipadamente pelo textão que virá a seguir! Como a (coordenadora da UTIN) comentou pela manhã, a ideia deste grupo é ser uma ferramenta para a educação permanente que iremos desenvolver... Esta intervenção é parte do meu estudo de doutorado, no qual vocês já participaram anteriormente por meio das atividades que desenvolvi em parceria com a Bruna: observação da prática, análise de prontuários e entrevista individual. Todas as atividades acima tinham como foco o cuidado desenvolvimental (CD) na assistência do enfermeiro de UTIN. Alguém teve curiosidade de pesquisar sobre isso quando revelei, antes da entrevista, o que tanto anotava durante os dias que observei? O que acharam? Alguém teve curiosidade de pesquisar sobre isso quando revelei, antes da entrevista, o que tanto anotava durante os dias que observei? O que acharam?” (Nota de pesquisa – aplicativo de mensagens)

Seguiu-se com exposição das informações compartilhadas com a chefia na reunião já citada, finalizando com:

“Hoje abordaria também o conceito de CD, além de alguns pontos já definidos da nossa intervenção: estrutura e temática inicial. Mas, devido à extensão da escrita pensei em deixar para amanhã. Gostaria de pedir por hoje que me enviassem seus e-mails particulares para que eu crie um drive one serão compartilhados alguns materiais e atividades.” (Nota de pesquisa – aplicativo de mensagens)

Ao observar que o retorno se restringiu apenas à informação de dados do e-mail, fez-se contato em dois dias com reforço às potencialidades existentes e ao modo operante planejado, com definição do tema, compartilhamento de artigos científicos e alguns questionamentos:

Nosso plano inicial é desenvolver atividades com metodologias ativas, sempre pautadas em trocas dialógicas e reflexões. Utilizaremos os recursos online e também encontros presenciais para tratar de forma mais densa alguns pontos. As abordagens serão de acordo com os resultados encontrados e sempre considerando apontamentos de vocês, com relação aos interesses de cada uma e do coletivo. Opiniões e avaliações finais também serão importantes para decidirmos se atingimos ou não os objetivos de cada uma. [...] Foi selecionado como inicial o cuidado com a pele. Em um dos artigos acima é apontado que isto envolve avaliação, proteção e documentação sobre a integridade da pele da criança/RN, quando: devem tomar banho no máximo 3x na semana, ter a pele avaliada por meio de escala (Braden ou similar), promover proteção durante aplicação, uso ou retirada de adesivos/fixações. Vocês concordam com esses pontos trazidos pela literatura? Sim? Não? Por que? Tem mais a acrescentar? Quais? [...]"
(Nota de pesquisa – aplicativo de mensagem)

Vivenciou-se o segundo silêncio frente a questionamentos sobre o que pensavam e/ou faziam, que se repetiu no mês seguinte, março, mesmo com a troca de perguntas e insistência duplicada.

Assim, a fim de entender a situação e colocar em prática os apontamentos recebidos no EQ, agendou-se um encontro presencial, visando primeiramente a obtenção de respostas sobre quais temas gostariam de trabalhar e, em paralelo, sugestões de melhoria e até mesmo o real interesse em continuar com o processo.

No dia da reunião, momentos antes de sua efetivação, ouviu-se em conversa informal com a coordenadora que a baixa participação das enfermeiras tinha relação com o fato de considerarem que não havia erros e que quando alguém não está ligado à prática pouco tem a acrescentar. Frente a essas palavras, foi reafirmado que os achados não indicavam erros, visto que haviam sido compartilhados pontos fortes, com indicação de possibilidade de qualificação, principalmente no que dizia respeito à ligação entre o saber e o atitudinal.

Em junho, após o refinamento metodológico e a resolução de todas as questões na outra instituição, onde também se fez encontro com o mesmo teor descrito inicialmente, acrescido de resumida apresentação geral acerca do diagnóstico, novo encontro presencial foi requisitado em ambas para apresentar detalhadamente os achados sobre ambiente e ouvir a opinião das participantes acerca do exposto (o que concordavam e discordavam, porque achavam que havia discrepância entre o dito e o executado, quais mudanças gostariam de executar e quais caminhos estariam dispostas a percorrer para alcança-las).

Bom dia, meninas! Como vocês estão? Vamos então começar nosso trabalho juntas? Queria marcar uma nova conversa presencial com vocês, para apresentar com detalhes os resultados da parte AMBIENTE! A partir de amanhã e sendo terça o limite, qual seria o melhor momento e local para me encontrar com vocês fora do plantão?? Sugiram dia hora e local. Seria bom se conseguimos nos unir em ao menos duplas ou trios. E melhor se conseguíssemos todas nesse primeiro passo, porque penso que seria mais rico. Se acharem possível reunirmos todas de uma vez, em algum dos plantões, ok também. Organizem-se como for mais viável e então vou ao encontro de vocês :) O intuito é ouvi-las também! Já iniciaremos nossas trocas e reflexões.
(Nota de pesquisa – aplicativo de mensagem)

Esses momentos foram distintos para cada instituição, sendo que ao final propôs-se às enfermeiras que prestassem atenção nas questões de iluminação e ruídos do ambiente, além de manipulação e sono das crianças, enviando após o plantão um pequeno relato que havia sido percebido.

O compartilhamento das sugestões advindas das enfermeiras com as respectivas coordenadoras, bem como da estratégia “gotas de conhecimento” (pequenos pôsteres com informações científicas, a serem expostos nas UTINs e trocados semanalmente ou quinzenalmente), foi diferente do prospectado. Em uma das instituições encontraram-se barreiras justificadas por gerar poluição visual do ambiente ou ter potencial conflito com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Ademais, solicitou-se que, antes de iniciar a atividade do mural fosse realizada reunião com as equipes de enfermagem para explicar aos técnicos o que ocorreria a partir dali, com vistas a obter a atenção e colaboração deles para as mudanças. Ressaltou-se a necessidade de ser algo simples, capaz de demonstrar a importância de controlar o ambiente, que era o tema em questão.

Já na outra, houve interrupção com seguida listagem das mudanças já realizadas: nova capa sobre as incubadoras, sendo agora de material mais grosso e com cobertura total em comprimento, deixando os RNs em penumbra; aumento dos horários de soninho/psiu para três vezes ao dia, com duração de 1h30, justificados por pesquisa que demonstrava ser cinquenta minutos de descanso suficientes aos RNPT, garantindo-lhes então quarenta minutos para pegar no sono e cinquenta para dormir efetivamente; diferenciação do banho para menores de 32 semanas de idade gestacional (feito uma vez na semana, com água) e para os maiores (três vezes na semana com água e sabonete); trocas de fralda apenas com água, sendo que em caso de evacuação, incluía-se aplicação de ácido graxo essencial para auxiliar na retirada do óxido de zinco; intenção de substituir hidratante por lanolina; novo modo de montar ninhos - oval e

inteiriço, com base em treinamento dado por profissional do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), além de aula prática e teórica com fisioterapeuta da UTIN e posição pronada para dormir. Nesse caso, a surpresa com os inúmeros avanços foi respondida com afirmação de serem as enfermeiras muito rápidas e boas, seguida por questionamento de ser aquilo suficiente e apreciado em termos do estudo. Em continuação, frente à revelação de intencionalidade em trazer outras realidades para discutir com as participantes, por meio de debates com enfermeiras de outras UTINs, as quais compartilhariam características e formas de cuidar em seu ambiente de trabalho, houve suposta aceitação e rápida solicitação para que fossem organizadas visitas em duplas a hospitais de São Paulo-SP.

Enquanto o retorno das coordenadoras acerca dos murais era aguardado, efetivaram-se ações diferentes em cada UTIN, considerando o momento da intervenção em que se encontrava cada uma.

Na instituição com início anterior, o contato com os protocolos, revisados no início do ano por integrantes da equipe médica e de enfermagem, incluindo a coordenadora da UTIN, despertou atenção para a possibilidade de melhoria no quesito avaliação da dor. Esse era um tema de pouco interesse a ser trabalhado pelas participantes, visto que já o consideravam consolidado e eficaz, contudo, notou-se serem as escalas de dor inadequadas ao perfil de internações, visto que se tratava da escala de faces. Assim, após a permissão da coordenadora para tratar deste assunto com as participantes, enviou-se mensagem no aplicativo:

Boa tarde, meninas! Revisando os protocolos, lembrei que apesar da dor ser um tema muito bem executado, a escala de avaliação utilizada não é adequada para RN. Tinha avisado a (nome da pessoa) disso, então pensei em adequarmos isso juntas. Enviei por e-mail um artigo que traz um pouco sobre cada escala existente. Como diz lá, não há uma ideal, sendo preciso considerar as necessidades e características da UTIN e dos prematuros que internam. Gostaria de pedir para que mudemos isso juntas! Poderíamos fazer as discussões para escolha por aqui? Beijos (Nota de pesquisa – mensagem em aplicativo)

Apenas duas pessoas interagiram, com um simples “sim” e, dois dias depois, manteve-se a ausência de resposta frente a propostas conjuntas e /ou reflexivas:

Bom dia! Ótimo! Obrigada mesmo por aceitarem essa alteração conjunta :) A ideia é que todas leiam o artigo e reflitam sobre qual mais se encaixa na UTIN de vocês. Lá tem vários tipos, com diferentes aplicabilidades, exclusivas ou não a prematuros, para aguda ou crônica, etc. Assim, respondam (áudio ou escrito) aqui:

- Qual escala escolhem e por que?
- Tem pontos fracos? Quais?

Se ajudar, vale pensar e compartilhar aqui o quão viável é para realidade assistencial e o quanto se adequa ao perfil dos prematuros que recebem. Podemos para que as respostas sejam colocadas aqui no prazo máximo de segunda à noite? Beijos (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Mais ao fim do mês foi dado retorno sobre as visitas aos hospitais, as quais não seriam efetivadas por falta de resposta dos envolvidos e foi solicitado apoio para que houvesse comprometimento das participantes. Esse pedido foi aceito, porém não cumprido como pode ser visto nos relatos que se seguem.

Na outra, cujo desenvolvimento havia sido iniciado posteriormente, ocorreu a requerida sensibilização da equipe, por meio de exposição de slides intitulada “Cuidando do AMBIENTE na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, seguida de abertura para que apontassem a respeito do que concordavam ou discordavam, além de elencar estratégias de melhoria. Nessa fase, houve apontamentos sobre pensar ser a incubadora um bom isolante do som e a responsabilização de outros membros da equipe multiprofissional, ressaltando-se a equipe médica, e até mesmo da família, pela dificuldade em reduzir ruídos e promover o sono. Em resposta, foi dito que ações relativas a outros profissionais precisariam de autorização e de elaboração junto à coordenação de enfermagem. Salientou-se sobre o papel e peso que enfermagem tinha, visto que permanecia junto ao prematuro vinte e quatro horas por dia, de forma que o exemplo poderia influenciar positivamente os demais, além de que, se iniciassem, a soma de pequenas ações traria grandes benefícios.

Um fato que chamou a atenção foi que, apesar de previamente combinado, houveram delongas (cerca de 45 minutos) na espera para executar a atividade, cujas razões percebidas incluíram conversas após o término da passagem de plantão e não planejamento dos pequenos grupos. Parecia reafirmação do pouco interesse e envolvimento, um certo descompromisso que vinha sendo observado também na outra unidade.

O reportar da visão das técnicas à coordenação culminou no reconhecimento de que há tempos haviam alguns fatos que estavam desequilibrando a ordem do ambiente da UTIN no que dizia respeito à manipulação, som e luz. A abordagem de outros profissionais, mesmo que por meio de reprodução daquela exposição foi vetada, com assunção de ser ela enquanto coordenadora quem efetivaria tal ação, de forma sutil e progressiva. Isso porque a “luta” ocorria há tempos e era preciso saber abordar, além de saber quando e como negociar e agir. Ademais, não seria necessário se preocupar com relação às mudanças sugeridas pelas enfermeiras e

técnicas de enfermagem, pois ela estava planejando executar várias mudanças para replicar o aprendido em formação do método canguru. Dessa forma, acabou-se por vivenciar nesse contexto a mesma negativa de co-construção do outro serviço.

Próximo ao fim do mês foi enviado um *e-mail* com o aviso sobre o afastamento e algumas propostas:

Estive conversando com a Monika e tivemos algumas ideias para a intervenção. Gostaria de compartilhar para saber se aprova e também para pedir seu apoio no que diz respeito a incentivar as enfermeiras em participar. Como já havia comentado, em setembro saio para intercâmbio, por isso contaremos com atividades online por meio do grupo que temos. A estudante que ficará de apoio, será a princípio para trocar as informações do quadrinho gotas de conhecimento. A ideia é:

- trabalhar temáticas por meio de vídeos, trechos de livros, artigos etc.*
- criar questionários a serem respondidos sem identificação, com posterior discussão dos pontos mais frágeis. Aqui, penso em gravar um vídeo e enviar no grupo. Conto com a participação nas leituras recomendadas, no responder de questionários (terão uma semana para tal).*

- Pensamos que seria legal criar impressos a serem entregues aos pais e profissionais, que chamassem atenção para o que estamos fazendo. Dos pais seria algo no tom de curiosidade, um "Você sabia?" com informações de quando o bebê começa a ouvir, a enxergar, importância do sono, etc. Teria algo como " Estamos trabalhando com redução de som e luz para garantir um AMBIENTE mais tranquilo ao seu bebê! Contamos com seu apoio!" Dos profissionais seria mais técnico, com informações científicas. Teria também algo escrito nesse sentido: "Queremos melhorar o cuidado ao prematuro na UTIN e nosso AMBIENTE de trabalho. Vamos juntos reduzir os ruídos, a iluminação e a manipulação para promover o sono e o desenvolvimento dos bebês? com sugestões de atitudes.

Se autorizar, envio até o fim de semana para avaliar e então já imprimo para semana que vem. (Nota de pesquisa: Mensagem em correio eletrônico)

Em agosto o contato para efetivar as gotas de conhecimento reforçou o apoio inconstante das coordenadoras. A aceitação da estratégia e colocação de um mural para fixar as informações havia sido instantânea e, a princípio, em um dos locais, o objeto deveria ser duplo, para abranger os familiares e visitantes. Para uma das instituições a responsabilidade de aquisição do mural era do pesquisador, para outra, seria possível obtê-lo em acrílico, viabilizada por recursos internos. No contato em questão, após informe de compra e averiguação para melhor data e horário de instalação, foram apontados empecilhos, necessidade de confirmar com a gerência e até mesmo mudança de opinião sobre a exposição para familiares; no outro caso, ouviu-se que

não havia prazo definido para a obtenção do acrílico, disponibilizando-se um espaço ao fundo da unidade, junto a outros informes.

As ideias para auxiliar no período de afastamento incluíam criação de pastas de arquivos nos computadores de cada UTIN, onde seriam armazenadas as atividades recebidas por meio da coordenadora ou então no *e-mail* institucional de cada participante. Em uma das unidades, durante a conversa para expor essa estratégia, recebeu-se permissão com a ressalva de que estava havendo sobrecarga de trabalho para as enfermeiras, o que implicava, inclusive, na redução ou ausência de intervalo para almoço. Acendeu-se um alerta de que a estagnação permaneceria. Já na outra, vivenciou-se uma oferta de suporte por parte da coordenadora no que tangia ao recebimento e distribuição das atividades, bem como incentivo e supervisão para o cumprimento das mesmas. Todavia, isso não se efetivou.

A sinalização por mensagens no aplicativo sobre a disponibilização da atividade na pasta criada teve como resposta apenas um *emoji* com sinal de positivo, enviado por uma participante. Para a outra instituição, o envio havia sido feito via *e-mail*, juntamente com um outro texto denominado “um compilado sobre ambiente da UTIN”, de mesmo teor do mural sobre ambiente curativo. Assim como as demais atividades, esta não teve retorno com preenchimento pelas participantes.

A solução para a questão do mural foi o desenvolvimento de pôsteres, em sulfite tamanho A4, e seleção de artigos científicos, enviados por *e-mail* em uma das instituições e entregues de forma impressa para fixação/distribuição na outra. Desenvolveram-se três, apresentados no apêndice C, sobre ambiente curativo, proteção do sono e uso de substâncias adocicadas no manejo da dor. Junto ao do sono foram entregues os artigos “Avaliação polissonográfica do sono e vigília de recém-nascidos prematuros”^d e “*How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review*”^e. Desenvolveu-se também um folder a ser entregue aos pais, chamado “Você sabia?” com dados de desenvolvimento do RN e dicas de como agir na UTIN (APÊNDICE D). Tais entregas também não receberam apontamentos por parte delas.

^d LLAGUNO, N. S. et al. Avaliação polissonográfica do sono e vigília de recém-nascidos prematuros. *Rev Bras Enferm*, v. 68, n.6, p. 799-805, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1109.pdf> >. Acesso em: 01 ago. 2017.

^e HOOGEN, A. V. D. et al. How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review. *Early Human Development*, v. 113, p.78-86, out. 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378378217303249?via%3Dihub>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

A efetivação das oficinas ocorreu nos meses de setembro, outubro e novembro, com as respectivas temáticas intituladas "Manejo da dor neonatal: evidências atuais e transformação do conhecimento em ação", ministrada pela Professora Doutora Thaíla Correa Castral, da Universidade de Brasília (UnB) e tendo como debatedora a Professora Doutora Priscilla Hortense, da UFSCar; "A família na UTIN – repercussões na assistência ao pré-termo e desafios da equipe de enfermagem", ministrada pela Professora Doutora Flávia Simphronio Balbino, da Escola de Enfermagem da Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), tendo como debatedora a Professora Doutora Monika Wernet, da UFSCar; e " Boas práticas para a redução dos efeitos deletérios auditivos e visuais do bebê prematuro em unidades neonatais", com apoio da mestrandia Bruna Felisberto de Souza, ministrada pela Professora Doutora Adriana Valongo Zani, da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-Paraná. Apesar de convites feitos com antecedência e lembretes próximos à data, as participantes do estudo não compareceram em nenhuma das oficinas. Assim, na tentativa de promover sensibilização, para estar presente e para situá-las do ocorrido, fazia-se um resumo do conteúdo e discussões de cada encontro, com compartilhamento nos grupos. Tais escritas compõem o apêndice E.

No mês de setembro, uma iniciativa trouxe questionamentos em uma das UTINs. Tratou-se do compartilhamento de dois *links*, com cinco dias de intervalo:

Boa noite meninas, como vão? Muito foi falado e divulgado sobre controle do ambiente e a influência no desenvolvimento e sono do prematuro. Diante disso, estive pensando: - Quantas não são as vezes que interrompemos o sono do neonato para realizar manipulações, muitas delas dolorosas? - Há como minimizar o desconforto, o estímulo favorecedor de estresse? Para começarmos um bloco de reflexões nesta direção convido a assistirem este vídeo, bem como a estarem em reunião científica planejada para o dia 15/09. Fornecerei maiores detalhes nos próximos dias. Boa semana a todas! <https://www.youtube.com/watch?v=dPwJu6FTEU0> .(Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Bom dia meninas, tudo bem? Tem algo a dizer sobre as reflexões? Algo sobre o vídeo? Gostaria de compartilhar mais um :) <https://www.youtube.com/watch?v=3jAFVcI-CEU> .(Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Bia, bom dia! Tenho uma dúvida. Por favor, você saberia me explicar qual a diferença do estímulo com glicose 25% e sacarose na liberação neuro-humoral? E por que uma estaria mais adequada que a outra? Obrigada. Outra coisa, muito me espanta um hospital que trabalha com redução de dor usar esparadrapo na pele da criança e do tamanho que estava fixado. É um absurdo... (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Partindo do princípio de que esse vídeo é de 2009... Deve ser esse o motivo dessa desatualização... hoje sabe-se que podemos usar glicose 25% e usar uma fixação menor e menos agressiva para pele... (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Assumi-se que o intuito era o de captar o que chamaria atenção acerca das teorias e práticas apresentadas no vídeo e, enquanto se buscava a resposta para o questionamento recebido, uma terceira participante interagiu:

Boa noite! No primeiro vídeo diz que pode-se usar 10 doses de glicose em cada 24h ... você saberia dizer o volume de cada dose? E quanto aos estudos, existe algum brasileiro? Também quanto ao uso do paracetamol como analgésico, algum estudo traz a utilização por via oral? (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Nada foi encontrado com relação à primeira pergunta, direcionando-se um pedido de desculpas. Já com relação à segunda, pode-se dizer que:

Bom dia! Como mostrado nos estudos, não há comprovação de dose ideal. Mas, : Temos uma recomendação ministerial de 2002 que traz o uso de soro glicosado a 25% no volume de 2ml para termos e 1ml para prematuros. Está na página 126, neste link <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>

E uma versão de 2013 que traz sobre dor, sem doses, a partir da página 126 (Tema contido em Ambiente da UTI Neonatal: características, efeitos e possibilidades de intervenção, pág 116), neste link http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_rece_m_nascido_canguru.pdf

Sobre sacarose: A Academia Americana de Pediatria(3) orienta doses entre 0,012 e 0,12 gramas (0,05 a 0,5 ml de solução a 24%) e sugere que múltiplas doses para procedimentos dolorosos (2 minutos antes e 1 a 2 minutos depois) são mais efetivas do que doses únicas. Estudo(11) que contou com a colaboração de 12 centros do Vermont Oxford Network com o objetivo de elaborar diretrizes de melhores práticas no uso de sacarose para o alívio da dor em neonatos relata não haver evidências sobre limite de doses, porém recomenda o uso da menor quantidade possível que forneça alívio na dor. Os autores trazem doses-limite conforme a idade gestacional, sendo de 0,5 ml para RNs entre 27 e 31 semanas, 1 ml para RNs entre 32 e 36 semanas e 2 ml para RNs com 37 semanas de idade gestacional ou mais. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0131.pdf>

Vou mandar essas referências e também artigos brasileiros em anexo agora.

Do paracetamol, tenho por enquanto outro da Cochrane, que é a mais respeitada referência. (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Os materiais compartilhados foram: Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido^f; *Paracetamol (acetaminophen) for prevention or treatment of pain in newborns (Review)*^g; Medidas não farmacológicas no manejo da dor em recém-nascido: cuidado de enfermagem^h; Manuseio da dor no recém-nascidoⁱ; Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em unidade de terapia intensiva neonatal^j; Glicose no controle da dor em Neonatologia^k; Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa^l; Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru : manual técnico^m; Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do cursoⁿ. No dia anterior, haviam sido enviados: *Comparison of the Efficacy of Oral 25% Glucose with Oral 24% Sucrose for Pain Relief during Heel Lance in Preterm Neonates: A Double Blind Randomized Controlled Trial*^o; *Sweet-tasting solutions for needle-related procedural pain in infants one month to one year of age (Review)*^p

Já na segunda quinzena de setembro, realizou-se inserção da orientadora nos grupos, tornando-a a facilitadora durante o tempo de doutorado sanduíche. Discussões acerca do sucesso de intervenções apontavam que uma das barreiras poderia ser a pessoa do facilitador, então decidiu-se por testar se este era o caso em questão. A mensagem de introdução recebeu

^f MOTTA, G. C. P.; CUNHA, M. L. C.. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 68, n. 1, p. 131-5, 2015. Acesso em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0131.pdf> >.

^g OHLSSON, A.; SHAH, P. S. Paracetamol (acetaminophen) for prevention or treatment of pain in newborns *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.10, p. 1-74. Disponível em: < <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011219.pub3/epdf/full>>.

^h MORAES, A. P. S. Medidas não farmacológicas no manejo da dor em recém-nascido: cuidado de enfermagem. *Rev Rene*, v. 17, n. 3, p. 435-42. Disponível em: < <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3489/2731>>.

ⁱ MOREIRA, M. E. L.; BOMFIM, O. L. Manuseio da dor no recém-nascido. *Scielo Books*. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-20.pdf>>.

^j OLIVEIRA, C. W. L. Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciências Biológicas e da Saúde*, v.3, n.2, p. 123-34. Disponível em:< <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2849/1765> >.

^k PONSÍ, J.; PEDREIRA, M.; FILIPPIN, L. I. Glicose no controle da dor em Neonatologia. *Rev. dor*;11(4), out.-dez. 2010.

^l ALVES, C. O. et al. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 32, n. 4, p. 788-96, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a21.pdf> >.

^m BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru : manual técnico. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf >.

ⁿ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. 1.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

^o KUMARI, S.; DATTA, V.; REHAN, H. Comparison of the Efficacy of Oral 25% Glucose with Oral 24% Sucrose for Pain Relief during Heel Lance in Preterm Neonates: A Double Blind Randomized Controlled Trial. *Journal of Tropical Pediatrics*, n. 63, p. 30–5, 2017. Disponível em: < <https://academic.oup.com/tropej/article/63/1/30/2525472> >.

^p KASSAB, M. et al. Sweet-tasting solutions for needle-related procedural pain in infants one month to one year of age (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. n. 12, p. 1-62, 2012. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6369933/pdf/CD008411.pdf>>.

apenas 3 respostas com saudações de boas-vindas no grupo de uma instituição e apenas uma com *emojis* de sinal positivo no da outra.

Mais para o fim do mês, realizou-se o convite para a segunda oficina e alguns questionamentos:

Bom dia a todas, estamos chegando a outubro e o tema do mês será FAMÍLIA na UTIN. Teremos uma atividade no auditório da UFSCar em 25.10.2017 às 13h30. Ficaremos felizes com a presença. O modelo biomédico a partir do qual a assistência hospitalar no Brasil vem sendo estruturada traz limites a inserção da FAMÍLIA na UTIN. Qual limite identificam na UTIN onde estão? Vem caminhos para transpo-lo? Curiosa para conhecer a percepção de vocês deixo o meu BOM DIA. (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagens)

Em uma das instituições, uma participante passou a interagir, apontando sobre serem limitantes o reduzido horário de visitas e a estrutura física, destacando-se que o acesso ao RN se tornava difícil caso outra pessoa estivesse próxima, visto que havia pouco espaço entre as incubadoras/berços.

O retorno da Monika a essa colocação, feito no dia 28, trouxe como elementos a necessidade de romper os entendimentos que geram uma postura contrária à presença familiar e de considerar a realização de adaptações ambientais em alguns momentos, tornando possível a presença próxima e prolongada da família. Finalizou-se como o de costume, perguntando se mais alguém gostaria de partilhar percepções e houve silêncio das demais participantes. Horas depois, solicitou-se permissão ao grupo para inserção da coordenadora de enfermagem. A efetivação ocorreu no dia seguinte, com mensagem de boas-vindas e réplica das últimas postagens. O convite para o evento e o questionamento “*A partir da experiência de vocês, quais são as necessidades de pais de crianças internadas em UTIN?*” não obtiveram resposta.

Na outra instituição foi preciso uma outra mensagem para disparar as interações. Pouco mais de vinte e quatro horas após o questionamento exposto acima, acrescentou-se:

O que pensam da comum prática de ser a família visita na UTIN? E o espaço físico UTIN é visto por vocês como limite para a presença da família? (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagens)

As discussões envolveram 3 das 11 participantes, as quais demonstraram postura favorável à participação e inserção da família, contudo, com ressalvas. Citou-se o conhecimento acerca da importância e dos benefícios decorrentes da presença familiar, porém com a crença de não ser viável a permanência contínua, sendo necessária avaliação de cada caso. Nesse sentido, o estado clínico do RN foi posto como elemento, acrescentando-se o despreparo e

sentimentos maternos frente às intercorrências. Apontou-se ainda que a estadia gera cansaço e estresse, principalmente na fase de estímulo ao aleitamento materno.

Frente a isso, Monika indagou:

(Nome da participante) *será que o tocar é a única necessidade dos pais? Será que o estar ao lado também se configura em uma necessidade? Entendo sua preocupação e percepção em relação ao RN grave e extremo.... Será que os pais iriam insistir em realizar qualquer ação que traria sabidamente danos ao seu filho? Minha vivência em unidades de portas abertas não me conduziu à mesma percepção, mas respeito a sua e penso ser a intenção deste espaço justamente dar vazão a estas reflexões. Não há um certo e um errado, mas há a necessidade de estarmos sempre refletindo com um movimento de caminhada. Obrigada pela sua manifestação e que sigamos a nos colocar, desta forma continuamos... ”.* (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

A resposta veio com reforço de estar sendo ancorada na experiência de anos de trabalho e levantou como pontos: Qual seria a necessidade de presença parental quando o estado é grave?; Impacto da presença parental no trabalho da equipe, quando se destacou a sobrecarga, pois também demandariam cuidado e o fato de serem inoportunos em decorrência de desrespeito às normas ou do porte de insegurança.

Esse compartilhamento teve o retorno abaixo, seguido por agradecimento pela sinceridade e participação, com reforço que o objetivo não estava em definir o jeito certo e único de agir e pensar o cuidado.

Sim. Pais são sujeitos do nosso cuidado. Talvez prospectamos um "trabalho" junto a eles que não seja do "tamanho" que imaginamos... Há aqueles que precisam de um profissional com competências de saúde mental, mas para outros o apoio informacional e a oportunidade de presença junto ao filho têm se demonstrado como de suficiência. (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Na tentativa de receber também o parecer das demais participantes, foi perguntado se todas partilhavam da mesma percepção das três colegas, porém não houve manifestação. Em resposta às quais seriam as necessidades dos pais, uma das coordenadoras elencou a orientação acerca da condição clínica, segurança em relação ao cuidado ofertado ao filho, participação nas tomadas de decisões terapêuticas e envolvimento nos cuidados, defendendo os esclarecimentos como elemento fortalecedor de vínculo. Na acolhida a esta interação, reforçou-se ser o conhecimento das condições clínicas e da evolução diária do filho uma das maiores necessidades parentais, apontada em literatura científica.

Houve solicitação de incluir no grupo uma enfermeira recém admitida, o que foi prontamente atendido, com mensagem de boas-vindas e resumo acerca do assunto atual. Fez-se também nova pergunta “*Diante desta percepção vinda da prática de vocês, quais as necessidades dos pais de UTIN?*”, ao fim da qual foi explicitada a proposta de reflexão e não de imposição, com respeito ao partilhado. Nada foi respondido.

Na sequência, reportando a própria pergunta sobre necessidades parentais, escreveu-se: *A percepção aqui prevalece de ser inviável a presença contínua, quando destacou-se os RN bem críticos.* E então foi feita divulgação do folder do 2º encontro, com duas justificativas referentes à impossibilidade de comparecimento.

Ao fim desse dia, uma nova interação trouxe mais elementos que reafirmaram a posição acerca da família. A criticidade clínica foi novamente posta como balizadora, assim como o despreparo emocional da família para tal situação e conseqüente impacto na enfermagem. Em meio a isso, um trecho despertou atenção:

[...] Contudo quando temos RN estáveis, tudo é mais fácil, os pais são mais maleáveis, os sentimentos não estão aflorados, mas mesmo assim... deixando aberto a presença da mãe... Ela acaba se queixando do estar ali.. diz estar cansada... em querer ir para casa... aí paramos e pensamos... qual o melhor momento para um pai estar presente na UTI??? Quando seu filho está perto da morte?? Para acreditar que tudo foi feito?? Ou quando está bem, e apenas resta ganhar peso para leva-lo embora??? Não sei... fico a refletir... São pessoas... sentimentos... cada um é de um jeito... cada caso é um caso... (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Em relação à devolutiva feita a todos os apontamentos realizados, destacou que:

[...] 1. A possibilidade de sobrecarga emocional dos pais e família é fato; 2. ser depositado na enfermagem muitas expectativas de distintas ordens também é; 3. acharem, a maior parte dos profissionais, que a família não é problema deles e unicamente de psicólogos; 4. A família ter um comportamento mega obediente e por vezes submisso ao médico, não expando seus medos e necessidades (reflexo do efeito poder médico na saúde, que aliás também assola nossa categoria em muitas das situações); 5. ser o enfermeiro aquele profissional que concentra muitas demandas de distintas ordens e sujeitos; 6. Em muitas realidades do interior paulista, para não dizer na maioria, a equipe assistencial das UTIN é restrita em termos de profissionais. Todas estas questões têm desdobramentos ao acolhimento dos pais na UTIN. [...]. (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Em outubro, no dia 10, após envio do lembrete do encontro, abriu-se provocações diferentes em cada grupo.

Para “*Uma das questões que permeia a inserção da família na UTIN é a relação dela com a equipe médica. Esta está descrita na literatura como de um comportamento obediente, sem real exposição de suas necessidades. Vocês sentem isto? O que pensam a respeito?*” houve interação de uma das participantes que não havia se manifestado ainda. Essa trouxe que o período noturno geralmente não tem interação com a família, exceto quando acontecem admissões, mas que acredita que há relação de passividade junto ao médico, destacando o papel da enfermagem em acolher e identificar as necessidades deles. Outra concorda com o apontado e, em sua escrita, tematiza a mediação assumida pelo enfermeiro, quase que como tradutor das palavras médicas, além de atribuir que o tempo reduzido das visitas pode ser um dos fatores que contribua para esse quadro.

Já no outro grupo, o questionamento “(nome da participante), *fez vários apontamentos interessantes que compõe o contexto da nossa conversa. Algum chama mais atenção de vocês? Qual? Por quê?*” ficou sem resposta.

No dia 15, houve um novo compartilhamento semelhante para ambos. Após abordar que a relação com a família parecia ser permeada de desconfortos aos envolvidos e que a literatura apontava o anseio familiar por suporte informacional e emocional, por viverem uma realidade de afastamento do RN e de pouco diálogo com os profissionais, indagou-se: “[...] COMO SE SENTEM NA RELAÇÃO COM A FAMÍLIA? [...]”. O retorno veio apenas de uma participante de uma das UTINs, com elementos instigantes: na visão dela, a relação se alterava a depender da gravidade da criança e o grau de entendimento parental, sendo que sua qualidade se estabelecia de forma diretamente proporcional ao primeiro elemento e inversamente proporcional ao segundo. Foi abordado também o medo de não saber como lidar em determinadas situações, acreditando que o espaço poderia contribuir com estratégias. Após isto, a tentativa de agregar mais participantes, além uma frase lançada dias depois, juntamente com o lembrete da oficina seguiram sem manifestação das participantes. O diálogo acabou novamente em silêncio.

O preparo da família para a alta e transição do cuidado do RN crítico para o domicílio é um PROCESSO e se inicia desde a ADMISSÃO NA UTIN. Não ocorreu nenhuma manifestação das participantes. (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Nos dias após o envio do resumo da oficina, fez-se compartilhamento de eventos e um curso voltado à prematuridade, bem como de um vídeo sobre um idoso que visitava UTINs a

fim dar colo a bebês internados. Em um dos grupos, as interações só ressurgiram em resposta ao curso ofertado pela EERP-USP, com entusiasmo e intenção de participar. No outro, a resposta foi dada ao vídeo, por duas participantes. Em ambos os grupos não houve manifestação à mensagem sobre a oficina.

Já em novembro, na segunda quinzena, retomaram-se as discussões sobre o CD, sendo que a mensagem abaixo e um *link* referente à uma notícia sobre as repercussões do tempo de internação em UTIN na vida da criança não receberam retorno.

Bom dia, retomando reflexões sobre a filosofia de cuidado centrada no desenvolvimento no contexto da UTIN, quero destacar ter o enfermeiro e sua equipe um papel essencial. Isso se deve por estar nos RELACIONAMENTOS COM O RECÉM NASCIDO E SUA FAMÍLIA as informações para planejamento do cuidado. É a partir delas que o cuidado surge como ação que VAI AO ENCONTRO DA NECESSIDADE REVELADA (seja por respostas fisiológicas, pistas comportamentais ou verbalizações no caso da família). A preocupação é em de favorecer a trajetória de desenvolvimento iniciada no útero. DIANTE DISTO, quais pistas (do RN e da família) você considera ter um olhar sensível? Tem o hábito de registrá-las em suas anotações? (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Essa ausência também se repetiu dias depois, quando se enviou nova questão buscando saber o que pensavam a respeito de protocolos e a uniformização das práticas em UTIN no que tange o cuidado desenvolvimental, seguida de tentativa de estímulo à participação, indagando, no dia seguinte, se alguém tinha alguma colocação ou parecer.

Decidiu-se que era o momento de minha reinserção. A todo momento estive acompanhando o que ocorria em cada grupo, tecendo comentários de forma privada com a Monika.

Olá a todas :) Vou expor minha opinião nesse sentido. Para mim, depende do protocolo e da forma como é empregado. Eu sou a favor de guias para os cuidados, para que haja uma padronização, mas sou muito mais defensora que eles sejam adaptados conforme a necessidade, a individualização da criança.

Por exemplo: já vivenciei, na época da residência, um estágio externo (ou seja, fora do hospital em que ela ocorria) em que a aspiração na UTIN ocorria a cada 3h, independente da necessidade ou estado do bebê, de forma que era feita mesmo se ele estivesse dormindo! Porque era regra e pronto. E haviam outras ações que seguiam essa linha. Já nessa época eu me perguntava: "mas que tipo de cuidado é esse?" E continuo com esse pensamento de que nossas ações não podem ser engessadas.

E quando disse depende do protocolo, quis dizer que ele pode ser ruim... Pode ser ruim por implicar em consequências que vão contra o que se é pregado, por exemplo.

Nesse sentido, visitei há algumas semanas uma UTIN em Lisboa e é padrão a eles recomendar na alta que os pais comprem uma lata de leite, mesmo tendo quadros de ser hospital amigo da criança ou mesmo os que destacam a importância/ o incentivo ao aleitamento.

Esse procedimento operacional padrão tem ainda variação: Enquanto algumas disseram recomendar tê-la para situações especiais ou emergências, ouvi outra dizendo aos pais para comprar e já deixar preparada a cada mamada, "para garantir". Isso ocorreu sem ao menos citar como avaliar a saciedade da criança, sobre ser o aleitamento em livre demanda e com outras informações que me deixaram desconfortáveis.

*Esse é um procedimento operacional padrão grave ao meu ver, porque pode facilmente implicar no desmame. *desconfortável*

E vocês, meninas, o que pensam?" (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Em um dos grupos uma participante abordou que entendia os protocolos como uma forma de padronizar cuidados e respostas a conflitos, sendo que sua aplicação perpassava, por exemplo, pela avaliação da situação e do bebê. Logo em seguida, outra participante se manifestou com concordância ao exposto pela colega e pelo que eu disse sobre não ser engessado. E então, Monika também expressou seu parecer convergente a estas ideias, acrescentando que:

[...]Esta necessidade de se avaliar e reavaliar o protocolo no momento em ato é necessária para um cuidado que se alinhe com a necessidade daquele que é por nós cuidado. E, quão constante isto é exigido de nós! Compromissos com um cuidado humanizado requerem este atitudinal! [...]. (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Vale destacar que, após uma reflexão com breve apontamento sobre marcos históricos na evolução da neonatologia e a implicação deles na relação e presença da família, bem como na sobrevivência do prematuro, houve um movimento diferente: uma das participantes manifestou que “[...] grupo é formado por tantas enfermeiras lindas e capacitadas... mas nunca dizem nada”. Isso iniciou uma conversa entre ela e outra participante que se desculpou e justificou o não pronunciamento pelo recente envolvimento com a neonatologia, sentindo-se insegura. Após encorajamentos advindos da colega e da Monika, afirmou com entusiasmo uma inserção intensa, que nunca se efetivou. As demais não se expressaram.

Já no outro grupo, recebeu-se:

Estava tentando lembrar de algum fato no qual não seguimos protocolo, ainda não consegui pensar em muita coisa, mas lembro que antes as aspirações de cot e vas eram a cada 6h independente da situação da criança, agora esse quadro mudou, até na prescrição de enfermagem colocamos se necessário e solicitar avaliação da enfermeira ou fisioterapeuta. Alguns bebês mesmo entubados são aspirado apenas 1 vez ao dia. Sobre a experiência da Beatriz, penso que talvez esses protocolos foram criados sem embasamento teóricos, alguém que está à frente liderando considera ser importante alguns procedimentos e implanta como protocolo, sendo que a equipe tem que seguir mesmo não concordando, e isso já vi ocorrendo com ordem médica. Hoje em dia temos muitas referências de estudos que ajudam enxergar o que traz benefícios e o que pode prejudicar os bebês que necessitam de cuidados intensivos, podendo ser criados protocolos eficazes. (Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Em retorno a isto, a Monika compartilhou sobre a importância de que estabelecer protocolos de forma multidisciplinar, tendo a experiência de pouca disponibilidade por parte médica.

Dessa vez, o compartilhamento do resumo da oficina contou com um retorno, elencando-se a otimização de manuseios, com apontamentos sobre ser desafiador convencer a equipe sobre concentrar o exame físico. A tentativa de explorar potenciais ações nesse sentido, ou de ter a opinião das demais integrantes, não obteve sucesso.

Em janeiro, a fim de retomar as atividades, compartilhou-se algo que havia despertado reflexões durante uma aula em Portugal. Tratava-se da definição de enfermeiro segundo Virginia Henderson, seguida pela pergunta do que pensavam a respeito, o que pensavam fazer e ser o enfermeiro. A resposta veio sete dias depois, quando uma participante repetiu um dos trechos, demonstrou concordância e referiu que *“O enfermeiro é a peça fundamental na recuperação do doente!”*.

No dia seguinte, a Monika trouxe pontos a refletir: Afirmou que é preciso identificar e prever necessidades, agir embasado em conhecimento específico e raciocínio clínico, sendo que quando compromissada com o cuidado desenvolvimental, a decisão é única e ultrapassa a avaliação de um órgão/sistema. Ou seja, considera-se um conjunto de fatores como condição clínica, preferência daquele RN, riscos e benefícios, entre outros. Acrescentou ainda *“Ser enfermeiro é para mim assumir compromissos com o melhor cuidado no contexto único de cada situação de cuidado.”*

A mesma participante seguiu interagindo. Expressou que é dessa forma que ela e as demais colegas agiam e depois concordou com um apontamento da Monika sobre ser comum

em hospitais a checagem formal de tarefas e cumprimento de metas massificadas. Logo depois, outra participante manifestou-se com cumprimento e concordância com o exposto pelas duas.

No dia 17, uma inserção feita pela primeira integrante, foi respondida com grande entusiasmo por parte da que estava interagindo com ela anteriormente.

Fazer parte de uma equipe de saúde atuante na Unidade Neonatal é uma experiência única, pois os recém-nascidos são a faixa etária desafiadora e gratificante.

Muitas vezes iniciamos nosso dia com uma mistura no olhar de alegria e puro terror no rosto de um novo pai enquanto ele coloca os olhos em sua filha minúscula e frágil pela primeira vez.

Ouvir o som de um batimento cardíaco fraco como respirador insuflando ar para os pulmões pequenos e subdesenvolvidos de um microprematuro após uma longa e exaustiva manobra de reanimação nos momentos críticos, faz de nosso plantão uma árdua luta pela vida.

E quando a dor crua e intensa no grito de uma mãe dizendo adeus a seu filho paira no ar enquanto ele é colocado em seu peito para a despedida de um último suspiro nos sentimos minúsculos e sem chão...

Notamos sim a incerteza nos olhos de um pai enquanto se aproxima silenciosamente pela incubadora de seu filho, procurando respostas e consolação, conforto e esperança e muitas vezes também temos medo de nos aproximar.

Temos que espeitar aquela mãe cujas escolhas pessoais estão longe de ser perfeitas e simplesmente cuidar dela e de seu bebê, independentemente de suas decisões e andar na vida. Para guiá-la sem amargura, ressentimento ou julgamento.

Devemos consolar o grito frenético daquele outro bebê quando ele dolorosamente é retirado dos narcóticos que ele foi exposto pela mãe e se tornou dependente durante os nove meses antes de sua entrada neste mundo.

Apoiar o pai aflito quando ele faz a decisão inimaginável de interromper o apoio à vida e deixar seu pequeno bebê por longos dias, depois de testemunhar a morte trágica de sua esposa poucas horas antes...

Lutamos para manter a necessidade prematura do bebê do sono enquanto se recupera de um momento longo e difícil e isso algumas vezes demanda coragem o suficiente para falar em defesa deles, ser a sua voz.

Temos que incentivar e ensinar a nova mamãe assustada na sua primeira troca de fralda do seu bebê minúsculo, apesar de todos os seus medos e incertezas.

E o fundamental: compreender a importância de compartilhar momentos humanos reais e conexões tranquilas com nossos bebês. Alguns tão simples como confortar seus gritos ou colocá-los com segurança em seus pequenos ninhos para dormir e crescer, mas que o tornarão um indivíduo com saúde preservada com nenhuma ou mínima seqüela no futuro.

Trabalhamos em turnos longos e às vezes difíceis sem pausas de almoço, jantar ou banheiro.

Amamos além das paredes, além do acrílico das isoletes... choramos por trás de portas fechadas, e superamos os momentos imprevisíveis para criar memórias duradouras e significativas que somam em nossas vidas.

Acreditar.

Respirar.

E encontrar a coragem e a força para fazer tudo de novo amanhã.
(Nota de pesquisa – Aplicativo de mensagem)

Encerrou-se aqui a intervenção formativa, pois era notório, pelas evidências comportamentais de participação, impossibilidade para fomentar o *Dream* e o *Design*.

Olhar para o ofertado e vivenciado permite identificar enquanto avanços algumas alterações de ordem técnica, como remodelação ou inserção de novos aparatos assistenciais, revisão de protocolos/atitudes pontuais da assistência e até mesmo o planejamento de treinamentos aos pares, com temas como posicionamento e cuidados com a pele. Já enquanto “vazios”, seria o não alcance de uma interação dialógica e reflexiva, além de negativas a construção conjunta.

Discussão

Aquele que pode mudar seus pensamentos, pode mudar o seu destino.
(Stephen Crane)

6. DISCUSSÃO

No conjunto, pode-se deter a percepção de alcances limitados da proposta interventiva do estudo. Porém, podemos pensar que os enfermeiros não estão habituados a integrar processos dialogados e ativos, uma vez ser comum que a educação em serviço seja efetivada sob modelos tradicionais de ensino, pautados em transmissão de informações, numa relação extremamente verticalizada. Ficam indicativas para que apostas em atualização dos profissionais de saúde, tomem seus processos de trabalho sob enfoques participativos e dialogados, aspecto que se alinha com a recomendação da PNEPS (BRASIL, 2004).

Ainda, ao se tomar os referenciais teóricos do estudo, Boykin e Schoenhofer (2013) destacam a essencialidade do senso de responsabilidades relacionais e valorização da pessoa enquanto fundantes do cuidado, aspecto que requer um desejo de conhecer o outro e o seu potencial. Falam do compromisso em criar respostas alinhadas às necessidades específicas daqueles que estão sob o cuidado do enfermeiro. Carper (1978) destaca que a arte da enfermagem está em incorporar todos os padrões de conhecimento e a necessidade de se sintonizar com o outro e a situação do cuidado. E Schön (2000) nos assinala a relevância de se investir no desenvolvimento do pensamento reflexivo enquanto aquele que movimenta compromissos morais para o exercício da profissão de forma contextualizada e significativa. Assim, início a discussão questionando: Seriam os silêncios e as negativas manifestadas na intervenção a expressão possível diante do portado e do contexto em que se inseriam as participantes?

Apesar disso, atividades educativas em serviço carecem de comprometimento entre as partes envolvidas no processo formativo e ao profissional, são importantes os esforços de participação, de abertura e disponibilidade para se lançar ao processo (SÁ et al., 2018). Cabe também à instituição comprometimento com a formação, quando favorecer a presença do profissional é essencial. Desse modo, não se pode deixar de apontar que o fato de já ter sido sinalizado de antemão impossibilidade de se apoiar a presença física do profissional na intervenção ter sido um importante limite ao estudo. Essa questão também foi tematizada no estudo de Sá (et al., 2018, p.92), quando destacam:

[...] as tarefas rotineiras de cuidados aos pacientes nos setores de trabalho foram priorizadas em detrimento da educação em serviço. Para os profissionais, sair dos setores nos horários de trabalho para participar das atividades educativas poderia gerar acúmulo de tarefas e atrasos nas atividades assistenciais.

Inicialmente, tanto a coordenação quanto as enfermeiras assumiram um compromisso com o estudo e a intervenção, respectivamente de apoio e participação. Todavia, tais comportamentos aparentaram ser insuficientes em responsabilidade e compromisso, aspecto que culminou em um processo deficitário quando comparado com as intenções iniciais do estudo. Durante os encontros presenciais com elas, ouvia-se sobre a importância do estudo, com concordância em desenvolver mudanças em parceria e dar retorno às atividades planejadas, porém, muitos foram os momentos em que não houve sequer resposta às mensagens enviadas pelas facilitadoras nos grupos criados em aplicativo, utilizado com intuito de facilitar e promover a interação e oferta da intervenção nessa direção formativa e reflexiva, assim como, por vezes, um comportamento mais ‘defensivo’ do que reflexivo.

Por entender que o diálogo é peça chave em processos formativos que visam reflexão crítica acerca de práticas e conhecimento teórico (LIMA et al., 2016), almejava-se sua ocorrência entre facilitadoras e participantes, bem como entre elas mesmos, de forma a trazer exemplos, concordâncias ou discordâncias acerca de ideias expostas. Assim, diversas foram as estratégias utilizadas para tentar alcançar a reversão do silêncio ou ausência de retorno às atividades propostas que, pela sua constância, conduziram à dedução de não existir manutenção do desejo em seguir na intervenção, apesar de não ser explicitamente verbalizado deste modo.

De todo modo, pairaram dúvidas acerca do real desejo e envolvimento em formar-se a partir da reflexão sustentada pelo diálogo. Surgiu a reflexão de, talvez, a estratégia de gotas de conhecimento ter sido bem aceita pelas enfermeiras devido ao potencial enquanto instrumento de sensibilização ou de aquisição de conhecimento, atendendo uma demanda explícita por elas, assim como por exigir pouca interação, com reduzidas chances de discussão (embora a cada pôster fossem feitas incursões reflexivas nos grupos de conversa).

A dialogicidade no processo formativo requer “uma relação instituída não pela dualidade do domínio e da submissão, do oprimir e ser oprimido, mas pela capacidade de comunicabilidade que vai além de um simples ajustamento e acomodação às ideias ou circunstâncias de um mundo prescrito” (XAVIER; SZYMANSKI, 2015). Essas autoras, sustentadas nas ideias de Martin Buber e Paulo Freire, trazem a relevância de abertura ao vir-a-ser, “deixar-se questionar e pôr a si mesmo questionamentos, na busca de mais respostas para o sentido de sua existência com o outro e com o mundo” (XAVIER; SZYMANSKI, 2015, p. 63).

Existia, aparentemente, nos primeiros movimentos do *Discovery e Dream*, um projetar apesar dos limites e possibilidades do contexto de cada UTIN, com explícitas intenções

políticas, ou seja, de compromisso enquanto profissional com a cidadania de outros, com a sociedade. Neste sentido, não há de se negar a existência de finalidades e objetivos sociopolíticos da parte das facilitadoras: existia intencionalidade de valores e opções ideológicas que foram igualmente lançadas ao diálogo no processo formativo. Toda conquista não é plena nunca, é sempre processual e gradual, com influência das condições dialógicas efetivadas entre e pelas pessoas envolvidas. Processos participativos envolvem, segundo Mendes, Pizzato e Sacardo (2016, p. 1742):

[...] Uma combinação para a qual não há receitas ou prescrições, mas espaços para se descobrir modos de fazer mais apropriados às perguntas realizadas, o que requer certa abertura ao risco e à intencionalidade de problematizar as próprias práticas e, coletivamente, produzir algumas respostas críticas, reflexivas, mobilizadoras e abrangentes de modo que interfiram nas relações, nas mentalidades e nas formas de intervir.

Serem processos formativos abertos e lançados ao devir é um limite em termos de descrição de alcances, pois mesmo que esforços sejam feitos em termos de apreender os resultados, estes jamais refletirão de fato os mesmos. De qualquer forma, mudanças em organização física, uso de dispositivos, processos de trabalhos aqui testemunhados, mesmo que com aparente intenção de receber reconhecimento de ‘alcançaram e findado esta conversa’ (talvez pela lógica produtivista e de resultados induzida pelos valores formativos e avaliativos utilizados na Saúde), são indícios de que transformações existiram, sobretudo pela permanência destas mudanças.

Outra questão que emerge deste processo diz respeito à facilitação, quando o pensamento reflexivo crítico e transformador é intencionado a partir do diálogo, que exige um “voltar-se-para-si-mesmo ao perceber-se existindo-com-o-outro” (XAVIER; SZYMANSKI, 2015, p. 67), e podemos acrescentar para o outro e para si, para a sociedade. Prospectando que a troca de facilitação poderia promover um envolvimento outro e alcançar o diálogo, isto foi efetivado, sem desdobramentos que diferenciasssem o comportamento que vinha sendo manifesto. Assim, derivado disso, ficam inquietações: Qual a representação que o meio acadêmico tem para enfermeiras das práticas? Será que existiria alguma construção que limitasse o estabelecimento do diálogo? Algo do tipo “Acadêmicos produzem conhecimentos e fazem observações que abstraem o contexto real onde as práticas ocorrem e desse modo não cabe consideração?”; “Acadêmicos produzem e apresentam teorias inaplicáveis à prática.” ou “Só podem propor um processo formativo *experts*, sumidades no assunto, sem este *know all* não coloco me à disposição em dialogar.”.

Nenhuma confirmação a respeito destas elucubrações, porém a mudança de facilitadora, com a manutenção do estilo de facilitação não gerou mudanças no comportamento das participantes, o silêncio e a baixa participação seguiam enquanto comportamentos majoritários. Considerando que, segundo Xavier e Szymanski (2015), o silêncio pode representar a dificuldade em elaborar e expor no coletivo aquilo que se pensa, como pode ser uma manifestação de se sentir inibida a expor seu pensamento/percepção, levanta-se a hipótese de que a força com que os valores portados foram expressas pelas facilitadoras tenham inibido a intersubjetividade e o diálogo a se efetivarem. Ficam reflexões acerca da facilitação em processos de formação permanente em serviço, abrindo-se mais um desdobramento e convite a explorações derivadas do processo aqui experienciado.

A participação demanda o estabelecimento de uma relação onde se possa professar percepções, convicções valores, com intenções de alcançar acolhimento de percepções diferentes, em contraponto a um comportamento que favoreça a classificação de percepções. Acima de tudo, intenciona-se maior compreensão do vivenciado e a consciência da condição humana de inacabamento. Diante desta consciência, prospecta-se postura inquieta por melhorias (XAVIER; SZYMANSKI, 2015).

Considerando a natureza de (re)construção de conhecimento em que se sustenta este estudo, o planejamento e oferta de uma intervenção pautada em reflexão e trocas entre os envolvidos partiu do entendimento de que todo indivíduo tem uma historicidade de saberes e experiências, que deve ser considerada, visto que todos são capazes de aprender e ensinar, sendo necessário, para tanto, um compartilhamento horizontalizado do conhecimento, com respeito a autonomia de cada um (FREIRE, 2011).

Nesta mesma linha e complementando-a rememoro colocações hermenêuticas sobre o encontro entre dois ou mais indivíduos. Uma relação sustentada no encontro depende do diálogo e, por envolver o atitudinal, o modo como cada um se apresenta e está nesse mundo, esse só ocorre na existência de interesse no outro e esforço na direção do entendimento (GADAMER, 2011). E ao pensar ainda em fatores que possam ter impactado esse alcance, encontra-se em Mendes, Pezzato e Cardoso (2016, p.1738) que “[...] *Há barreiras que impedem o encontro, como a presença de estigmas e preconceitos e experiências anteriores que geraram frustrações e decepções. A tarefa é estarmos atentos àquilo que – na relação com o outro – nos toca, nos desafia, nos incomoda, nos interroga.*” Talvez um caminho seja explorar experiências prévias dos participantes relativas a processos educativos, a fim de neutralizar tais sensações, evitando que tragam interferências negativas ao processo, aspecto este não efetivado neste estudo.

Outra possível causa de poucas interações seria a ideia de que a transformação da realidade assistencial tem relação com o comprometimento em alcançá-la e com a visão que se tem sobre cuidado (WALDOW, 2012). Nesse sentido, as enfermeiras participantes têm uma visão de que o cuidado ao RN/lactente internado em UTIN necessita se ancorar em práticas promotoras e protetoras de desenvolvimento, com atenção às particularidades de cada um e às demandas da família, demonstrando nas falas uma valorização de condutas humanizadas.

Em termos de avaliação dos dados referentes ao cuidado ofertado pelas enfermeiras, com base na teoria de Carper (1978) e consideração da adição feita por White (1995) foi notória nas entrevistas e observações a detenção do conhecimento empírico, expresso tanto verbalmente quanto nas atitudes, com excelentes execuções de técnicas e domínio dos mais diversos aparatos tecnológicos empregados na assistência ao RN/lactente internado. Percebeu-se também tomadas de decisão que consideravam os preceitos do código de ética de enfermagem e as normas institucionais, no cuidado direto e indireto ao RN/lactente, expressando o cuidado ético. O saber como, relacionado ao conhecimento estético, também estava presente e era alcançado na articulação entre habilidades e demonstração de empatia, na interação com o RN/lactente e sua família. Notava-se conhecimento sócio-político ao ponderar as influências do contexto em que cada família estava inserida, bem como nas reflexões acerca do quanto o ambiente da UTIN afetava a interação entre familiares e profissionais. Por fim, via-se o pessoal no reconhecimento de necessidade em qualificar atitudes e no desejo de poder ofertar mais que o cumprimento excelente de assuntos administrativos, liderança de equipe e determinados cuidados específicos.

Ocorre que o aceite para investimentos pareceu precisar conter passos a seguir e creditações a alcançar. Assim, processos técnicos estiveram amplamente vislumbrados nas entrevistas e nas falas difundidas nos grupos de comunicação criados para a intervenção e, embora houvesse aproximação com os processos subjetivos, esta se mostrava incipiente e desconectada com os objetivos principais do cuidado.

Por mais que tenha se afirmado inúmeras vezes que o foco da intervenção e dos passos que a precederam tinham como intuito a qualificação do cuidado, principalmente pela promoção de reflexões acerca da prática, muitas foram as vezes em que os *feedbacks* eram sustentados em definir o certo e o errado, em alcançar as mais recentes evidências. Debruçar-se em saberes empíricos pareceu então estar fortemente associado à valorização e eficácia profissional. Este entendimento, de que a intervenção partia de correção de erros, trouxe à tona o desconhecimento e ausência de sensibilização às balizas pertencentes à formação reflexiva

A aproximação com novos conhecimentos permite refletir através do “eu” profissional sobre as questões práticas e como elas interferem nas ações que estão voltadas ao cuidado. O valor atribuído pelas enfermeiras ao conhecimento pessoal, definido por Carper (1978), potencializa ou dificulta o aproveitamento de oportunidades de reflexão para desenvolvimento de suas práticas profissionais.

Embasado no diagnóstico publicado por Marski (2017), o qual demonstrou detenção de conhecimento empírico, buscou-se trabalhá-lo junto aos demais padrões, no intuito de reduzir a lacuna entre o que é sabido e o que é realizado. O caminho mais adequado se mostrava ser os ensinamentos reflexivos de Schön (2000) visto que, ao cuidar, o profissional de enfermagem está constantemente lançando mão da reflexão na ação e reflexão sobre a ação (WALDOW, 2015).

A inquietação principal residia em promover reflexão sobre o fato de que o cumprimento puro e simples de protocolos e atendimento a itens de *checklist*, ou mesmo de evidências científicas, não garantiam, isoladamente, um bom cuidado. Pensando em termos de CD, a literatura aponta que a chave para o sucesso não se baseia simplesmente na realização de técnicas que possam fazer parte de um plano estruturado de cuidados, mas na articulação entre os níveis profissionais, familiares e organizacionais visando responder às preocupações decorrentes do ambiente nocivo da UTIN, repleto de estressores ao neonato/lactente. (SANTOS, 2011).

Assim, buscou-se difundir que relações de cuidado são comprometidas quando a autoconsciência e a compreensão pessoal de vida, saúde e doença não são reconhecidas pelo enfermeiro como elementos influentes capazes de ampliar o modo como elas se estabelecem (BOYKING; SCHOENHOFER, 2002). Buscavam-se discussões que pudessem desconstruir a hipervalorização da técnica, visto que, se não há um tipo de conhecimento melhor, então o conhecimento empírico não deve ser visto como mais importante que o pessoal, estético e ético. Mesmo porque, a primazia em um deles, não significa a entrega de um bom cuidado (CARPER, 1978).

As colocações do parágrafo acima alinham-se com o construto Cuidado (grafado com inicial maiúscula por se referir ao marco conceitual desenvolvido por Ayres) na propositura de Ayres (2008; 2004), com destaque ao comum acento e consideração dos profissionais ao êxito técnico e adoção do horizonte da morfofuncionalidade e dos riscos nas suas práticas. Efetivar a dimensão prática (moral, ética, política) de forma integrada a do êxito técnico, implica no uso de saberes e juízos voltados a situações particulares, articulando-as ao todo que as contém. Para

tanto, Ayres (2008) destaca motivadores fundamentais: o “voltar-se a presença do outro”; o “otimizar a interação” e o “enriquecer horizontes” na perspectiva de interdisciplinaridade, intersetorialidade e uma pluralidade dialógica. Apesar de entendimento de que a intervenção formativa tinha este esforço, não se avançou nesta direção.

O convite e motivador deste estudo alinhavam-se com a ampliação da percepção de cuidado, reforçando a associação que esse faz com o ser e difundindo o entendimento de que cuidar é relacional, é o modo de “ser-no-mundo” e “estar-no-mundo”, os quais revelam as possibilidades e projeções de existência do ser. Preocupar-se consigo, com o outro e com as coisas, que é o chamado *Sorge*, é o que promove a existência e manifestação do homem, *Dasein* ou ser-aí (HEIDEGGER, 2008).

Ocorre ter sido tímida a identificação de aceite do convite, de um ‘mergulho’ no mesmo. De todo modo, direcionando a atenção para os temas em si, alguns pareciam de sentido a elas e foram de alguma forma acolhidos e ponderados, mesmo que de forma não tão articulada a um processo crítico e reflexivo. Isso pode estar relacionado a aspectos da formação. Estudos que tematizam a formação e atuação do profissional enfermeiro apresentam em seus resultados elementos referentes ao currículo, professor e aluno que demonstram um processo educacional marcado por fragmentação de conteúdos e das áreas de atuação, inadequações na forma de abordagem dos princípios do SUS e um ensino-aprendizagem centrado no docente (MATIA; KLEBA; PRADO, 2018; BONFADA et al., 2018). Assim, observa-se a existência de uma lacuna entre esses dois momentos, em que o despreparo para a prática profissional ocorre por meio de elementos de ordens diversas, como por exemplo a falta de recursos que aproximem o momento de estudo da realidade. O caminho apontado para garantir melhor adequação seria a reestruturação curricular (BONFADA et al., 2018).

Direcionando a atenção para os temas que despertaram interesse, a questão do ambiente e o estresse do RN foi de sentido a elas, com destaque ao impacto da desordem de luz, som, posicionamento e manipulação não agrupada e excessiva criança. Os atos danosos estiveram justificados pela dinâmica do trabalho da UTIN, assim como pela não parceria de outros profissionais para estabelecer um alinhamento de valores e práticas. Em ambas as situações se identifica uma tendência de se justificar a partir de outros o cenário vigente. Ainda, cabem observações relacionadas ao mecanicismo e rotineirização de práticas, esvaziadas de iniciativas voltadas à aproximação e encontro com os que estão sob seus cuidados, repercutindo em insuficiências de solicitude e solidariedade (SANTOS et al., 2017). Esses mesmos autores assinalam que a crescente cultura tecnológica vem afetando a valorização e estabelecimento de

relações interpessoais e atentam ao fato de que o “[...] *esquecimento-do-ser, pode estar associado ao descompromisso profissional, à falta de reflexão pessoal sobre a essência do trabalho da equipe de enfermagem, mas também pode estar atrelada à sobrecarga de funções laborais* (SANTOS et al., 2017, p.5)”. Seguem apontando a possibilidade de o enfermeiro buscar um cuidado, ampliado, mas não conseguir consumá-lo por falta de tempo para isso, diante da obrigação de desempenhar atividades assistenciais, gerenciais e administrativas de forma concomitante (SANTOS et al., 2017).

Faz todo sentido a colocação abaixo para os achados deste estudo:

É esse envolvimento voluntário, sem imposição ou tendências que precisa ser praticado pelo enfermeiro. Esse não deve cuidar ou se utilizar desse termo de forma obrigatória, mas procurando perpetrar um modo de ser autêntico capaz de manifestar sua existência.” (SANTOS et al., 2017, p.8)

Um dos elementos apresentados enquanto restritores à maior autonomia e autenticidade nas práticas, bem como desmotivador para lançarem-se a busca das prospecções de qualificação delas esteve relacionado ao médico. A sua força na questão dos poderes dentro das UTINs foi escancarada nas falas das participantes, atrelado a valores por parte da grande maioria deles de não considerar a pessoa da criança e família. Atuam sob o horizonte da morfofuncionalidade e risco, com massivo uso de tecnologias duras. Deste modo, o não investimento em embates junto a eles é afirmado, apesar de representar um negar a si. A frase “não dá para pedir isso, principalmente para eles”, que corresponde a pedir aos médicos para diminuir o tom de voz, foi um dos muitos excertos nesta linha. Cabe ressaltar que se compreende a criticidade e fragilidade dessa situação e, o fato de abordá-la desta maneira não significa que se julga essas enfermeiras enquanto covardes por não se oporem ativa e constantemente com a outra classe profissional. Trata-se de uma reflexão sobre as dificuldades enfrentadas e da eminente necessidade de fortalecimento e reconhecimento da enfermagem e do enfermeiro, os quais precisam ser construídos diária e mundialmente.

Peloquin (et al., 2016) reforçam que o CD deve ser direcionado por uma equipe multiprofissional dedicada e pelo estabelecimento de condutas que otimizem as ações de cuidado, quando se faz necessária a existência de uma liderança que apoie essa filosofia. Ademais, apontam o enfermeiro como elemento-chave para a aplicação e sustentação das diretrizes do CD, pois apresenta competências que perpassam o apoio técnico, operacional, gerencial e educacional, as quais são capazes de fortalecer os relacionamentos, incentivar e apoiar a família como construtores no desenvolvimento do cuidado.

Porém, quase que de forma unânime, as enfermeiras denunciam ser a autonomia profissional do enfermeiro limitada pelo médico e pelo modelo biomédico a ele atrelado, fragilizando a imersão em lutas para efetivação e avanços de saberes alinhados ao CD. Em ambas unidades ouviu-se histórias de embates devido a tentativas de mudanças de rotinas ou mesmo a sensação de ser tolhida por essa figura, que detém o poder de autorizar ou não a execução de várias ações comprovadamente benéficas.

O profissional médico e o profissional gestor foram mencionados enquanto limites às transformações e efetivação de práticas mais alinhadas com o CD, integrando, aparentemente a desmotivação ao processo formativo. Deste modo, ficam indicativas para que se explore processos de EPS de forma interprofissional, incluindo estes atores. O fato deste estudo não ter incluindo outros profissionais é um limite, mas não extrai as contribuições alcançadas, uma vez apontarem os resultados relevantes nós críticos para o alcance de práticas de enfermagem mais alinhadas ao CD.

Este cenário carece de retomar frequentes reflexões acerca da permanência do modelo flexneriano, sua ênfase restrita ao modelo anatomopatológico na atualidade. Ele data de 1910 e vivencia, a partir da década de 70 e 80, forte crítica relativa ao reducionismo que induz. Uma das possibilidades é tomar a integralidade enquanto horizonte, o que implica esforços de efetivar intersubjetividade com aqueles que estão sob seus cuidados (pessoas, seus coletivos, assim como o contexto que os abarca), com compromisso social de acolher as necessidades de saúde. Os achados deste estudo, retratam manter-se o desafio de mudança de paradigma das formações, com vistas a desdobramentos outros nas práticas dos profissionais de saúde, inclusive enfermeiros.

Balsanelli, David e Ferrari (2018) apontam que a medida de ser ou não o ambiente de trabalho favorável à atuação do enfermeiro pode ser determinada pela análise de questões relacionais, que envolvem tantos outros profissionais, no caso, os médicos, quanto a instituição. Nesse sentido, as palavras chave são liberdade, respeito e suporte. Diferentemente do encontrado por esses autores, as enfermeiras deste estudo de doutorado indicaram uma relação conflituosa com a classe médica no que diz respeito à implantação de mudanças nas rotinas assistenciais, mesmo quando se trata de ações comprovadamente benéficas ao RN/lactente e sua família. A sugestão de revisão do controle exercido pela gestão no que tange à tomada de decisão do enfermeiro em determinadas situações também cabe aos locais deste estudo, principalmente se forem levados em conta os apontamentos de Marski (2017).

O empoderamento do profissional de enfermagem parece então caminhar ainda a passos lentos, fazendo-se necessário uma apropriação e defesa do conhecimento próprio da profissão. O enfermeiro detém a liderança de sua equipe e é promotor de melhorias institucionais, de garantir o oferta assistência de qualidade pela equipe e de conectar a gestão com a prática (LEAL; MELO, 2018) todavia, apesar de tantas atribuições e habilidades, não consegue ter autonomia para revisar e alterar ações de cuidado realizadas por si e por sua equipe, o que por vezes impede o alcance de avanços e se manifesta enquanto fator restritivo de ações cuidado ampliado.

O entendimento sobre certos comportamentos e o modo como se dá a relação entre médicos e enfermeiros pode ser feito por meio de um olhar para o passado, uma retomada histórica acerca da história do cuidado e da enfermagem.

Primeiramente, é preciso ressaltar que a história dos cuidados é a história da humanidade. Por esse estreitamento, há apontamentos de influências no primeiro conforme foram ocorrendo a evolução do ser humano, seu contexto e modo de viver, tendo como alguns marcos as alterações ósseas em homens e mulheres, o fim da busca por parceiros de forma apenas instintiva, a descoberta do fogo, alterações de hábitos alimentares e desenvolvimento da caça, desenvolvimento da agricultura e o viver em comunidade. Atribui-se o início do cuidar a atitudes ligadas à sobrevivência e à relação com outros, podendo sua ocorrência ser pensada primeiramente de forma natural, dentro da família, depois sob panorama religioso e caridoso, e por fim, à luz da enfermagem, tendo sempre um destaque para a figura feminina (WALDOW, 2012).

Collière (1999) discorre sobre o papel da mulher enquanto cuidadora, dividindo-o em três blocos históricos: do início da Humanidade até fins da Idade Média, com a identificação da prática de cuidados com a mulher; do fim da Idade Média até fins do século XIX, com a mulher consagrada; do início do século XX até fins dos anos 60, com a mulher enfermeira – auxiliar do médico.

No primeiro período, a atribuição do cuidado à mulher ocorre por sua característica progenitora, visto que “[...] *é ela que dá à luz, é ela que tem o encargo de tomar conta de tudo o que, mantém a vida quotidiana nos seus mais pequenos pormenores*” (Collière, 1999, p.40). Depois, no período em que corpo é visto enquanto algo impuro, imoral e profano, sendo então o cuidado voltado a restabelecê-lo em prol do espírito, são as mulheres consagradas que o assumem, dedicando suas vidas à igreja e aos doentes e necessitados. Nesse mesmo espaço de tempo surge o cunho caridoso do cuidado, a partir de ações de São Vicente de Paulo. Em

decorrência de acontecimentos socioeconômicos e ações de Florence Nightingale, o cuidado passa de vocacional à formal, tornando-se profissão (COLLIÈRE, 1999).

Essa construção foi aos poucos inferiorizando a figura feminina, primeiro pela visão da igreja relativa à demonização do corpo, depois pela demanda de abdicação da própria vida em prol da caridade e, por fim, pelo domínio médico.

A mulher enfermeira-auxiliar-do-médico surgiu em meio à evolução tecnológica da atuação médica, com a necessidade de delegar atividades simples a outro profissional. A enfermeira tornou-se então aquela que disponibilizava os recursos necessários à prática médica e cumpria as atividades ordenadas por ele. Outro ponto é que o ensino para enfermeira foi realizado inicialmente por médicos, que transmitiam conhecimento específico sobre o corpo e as doenças, além de comportamentos esperados (COLLIÈRE, 1999).

Cabe nessa linha uma reflexão acerca do próprio juramento que é realizado ao receber-se o grau de bacharel em enfermagem, visto que já houve uma versão (TOLEDO et al., 2008) com frase que remetia à situação acima exposta:

Solenemente, na presença de Deus e desta Assembleia, sobre os símbolos sagrados de minha fé e de minha Pátria, prometo:

- Praticar com fidelidade minha profissão;
- Dedicar-me com o maior zelo à promoção do bem-estar dos doentes a mim confiados;
- Abster-me de tudo quanto for pernicioso ou contrário ao meu dever; - Não tomar nem ministrar conscientemente drogas nocivas;
- Guardar religiosamente o segredo profissional durante toda a minha vida;
- **Auxiliar com inteira lealdade os médicos em seus trabalhos e pesquisas** [grifo nosso];

Desde 1999, o Conselho Federal de Enfermagem aprovou em “[...] *Regulamento que disciplina sobre Juramento, Símbolo, Cores e Pedra utilizados na Enfermagem*”, uma versão com alterações que traz então a ideia de coletividade (COFEN, 1999):

“SOLENEMENTE, NA PRESENÇA DE DEUS E DESTA ASSEMBLÉIA, JURO: DEDICAR MINHA VIDA PROFISSIONAL A SERVIÇO DA HUMANIDADE, RESPEITANDO A DIGNIDADE E OS DIREITOS DA PESSOA HUMANA, EXERCENDO A ENFERMAGEM COM CONSCIÊNCIA E FIDELIDADE; GUARDAR OS SEGREDOS QUE ME FOREM CONFIADOS; RESPEITAR O SER HUMANO DESDE A CONCEPÇÃO ATÉ DEPOIS DA MORTE; NÃO PRATICAR ATOS QUE COLOQUEM EM RISCO A INTEGRIDADE FÍSICA OU PSÍQUICA DO SER HUMANO; ATUAR JUNTO À EQUIPE DE SAÚDE PARA O ALCANCE DA MELHORIA DO NÍVEL DE VIDA DA POPULAÇÃO; MANTER ELEVADOS OS IDEAIS DE MINHA PROFISSÃO, OBEDECENDO OS PRECEITOS DA ÉTICA, DA LEGALIDADE E DA MORAL, HONRANDO SEU PRESTÍGIO E SUAS TRADIÇÕES”.

Cabe ressaltar que as enfermeiras deste estudo projetaram a aquisição de conhecimento como algo positivo e não se opuseram formalmente a essa proposta reflexiva, porém, ao passo que os saberes foram sendo postos, tornando inevitável a resignificação de práticas, movimentaram-se por meio de exaltar o que já estava em execução/em processo de transformação, restringindo possibilidade de crescimento coletivo e aumento de autonomia enquanto grupo e enfermeiras.

Tendo sido percebido enquanto maior lacuna de sensibilização a busca e efetivação da interação com o RN/lactente e a família, objetivou-se durante a intervenção, com base na inquietação expressa acima, abordar que não bastava apenas desejar mudanças estruturais e normativas se fossem mantidos certos pensamentos e atitudinais limitantes.

São claros os entendimentos de benefícios da presença e permanência dos pais e até mesmo de demais familiares junto à criança hospitalizada, mas era preciso despertar para o entendimento de não ser de suficiência deixá-los entrar na UTIN, apresentar-se brevemente, informar se houve ou não intercorrências, ouvir queixas e dizer estar disponível caso precisassem de algo. Seria preciso acolher os clamores deles relativos ao atendimento de necessidades informacionais e emocionais, para além do estado clínico do filho/parente, numa interação em que fosse demonstrado real interesse e não um comportamento que visa ouvir e dar soluções imediatamente (FACIO et al., 2016; CUSTÓDIO et al., 2016).

Com o objetivo de explorar as experiências dos enfermeiros UTIN na implementação do CCF, estudo evidenciou dificuldades com a presença e participação da família nesse ambiente, dos desafios em relação a educar e supervisionar os pais, bem como as condições e políticas do setor relacionadas à presença dos membros da família (MILARSHARI et al., 2018). Estas questões também estiveram manifestas por enfermeiros deste estudo.

Nesse sentido, destacam-se apontamentos de Ayres (2004, p. 23) que substanciam a necessidade elencada:

[...] não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar. É aqui que faz toda a diferença atentar-se para o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica, pois é de acordo com ele que se irá modular o tipo de escuta procurada. Quando o horizonte normativo é a morfofuncionalidade e seus riscos, a escuta será mesmo orientada à obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la e, assim, aspectos ligados à situação existencial do sujeito que procura a atenção à saúde serão considerados apenas elementos subsidiários desse monitoramento, quando não ruídos. [...]

Nessa mesma direção, encontra-se ainda que:

O que distingue o cuidar não é o que se faz, mas como se faz, ou seja, como se cuida e como já mencionado, é acompanhado de comportamentos e atitudes, caracterizadas como de cuidado. Realizar um procedimento em um corpo qualquer não constitui cuidado, é como o termo exprime, ou seja, um procedimento. Cuidado só passa a ser verdadeiramente uma ação moral, enobrecedora quando realizada em um ser humano e, preferentemente para e com o ser, sujeito do cuidado. É uma ação interativa que ocorre entre ser que cuida e ser que é cuidado e engloba envolvimento, comprometimento (WALDOW, 2015, p.23).

O caminho para a superação dessa relação hierarquizada sustenta-se na aquisição de conhecimentos e no fortalecimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina, tendo claro qual o papel do enfermeiro e quais são os elementos necessários para a oferta de um cuidado profissional. Para fins deste estudo, assumiu-se a afirmação de Henderson (1966) acerca do fazer do enfermeiro:

[...] a função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a recuperação (ou para a morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível.

Ao se refletir, ancorado nessa definição, sobre o contexto deste estudo onde o RN/lactente e sua família são o foco de cuidado dos enfermeiros, surgiram algumas inquietações. O primeiro sujeito, RN/lactente, é um ser completamente dependente em termos de cuidados, desde os mais simples, que garantem atendimento de necessidades básicas, até os mais complexos, atrelados à condição clínica que culminou em sua internação, visto que não tem forças e/ou conhecimentos suficientes que o permitam cuidar efetivamente de si. Mas há um certo conhecimento instintivo que lhe garante manutenção de vida em algumas situações e a capacidade de sinalização de determinadas necessidades em diversas outras. E é para esse segundo ponto que se busca chamar atenção.

Não é incomum que durante o ‘momento do soninho’, estabelecido pelos profissionais de saúde, algum RN esteja em fase alerta ou choroso, mas completamente relaxado e em sono profundo na hora determinada para banho. E nesses casos, muitas vezes o que se observa é a interrupção desse estado para cumprimento da tarefa. O apelo que se busca fazer é na direção de interpretar as necessidades dos RN/lactentes e tomar decisões realmente pautadas em individualização do cuidado, com rearranjos de rotinas e organização assistencial, ultrapassando protocolos.

A vivência de visitas técnicas a unidades de cuidados neonatais portuguesas durante o período de doutoramento sanduíche imputou uma reflexão acerca do impacto gerado por ter uma filosofia de cuidado como suporte da assistência. Isso porque, foi possível ver,

principalmente em uma das unidades situadas em Lisboa, um cuidado e uma organização assistencial pautadas no NIDCAP, com atenção real às particularidades dos RNs. Lembro-me perguntar às enfermeiras como era a rotina de cuidados/ a divisão de tarefas e ter como resposta que as decisões eram tomadas com base no comportamento dos RNs, assim, voltando-se ao caso do banho, foi ouvido (e visto) que não era predestinado a ocorrer em determinado horário, sendo então realizado em momento mais oportuno a ambos. Também fica a indagação sobre estar essa flexibilidade (e o sucesso dela) relacionada à diferença de categorias profissionais, uma vez que não há técnicos de enfermagem no país (PORTUGAL, 2015), sendo o cuidado realizado exclusivamente por enfermeiros. Outro fator poderia ser o valor que a prescrição de enfermagem possui. No caso deste estudo, em ambas as instituições ouviu-se e observou-se sobre checagem de prescrição de enfermagem apenas por obrigatoriedade, sem dispensação de atenção aos itens lá inclusos.

Já com relação aos pais ou familiares, encontra-se indivíduos adultos e/ou emancipados que, salvo condições especiais, têm conhecimentos e forças para cuidar de si e do filho. Certamente as condições impostas pela hospitalização da criança e por todos os aparatos envolvidos impactam a crença nessa capacidade que eles portam, tanto sob leitura deles mesmos quanto sob a dos profissionais. Algumas delas realmente demandam compartilhamento de saber e/ou treinamento, porém, o que se vê é a distribuição de instruções e orientações acerca do que e como fazer em relação ao filho até mesmo em questões simples. E há também um apelo a ser feito: Almeja-se que os pais sejam reconhecidos considerados enquanto pessoas que cuidam (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2013), recebendo apenas o suporte necessário, com empoderamento embasado em reconhecimento prévio das habilidades que têm.

Corroborar-se com Matia, Kleba e Prado (2018) acerca de ser o SUS um horizonte para mudanças em todas as instituições de ensino, a fim de reduzir as lacunas entre formação e atuação enquanto profissional enfermeiro. Essa percepção, de ser o SUS um fornecedor de estratégias para mudanças, é vista também no âmbito assistencial, com apontamentos sobre ser humanização um princípio capaz de nortear a organização de práticas assistenciais (AYRES, 2004; AYRES, 2013) e, a integralidade, de propiciar a criação de um modelo de saúde (AYRES, 2009). Cabe destacar que:

[...]Assim, ao contrário do sentido mais habitualmente atribuído ao conceito de modelo, que é o da produção em um sentido unificador e coercitivo de ações dirigidas a certa finalidade instrumental ou estratégica, ele é entendido aqui, inversamente, como a possibilidade de estabelecer um diálogo produtivo entre perspectivas instrumentais e estratégicas diversas, mas capazes de compartilhar horizontes práticos de interesse comum. (AYRES, 2009, p.13)

A reformulação do modelo de saúde sustentado no conceito de integralidade se dá porque esse princípio “[...] *desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.*” (AYRES, 2009, p.14). Um dos caminhos possíveis é a mobilização de saberes e técnicas, executada com intuito de garantir uma relação interativa e dialógica, com ações articuladas no que concerne às demandas portadas (AYRES, 2009).

Nesse sentido, destaca-se enquanto estratégia a atenção à vulnerabilidade dos indivíduos que são focos de cuidado e, a qual precisa, portanto, ser expressas na voz de quem as enfrenta. Essa relação precisa pautar-se em fornecer um cuidado diferente do habitual, por meio de mais escuta, acolhimento, vínculo e responsabilização mútua.

A abordagem da humanização se dá em estudo que se inicia com a abordagem de uma mudança de atitude durante consulta realizada a uma senhora, cliente de longa data na unidade básica de saúde, em que Ayres (2004) demonstra a potencialidade de um encontro entre profissional de saúde e paciente, chamando atenção para a necessidade e importância diálogo e o real interesse no outro.

Normalmente, as interações entre esses dois indivíduos seguem um roteiro, que inclui a coleta de dados e uma prescrição do que se deve fazer, baseada em objetivos fechados. Por vezes, acredita-se que o fato de perguntar sobre as demandas, em um contato rápido, já é agir diferente, porém, uma escuta de qualidade é diferente de ouvir queixas e prescrever ações, de ir estabelecendo, enquanto o outro fala, pensamentos na direção de prontamente apontar que para tal necessidade, deve-se realizar tal ação. Se pautadas em análise do que já foi previamente dito e em quais ações foram implementadas, o atendimento alcança apenas o tratamento crônico de sintomas e não das causas, alcança apenas o tratamento de doenças (ou outras situações) sem o cuidado.

Um olhar hermenêutico para o trabalho acima citado permite a identificação de elementos como o estranhamento, despertado frente ao conhecimento da história do outro; a fusão de horizontes e entrada no círculo hermenêutico, possibilitadas pelo encontro, com diálogo e interesse no outro; e, sobre *phronesis*, a sabedoria prática (GADAMER, 2011).

Fundir horizontes diz respeito a conectar-se profundamente com o outro, em encontro com o subjetivo que é essencial para o entendimento e entrada no círculo hermenêutico. Compreender leva em conta a historicidade e o fazer perguntas, numa dinâmica que envolve escuta ativa e sempre leva em conta os pré-conceitos e os novos entendimentos que vão sendo construídos a cada questionamento, ou seja, é conexão feita por meio da temporalidade, passado

e presente, que mobiliza ainda valores portados. O passado molda o presente e sua interpretação se modifica à medida que vivemos o presente, assim, diz-se que o entendimento gerado é sempre preconceção porque em qualquer momento, encontros e reflexões podem gerar lançamento para um novo. Essa compreensão de regras gerais e ação em casos particulares, em um mundo contingente, vai aos poucos construindo e efetivando a sabedoria prática. (GADAMER, 2011)

Retomando Ayres (2004), entende-se ser a tecnociência um limitante ao cuidado e, a humanização, defendida enquanto “[...] um conjunto de proposições cujo norte ético e político é o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum”, o caminho para reestruturação das práticas. Nessa linha,

[...] felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, freqüentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. É justamente essa referência à relação entre experiência vivida e valor, e entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde, que parece ser o mais essencialmente novo e potente nas recentes propostas de humanização. (AYRES, 2004, p.19)

A sabedoria prática nesse caso se deu pela mudança de postura frente ao incômodo em obter sempre os mesmos resultados, alcançando então a humanização por meio da abertura para o diálogo, com construção de sentido para ambos os envolvidos. (AYRES, 2004)

Porém, lançar-se ao novo é desafiador aos profissionais de saúde, especialmente pela visão categorizadora entre certo e errado que visa solucionar problemas, tratar doenças. Atribuem importância a criar conceitos e categorizar ações visando a solução de problemas, o tratamento de doenças ou mesmo o alcance de objetivos técnicos traçados. Abrir-se para a oportunidade do encontro, e não apenas de uma consulta ou conversa qualquer, implica em se abrir para o diálogo, para um reconhecimento e valorização do outro em uma relação de horizontalidade. Quando alcançado, o cuidado transforma, reconstrói. (AYRES, 2013)

Por fim, além de causas relacionais entre facilitadores-participantes e posse de valores acerca do cuidado, refletiu-se sobre influências de ordem moral no envolvimento e participação das enfermeiras.

Moral implica em dever e seu desenvolvimento enquanto atributo pessoal se inicia na infância, perpassando por 3 níveis (pré-convencional, convencional e pós-convencional) e 6 estágios. No primeiro nível, pré-convencional, o julgamento e ações são guiados pelo medo da punição, quando o cumprimento dos deveres, perpassa, no estágio 1, pela obediência por medo

de castigo e, no estágio 2, pela satisfação dos próprios interesses e necessidades (KOHLBERG, 1992).

Já no segundo nível, o convencional, as decisões sobre realizar o que é posto como dever, abarcam o ponderar de convenções e expectativas sociais, sendo a moral composta por regras advindas de autoridades, instituições e grupos sociais. Assim, no estágio 3, também conhecido por ‘Orientação do tipo “bom menino”’, busca-se cumprir adequadamente os papéis e receber aprovação por tais atos; e no estágio 4, impera a manutenção da ordem social e da lei, quando a obediência supera a necessidade de aprovação individual.

Por fim, no terceiro nível ou nível pós-convencional o indivíduo se pauta em princípios ético-morais universais, sendo que o estágio 5 envolve o entendimento de regras enquanto contratos sociais sem que haja obediência rígida das mesmas e o estágio 6 baseia-se em decisões tomadas segundo os princípios de igualdade e dignidade. Cabe destacar que a evolução do desenvolvimento moral não está garantidamente relacionada ao envelhecer, de forma que não é conquista adquirida apenas pelo avançar dos anos.

Trazendo a discussão da moral para o âmbito da profissão de enfermeiro, retoma-se uma frase marcante que caracterizava o cuidado enquanto “luta sem fim” devido aos obstáculos enfrentados. Para as participantes do estudo, portar como valor “promover o conforto e o desenvolvimento do RN” e “qualificar o cuidado”, implica em, considerando o contexto e as práticas e processos de trabalho instituídos, viver “luta sem fim” para consolidar (dentro e fora de si) um cuidado sustentado nos princípios éticos, morais e científicos. Reflete-se então que a depender da forma como o enfermeiro vê (ou não) o resultado desse processo, podem surgir repercussões emocionais e de outra ordem, capazes de impactá-lo enquanto pessoa e profissional. E fica então um questionamento: O que o estimula a permanecer nessa luta?

Encontra-se em estudo de revisão realizado por Nora, Zoboli e Vieira (2017), a identificação de fatores que influenciam a sensibilidade moral dos enfermeiros, reforçando que esta é um atributo pessoal e que os atributos contextuais podem ser desenvolvidos através das características pessoais na tomada de decisão, legitimando que a falta de apoio organizacional, os conflitos com demais profissionais, as políticas institucionais e divergentes valores éticos que estão relacionados ao processo de saúde podem romper com as aspirações deste profissional.

Apontam que a sensibilidade moral pode ser promovida no desenvolvimento de estudantes de enfermagem, com estímulo necessário vinculado às estratégias educacionais que possam ser capazes de incitar a capacidade reflexiva e crítica nas decisões acerca do cuidado

com o paciente, não limitando sua atuação, mas ampliando-a (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

Entre as mudanças mais urgentes para a promoção da sensibilidade moral dos enfermeiros está a necessidade de dar ênfase à “transformação pessoal”. A sensibilidade moral de um indivíduo passa por um processo de desenvolvimento e mudança de forma contínua durante a produção da sua vida. Nesse sentido, os estudantes já possuem um certo nível de sensibilidade moral quando iniciam o curso de enfermagem. No entanto, espera-se que através de programas de formação eficazes e permanentes sobre ética, seja possível desenvolver sensibilidade moral, competência ética e habilidades práticas para conduzir à reflexão, discussão e enfrentamento prudente e responsável dos problemas éticos na prática. O enfermeiro que desenvolve sua sensibilidade moral será capaz de reconhecer mais problemas éticos na sua prática diária, e, por isso, precisa estar preparado para saber como resolver tais problemas, evitando o sofrimento moral. (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017, p. 7)

Então, a forma como o enfermeiro visualiza as balizas que a formação é capaz de proporcionar em sua vida profissional está vinculada aos valores que são portados pela sua vivência formativa, ou seja, seu direcionamento acerca de processos educacionais, seus significados e suas expectativas de formação são impostas pelas experiências de vida e pelos resultados que adquiriu de tais processos (YARBROUGH et al., 2016; FANG et al., 2018).

Nessa linha de significados e sentidos da formação, ao se voltar para a motivação para a continuidade desse processo, Oliveira (2008) identificou uma ligação com a profissão e o significado de cuidado portado. Para a maioria das participantes de seu estudo, a primeira busca ocorre por tornar-se enfermeira de UTIN, com desejo e/ou identificação da necessidade de adquirir conhecimento e competências relacionadas. Ao longo do tempo, pelo entendimento de ser esse envolvimento uma possibilidade de qualificação da assistência ofertada, valorizam processos que tematizam a humanização, apontando com pesar a escassez de ofertas nessa direção. O contexto profissional ao qual o enfermeiro está inserido é então visto como fator que determina seu interesse pela construção e manutenção proporcional do conhecimento, de forma que, ao sentirem-se imersas em ambiente previamente desconhecido, projetam movimentos de formação para o alcance de um cuidado baseado em excelência técnica, que garantam aquisição de novos conhecimentos e abordagens de temas atuais que se voltem às práticas clínicas. Vale retomar que o desejo de apreensão de conhecimentos técnicos atrelado à supervalorização do conhecimento empírico que também foi visto neste estudo de doutorado e se faz presente em anteriores (YARBROUGH et al., 2016).

Nessa perspectiva, o enfermeiro em início de carreira revela maior abertura e conexão com o aprendizado e com o significado de um bom cuidado, esse entendimento valoriza o desenvolvimento de habilidades técnicas para a garantia da sobrevivência do paciente que cuida. Essas características fortemente presentes no início da trajetória profissional, modificam-se ao

longo dos anos de trabalho, assim como demonstra a autora ao refletir que, conforme as necessidades de domínio de habilidades técnicas são supridas, o desejo por conhecimentos novos vai diminuindo, o que culmina em desinteresse por movimentos de aprendizagem, minimizando as chances de procura por ações formativas (POOL et al., 2015).

Voltando ao estudo direcionado por Oliveira (2018), os enfermeiros estudados retomam reflexões acerca do seu papel profissional à medida em que se sentem portados de conhecimento técnico capaz de desenvolver seu trabalho com maior segurança e de forma eficaz. Nesse momento, questionam acerca de movimentos profissionais voltados à humanização do cuidado e os alcances desta no processo formativo, porém associam a falta de oportunidades para a construção do tema, mas, mais fortemente, interrogam que estas apostas possam estar relacionadas a valores pessoais e não ao processo educacional, o que incute reflexão profunda sobre como o cuidado é significado pelo *self* e movimentado a partir de prismas individuais

Assim, Oliveira (2018) aponta enquanto reflexão a ser exaustivamente encarada, a desmotivação ao processo de formação do enfermeiro que se encaminha a partir do desinteresse expresso no cuidar. Manter uma assistência baseada unicamente na mecânica dos procedimentos e que verse sobre a limitação do sentido do trabalho em saúde a processos reducionistas e institucionalizados que desvalorizam a subjetividade, é fazer morrer o significado do cuidado enquanto promotor de ações norteadoras e integrais que culminam em renúncia profissional em continuar com a procura por novos conhecimentos.

Fortalecer ações educativas foi considerado pressuposto emergente para as mudanças almejadas à prática clínica, à melhoria da qualidade da assistência e, prioritariamente, à conferência de um cuidado comprometido com o ser humano e capaz de envolver a equipe de enfermagem na compreensão de medidas eficazes de sensibilização individual e ampliação do conceito de integralidade. (OLIVEIRA, 2018)

Todavia, os desdobramentos acerca do olhar institucional que se voltam à formação são incipientes e forçam a equipe a procurar por desenvolvimento profissional em caminhos isolados, esse fato, associado ao modelo de cuidado fragmentado, imputa um sentimento de exaustão e insatisfação com o trabalho, ao passo que, ver-se reconhecido institucionalmente promove, inversamente, motivação essencial para o alcance de um trabalho com maior qualidade (ALVES et al., 2018).

Essas questões merecem destaque ao demonstrarem a necessidade de envolvimento ampliado do profissional, da equipe e instituição para a realização de ações de saúde que tenham, enquanto norte, o cuidado integral, então, faz-se premente a construção de movimentos

reflexivos que tomem essa temática como eixo direcionador e que, na prática, possam interferir positivamente na cuidado com o paciente, sua família e sociedade (ALVES et al., 2018).

Nessa perspectiva, percebe-se como fundamental a incorporação frequente de práticas de aprendizado no cotidiano profissional a fim de identificar as fragilidades dos ambientes de trabalho e do cuidado prestado, bem como fortalecer o comprometimento profissional com a melhoria da qualidade assistencial (AZEVEDO et al., 2015).

Com base nesse movimento, as estratégias de mudanças organizacionais devem ter enquanto foco o aperfeiçoamento do trabalho através de formação em serviço, inserindo os profissionais de saúde em momentos de reflexão do seu processo de trabalho, bem como na aproximação com transformações comportamentais e atitudinais de maneira individual e coletiva. Essas perspectivas traçam a necessidade de investimento no diálogo, na reestruturação de propostas educativas que fujam das rotinas tradicionalmente impostas pelo modelo biomédico (FERNANDES; BLACKES, 2010).

De modo geral, as reflexões crítico-reflexivas acerca dos processos de trabalho devem contribuir na transposição de dificuldades que são encaradas na realidade dos ambientes hospitalares. Projeta-se que é a partir da educação que se constroem condutas e atitudes novas, modificando os modos de operar o cuidado e conduzindo elementos para promulgação de soluções que transcendam as esferas técnicas (ALVES et al., 2018).

Ações nessa direção poderiam contribuir para evitar que aconteça algo sinalizado em Oliveira (2008), chamado de “morte do profissional”. Tal ocorrência estaria relacionada a vivência de inúmeros obstáculos, que tolhem a motivação para ser um profissional melhor e buscar processos formativos. Essa forte afirmação traz uma reflexão, uma indagação: Teriam as enfermeiras participantes deste estudo de doutorado vivenciado tantos conflitos que então não tem mais motivação suficiente para mantê-las ativas em processos formativos? Para abrirem-se ao novo no que tange a propostas de cuidado? E desse modo exercerem o compromisso consigo e com o outro nesses dois âmbitos?

Compromisso é usado por Vieira (2002) enquanto sustentador do cuidado, quando se fazem reflexões acerca do respeito, responsabilidade e solicitude, balizados em termos de cumprimento de deveres. É imprescindível destacar ainda a importância depositada no que diz respeito a ações que visem a garantia e manutenção da dignidade humana, a qual constitui o código deontológico da profissão enquanto atributo, quando é afirmado que “*As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015, p. 80) e dever:

“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015, p. 78). Ainda nessa linha, julga-se pertinente trazer o conceito de dignidade, que pautado em Kant (1988) é expresso enquanto atributo daquilo que não tem preço, de forma que o homem é o fim em si mesmo e então a porta inerentemente.

Ser enfermeiro implica então em ter compromisso, cumprir o que se assumiu enquanto responsabilidade e dever, com ponderação sobre às necessidades de quem está sob seu cuidado (VIEIRA, 2002). Nesse sentido, é inevitável citar os seis “C’s” (ROACH, 2002), os quais expressam atributos que representam o que um enfermeiro faz enquanto cuida, representam um cuidado profissional. Eles são, nomeadamente: Compaixão, competência, confiança, consciência, comprometimento e comportamento. Na intenção de defini-los, traz-se que compaixão é mostrar-se sensível às emoções do outro, estar presente de forma humilde e favorável a compartilhamentos; a competência é a capacidade de atender às demandas, sendo essencial ter habilidades e conhecimentos técnicos e relacionais; a confiança é crucial para a relação e, portanto, para o cuidado, destacando-se a importância de proferir apenas verdades e agir com respeito; a consciência é a direcionadora de comportamento e está ligada a valores e personalidade de cada um, devendo-se então considerar a moral individual e coletiva nas decisões e ações; o compromisso tem relação com escolha, é investir em algo ou alguém, balancear desejos e obrigações, cumprindo-as de forma adequada; por fim, o comportamento se refere à forma de falar, agir e se vestir, destacando-se a existência de padrões para cada situação. (ROACH, 2002).

Sobre a solicitude, mostrada enquanto “ação para além do dever” é dito que

[...] exige compreender e estar aberto ao outro e a si próprio como realmente se é e não como desejaríamos ser. A solicitude exige confiança, que leva à aceitação e ao respeito, também nos erros e incapacidades. Só a sensibilidade ao outro e a mim me permitirá ser coerente entre o que digo e o que sinto, para que a confiança surja. (VIEIRA, 2002, p.269)

Seria então a falta de solicitude um dos pontos-chaves para o pouco envolvimento das enfermeiras? Pensar essa possibilidade sustenta-se no fato de que mesmo diante de todas as iniciativas e adaptações não houveram esforços na direção de cumprir efetivamente o compromisso assumido frente ao aceite em integrar o estudo ou mesmo nos diversos momentos em que se estabeleceu contato pessoalmente. Frente ao fato de que não há formação que garanta aquisição de solicitude, pois não se trata de algo que se pode ensinar e sim de algo aprendido

na convivência com outros indivíduos, por meio do recebimento de quem as têm (VIEIRA, 2002), deseja-se que apareçam nos contextos estudados pessoas que portem tal característica e ao demonstrarem-se solícitas a elas, despertem nelas essa capacidade de cumprir com o compromisso assumido, transpondo a linha do dever.

Finalizar com tais palavras parece atribuir às participantes responsabilidade e culpa exclusivas pelos desafios enfrentados e pelo desenvolvimento de um processo formativo distante do almejado, com uma realidade marcada por poucas trocas e pouca parceria entre elas e as facilitadoras. Contudo, isso é inverdade. Ao longo desta tese de doutorado foram levantados diversos elementos capazes de influenciar, nos ambientes estudados, esse encontro com proposta de ação reflexiva nas posses e belezas existentes na assistência ao RN/lactente e sua família, bem como o cuidado efetivado pelas enfermeiras atuantes em UTIN. Muitos dos aspectos discutidos estão fora do alcance dos enfermeiros e remetem à cultura organizacional das instituições, à própria cultura de cuidado do país e à história da enfermagem.

Considerações finais

*A sementeira é livre, mas a colheita é obrigatória
(Provérbio chinês)*

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes demonstraram a valorização de um cuidado protetor e promotor do desenvolvimento, com atenção ao fornecimento de conforto e inserção da família. Seus relatos foram permeados por ação e supervisão quanto ao posicionamento, controle dos ruídos e iluminação do ambiente, oferta do momento de soninho, entre outros. Todavia, faltou-se em ampliar esses pensamentos e atitudes, faltou-se em ressignificar as formas de avaliação de atitudes, visto que se objetivava desconstruir o olhar flexneriano, o olhar rígido entre o certo e o errado, a busca do melhor medido pelo que é feito e não pelo como é feito.

O estudo se diferencia ao fugir da tradicional comparação entre uma situação pré e pós realização de intervenção, identificando fragilidades no que concerne ao aceite de mergulhar em processos formativos com teor participativo e reflexivo. Assim, ao trazer os bastidores da pesquisa, com detalhamento dos processos e desafios vividos, possibilita que pesquisadores se preparem previamente e desvendem outros caminhos a seguir, com conhecimento sobre a importância e influência de elementos como apoio institucional

Ademais, há um olhar e um atitudinal que alcança o enfermeiro enquanto indivíduo e coletivo, buscando apreender o que o motiva e o que o limita enquanto profissional, com atenção às fragilidades e potencialidades do contexto em que está inserido.

Como contribuições para a área da enfermagem, fica evidente a necessidade de repensar o modo como são feitas as formações do enfermeiro, transformando o *status quo*, progressivamente, da graduação até toda a sua extensão, seja em vias de pós-graduação em meio acadêmico ou profissional, ou também nas educações em serviço.

Como limitações aponta-se a escolha prévia do assunto, pelos pesquisadores e gerência de enfermagem da instituição, além da maior valorização do conhecimento pessoal e esforços constantes em trazer reflexões, pelos primeiros. Apesar de, devido ao referencial metodológico elencado, as enfermeiras terem a possibilidade de ser ativas desde a fase de identificação das partes e belezas da realidade e dos pontos a qualificar, passando pelo planejamento e execução de estratégias para o alcance do almejado, o cuidado desenvolvimental era assunto definido.

Sinalizo ainda que o desejo de desenvolver uma pesquisa intervenção surgiu do compromisso social portado para com práticas que continuamente se lancem ao horizonte da integralidade, humanização, equidade, justiça, direitos, entre outros atributos que favorecem reconhecimento das pessoas e sua autonomia no eterno processamento da vida e do viver. Nessa

direção, a proposta de encontro e co-construção não foi sentida com características de encontro, com todas as possibilidades de troca que o real encontro permite e favorece, inclusive em termos de ampliar potenciais de ação. Talvez isso tenha ocorrido pelo fato da não leitura da pesquisadora por aqueles com os quais se propôs o encontro como alguém com quem desejavam se encontrar, apesar de nos momentos de pactuação verbalizarem o contrário. Desse modo, enquanto pesquisadora e enfermeira, sofri com os desencontros, vivenciei sabores que me bloquearam no processo da pesquisa e vida, fazendo-me questionar o sentimento de pertença a essas profissões, se seria de fato esse o meu lugar, se eram congruentes as minhas ações enquanto pessoa, pesquisadora e enfermeira.

Portanto, finalizo apontando que nem toda intenção inicial é alcançável, pois tudo depende do encontro, aspecto que está na formação e em tudo na vida. Apesar de carinhosamente planejar os mesmos, esforçar-me permanentemente para que eles se efetivassem e fossem significativos, minhas habilidades e possibilidades não foram suficientes para lidar com as heterogeneidades em relação a ritmos e valores, quando talvez a escuta, a abertura, o deslocamento, a atenção, a sensibilidade, os movimentos de aproximação e o distanciamento falharam e repercutiram no alcance de relações dialógicas. Porém, sei que de alguma forma o processo e suas reflexões chegaram e produziram algo, não com o alcance intencionado, mas certamente com benefícios a quem sempre deve ser o foco de pesquisas na saúde: as pessoas e seus coletivos que buscam o cuidado em saúde. É sempre em prol de garantir melhor cuidado, melhor qualidade de vida e atendimento de necessidades que se deve desenhar e executar pesquisas na área da saúde. Fica o desejo de que com o tempo, de acordo com as possibilidades, os ecos se potencializem. Fica também o desejo que este processo ilumine outros com intenções similares, com consideração aos entraves encontrados.

Pelo grande peso do apoio insuficiente por parte da instituição e das chefias, ficaram questionamentos sobre quais teriam sido as repercussões alcançadas em uma realidade diferente, marcada por maior incentivo à participação e/ou abordagem do compromisso assumido, com solicitação de esforços na direção de envolvimento. Têm-se muitas perguntas, muito mais que respostas.

Assim, sugere-se que novos estudos explorem o que os gestores de instituições hospitalares pensam a respeito de processos formativos, com atenção ao lugar de relevância que os colocam, aos valores atribuídos e ao que entendem por apoio.

Ainda, pode-se dizer que foi um limite, mas simultaneamente uma potencialidade, ter focalizado apenas o profissional enfermeiro. Desse modo, fica a sugestão de estudo similar com

o envolvimento da diversidade de atores sociais que estão presentes nas UTINs, em especial demais profissionais de saúde, gestores e famílias.

8. REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K. et al. Tecendo a educação permanente em saúde em contexto hospitalar: relato de experiência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 8, p. e1924, 2018. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1924/1877>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ALS, H. Cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros. *Enciclopédia sobre desenvolvimento na primeira infância*. 2017. Disponível em:< <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2568/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes-prematuros.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

ALS, H.; MCANULTY, G. B. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Curr Womens Health Rev.*, v. 7, n. 3, p. 288–301, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4248304/>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ALTIMIER, L.; PHILLIPS, R.M. The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews (ELSEVIER)*, v. 13, n. 1, p. 9–22, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336912001997>>. Acesso em: 14 abr. 2017

ALVES, C. M. et al. Contribuições da Educação Permanente para Qualificação da Assistência de Enfermagem em um Hospital Público. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 22, n. 1, p. 87-94, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2018.22.01.12>>. Acesso em: 14 fev. 2019

ARAÚJO, L. F. S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Brasileira Pesq. Saúde*, v. 15, n. 3, p. 53-61, 2013. Disponível em: <<http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6326/4660>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

ARNEMANN, C. T.; GASTALDO, D.; KRUSE, M. H. L. Pesquisa Apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da Saúde no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p.121-31, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160763.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

AVERY, G. B. Perspectivas na década de 1990. *Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde soc.* v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2019.

AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas1. *Saúde e Sociedade*, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29570/31437> >. Acesso em 20 abr. 2019.

AZEVEDO, I. C.; et al. Educação Continuada em Enfermagem no Âmbito da Educação Permanente em Saúde: Revisão Integrativa de Literatura. *Saúde e Pesquisa*, v. 8, n. 1, p. 131-40, 2015. Disponível em: <

<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3275> >. Acesso em: 20 abr. 2019.

BALSANELLI, A. P.; DAVID, D. R.; FERRARI, T. G. Liderança do enfermeiro e sua relação com o ambiente de trabalho hospitalar. *Acta paul. enferm*, v. 31, n. 2, p. 187-93, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200187&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BARBOSA, A. C.; OLIVEIRA, I. C. S. O Advento das incubadoras no exterior e no Brasil: um ensaio histórico. *Pediatria Atual.*, v. 15, n. 6, 2002.

BONFADA, M. S. et al. Autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. *Enfermagem Brasil*. v. 17, n. 5, p. 527-34, 2018. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1503/4149>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BOYKIN, A.; SCHOENHOFER, S. O. Nurse as caring: A model for transforming practice. *Jones And Bartlett Publishers*, 2013. 136p. Disponível em: <http://www.gutenberg.org/files/42988/42988-pdf.pdf?session_id=138bc30f01be61d375e82257dd516db9c21b9c91>. Acesso em: 05 mar. 2019.

BRASIL. *Marco Legal da Primeira Infância*. Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.html>. Acesso em: 05 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Gabinete do Ministro, 2004. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html> >. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. 2016b. Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> >. Acesso em: 07 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico*. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf >. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 274 p. Disponível em:

<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf>. Acesso em 25 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília (DF); 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014*. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf>. Acesso em 20 abr. 2019.

BUSHE, G. R. Appreciative inquiry: theory and critique. In Boje, D.; Burnes, B.; Hassard, J. (eds) *The Routledge Companion to Organizational Change*, pp. 87-103. Oxford, UK: Routledge. Disponível: < <http://www.gervasebushe.ca/AITC.pdf>>. Acesso: 07 jan. 2019.

CAPRA, M. L. P. *A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde*. Orientador: Ceccim, Ricardo Burg. 2011. 241 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/36312>>. Acesso em: 19 abr. 2019>. Acesso em: 20 abr. 2019.

CARPER, B. A. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, v. 1, n. 1, p. 13-23, 1978.

CASTRO, D. F. A. et al. Promoção do desenvolvimento infantil, um olhar do projeto Nossas Crianças: Janelas de oportunidades. *Bol. Inst. Saúde*, v. 16, n. 1, p. 30-6, 2015. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_16_1_julho_2015.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CHIODI, L.C. et al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*, v. 25, n. 6, p. 969-74, 2012. Disponível em: <<http://redalyc.org/articulo.oa?id=307024805021>> Acesso em: 15 jan. 2015.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida*. 3ª edição. Lisboa: Lidel. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN-218/1999. *Aprova o Regulamento que disciplina sobre Juramento, Símbolo, Cores e Pedra utilizados na Enfermagem*. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2181999_4264.html>. Acesso em: 20 abr. 2019.

COOPERRIDER D.; WHITNEY, D. D.; STAVROS, J. M. *The Appreciative Inquiry Handbook: For Leaders of Change*. Crown Custom Publishing and Berrett-Koehler Publishers, 2008.

COUGHLIN, M.; GIBBINS, S.; HOATH, S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *J Adv Nurs*, v. 65, n. 10, p. 2239-48, 2009. Disponível em: <

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779463/pdf/jan0065-2239.pdf> >. Acesso em 10 ago. 2016.

CUSTODIO, N. et al. Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno. *Rev Enf UERJ*, v. 24, n. 1, p. e11659, 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a05.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). *Dados preliminares*. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/pnvsp.def>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

DORYAN, E. A.; GAUTAM, K. C.; FOEGE, W. H. O desafio político: compromisso e cooperação. In: YOUNG, M. E. *Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro das nossas crianças*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2010. cap. 13, p. 409-30. Disponível em: <https://issuu.com/fmcsv/docs/do_desenvolvimento_da_primeira_infancia_ao_desenvo>. Acesso em: 10 jul. 2019.

DORIGON, T. C., ROMANOWSKI, J. A reflexão em Dewey e Schon. *Revista Intersaberes*, v. 3, n. 5, p. 8-22, 2008. Disponível em: <<https://www.uninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/123/96%3E>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

EISENHAUER, E. R. An Interview With Dr Barbara A. Carper. *Advances In Nursing Science*, v. 38, n. 2, p.73-82, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25932816>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

FACIO, B. C. et al. (Un)receptiveness in interactions with professionals: experiences of parents of children with retinopathy of prematurity. *Rev. Esc. Enf. Usp*, v. 50, n. 6, p. 913-21, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/0080-6234-reeusp-50-06-00913.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

FANG, W.; et al. Relationships between optimism, educational environment, career adaptability and career motivation in nursing undergraduates: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, v. 68, p. 33-9, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.025>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enf*, v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672010000400011>>. Acesso em: 01 set. 2017

FERNANDES, N.G.V; SILVA, E. M. B. Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, n. 4, p.107-15, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a12.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

FLORES, G. E.; OLIVEIRA, D. L. L.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. 2, p. 487-504, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00118.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FUNDAÇÃO MARIA SOUTO VIDIGAL. *A fundação*. [20--]. Disponível em:<<https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/a-fundacao/#quem-somos>>. Acesso em: 02 out. 2015.

GADAMER, H. G. *Verdade e Método II*. Tradução de Ênio Paulo Giachini; revisão da tradução Márcia Sá Cavalcante-Schuback. Petrópolis: Vozes, 2011.

GAÍVA, M. A. M.; MARQUESI, M. C.; ROSA, M. K. O. O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, v. 9, n. 3, p. 602-9. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12561>>. Acesso em: 05 out. 2015.

GORDON, H. H. Perspectivas em neonatologia: 1980. In: AVERY, G.B. *Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1984. Cap. 1, p. 3-12.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. *Programa Mãe Coruja Pernambucana*. [20--]. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/programa-mae-coruja-pernambucana>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *São Paulo Pela Primeiríssima Infância*. [201-]. Disponível em: <<http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-da-crianca/sao-paulo-pela-primeirissima-infancia>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

HARRISON, H. The principles for Family-Centered Neonatal Care. *Pediatrics*, v. 92, n. 5, p. 643-50. 1993. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/92/5/643.full.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

HEIDEGGER M. *Ser e tempo*, Parte I e II. 3a ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

HENDERSON, V. *The Nature of Nursing. A definition and its implications for practice, research and education*. New York: Macmillan. 1966.

HERNÁNDEZ, N. K.; GRILLO, M. H. R.; LOVERA, A. Strategies for neonatal developmental care and family centered neonatal care. *Invest Educ Enferm*, v. 34, n. 1, p. 104-12. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v34n1/v34n1a12.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

IGLESIAS, E. V.; SHALALA V. Reduzindo as diferenças para as crianças pobres. In: YOUNG M. E. *Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro das nossas crianças*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010. cap. 12, p. 395-407. Disponível em: <https://issuu.com/fmcsv/docs/do_desenvolvimento_da_primeira_inf_ncia_ao_desenvo>. Acesso em: 10 jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/3548906>>. Acesso 13 dez. 2016.

IPCCF. Institute for Patient and Family Centered Care. *Institute for Patient - and Family - Centered Care*. Disponível em: <<http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>>. Acesso em: 10 jan 2017.

JHONSON, B. et al. Institute For Family-Centered Care. *Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: recommendations and promising practices*. 2.ed. 107p. Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/8805/fa5086c88bed57e29c35242fe0e01ac397fb.pdf>>.

Acesso em: 18 set. 2016.

KANT I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1988.

KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Rene*, v. 14, n. 6, p. 1061-3. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3708/2928>>.

Acesso em: 25 abr. 2019.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. Assistência aos pais. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. *Alto risco em neonatologia*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. cap. 5, p. 86-97.

KLOCK, P. *Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal*. 210 p. Tese de Doutorado - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/128695>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

KOHLBERG, L. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao Spain: Desclée de Brouwer, 1992.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru : a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 10, n. 3, p. 659–68, 2005. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. The nurses' work process in different countries: an integrative review. *Rev Bras Enf*, v. 71, n. 2, p. 413-23, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0413.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019

LEMONS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-22, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000300913&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2019.

LIMA, M. M. et al. Diálogo: rede que entrelaça a relação pedagógica no ensino prático-reflexivo. *Rev Bras Enferm*, v. 69, n. 4, p. 654-61, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0654.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

LOPES, R. E. Formação Reflexiva no Ensino da Enfermagem: discussão à luz de Schön. *Cad. Pes.*, São Luís, v. 22, n. 1, jan./abr. 2015

LUSSKY, R. C. A century of neonatal medicine. *Minnesota Med Assoc*, Mineápolis, v. 82, 1999. Disponível em: <http://www.neonatology.org/classics/mmacentury.pdf>.

MAGALHÃES, F. J. et al. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Rene*, v. 12, n. 1, p. 136-43, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4170>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

MARQUES, J. P. A “observação participante” na pesquisa de campo em Educação. *Educação em Foco*, n. 28, p. 263-84, 2016. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/educacaoemfoco/article/view/1221/985>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

MARSKI, B. S. L. *Cuidado desenvolvimental da teoria à prática do enfermeiro em unidade neonatal*. 2017. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8950>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

MATTIA, B. J.; KLEBA, M. E.; PRADO, M. L. Formação em enfermagem e a prática profissional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enf*, v. 71, n. 4, p. 2157-68, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2039.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

MELO, R. C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. P. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enferm*, v. 66, n. 5, p. 656-62, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/03.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

MENDES, L.; PEZZATO, L. M.; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciênc. saúde colet*, v. 21, n. 6, p. 1737-45, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1737.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

MILETTE, I. et al. Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the Neonatal Intensive Care Unit. Part A. *Canadian Journal Of Nursing Research*, v. 49, n. 2, p. 46-62. 2017a. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0844562117706882?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed>. Acesso em: 05 mar. 2019.

MILETTE, I. et al. Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the NICU. Part B. *Canadian Journal Of Nursing Research*, v. 49, n. 2, p.63-74, 2017b. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0844562117708126>. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0844562117708126>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.17, n. 3, p. 621-6, 2012.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1103-112, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000401103&lng=e>

MINAYO, M.C.S. et al (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MIRLASHARI, J. et al. Dark and Bright-Two Sides of Family-Centered Care in the NICU: A Qualitative Study. *Clin Nurs Res.*, 2018. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1054773818758171>>. Acesso em: 20 abr. 2018

&nrm=iso >. Acesso em: 05 Jan 2015.

NEVES, G. B. C. et al. Opinion of nurses on permanent education in a public hospital. *J of Nurs UFPE online*, v. 10, n. 5, p. 1625-34, 2016. Disponível em: <

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11158/12678> >. Acesso em: 15 jan. 2018.

NORA, C. R. D. ZOBOLI, E. VIEIRA, M. M. Sensibilidade moral dos enfermeiros avaliada por scoping review. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47162>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

OLIVEIRA, A. I. B. *Enfermeiro de unidade de terapia intensiva neonatal: motivação para a formação profissional*. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2018

OLIVEIRA, I. C. S. *Da mãe substituta à enfermeira pediatra: a construção do saber da enfermagem à criança hospitalizada*. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2019.

ORSI, K. C. S. C. et al. Efeito da redução de estímulos sensoriais e ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*, v. 49, n. 4, p. 550-5, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103361>>. Acesso em 03 out. 2015.

PELOQUIN, S.; CARLEY, A.; BONIFÁCIO, S. L.; GLASS, H. C. The Neurointensive Care Nursery and Evolving Roles for Nursing. *Neonatal Netw*, v. 35, n. 2, p. 87-94, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27052983>>. Acesso em: 30 ago. 2018

PIZZATO, M. G.; DA POIAN, V. R. L. Enfermagem em sistema de alojamento conjunto para recém-nascido e mãe. In: PIZZATO, M. G.; DA POIAN, V.R.L. *Enfermagem neonatológica*. Porto Alegre: Editora da Universidade Porto Alegre, 1982. cap. 3, p. 101-28.

POOL, I. A.; et al. Strategies for continuing professional development among younger, middle-aged, and older nurses: A biographical approach. *International Journal Of Nursing Studies*, v. 52, n. 5, p. 939-50, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.004>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

PORTUGAL. *Código Deontológico*, capítulo VI, artigo 97, Disponível em: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>> Acesso em: 10 out. 2018.

PORTUGAL. Decreto-Lei nº 161 de 4 de setembro de 1996. Regulamenta o Exercício Profissional do Enfermeiro. 1996. In: ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2019.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. *Plano Nacional pela Primeira Infância*. Brasília: RNPI, 2010. Disponível em: <<http://www.primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

ROACH, M.S. *Caring, the human mode of being: a blueprint for the health professionals*. 2nd rev. ed. Ottawa: Canadian Healthcare Association Press. Copy from Archives of Caring in Nursing, Christine E. Lynn College of Nursing, Florida Atlantic University, ARC-005 Sister Simone Roach Papers, 1958-2005, used by permission.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). *Rev Eletr Enf*, v. 06, n. 02, p. 286-91, 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R3_primordio.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

SANTOS, A. G. S. et al. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 33, n. 3, p. 1-11, 2017. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2018/04/O-cuidado-em-enfermagem-analisado-segundo-a-ess%C3%Aancia-do-cuidado-de-Martin.pdf>>. Acesso em: 01 abr 2019.

SANTOS, A. O. NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer: Revista do hospital de crianças Maria Pia*, v. 20, n. 1, p. 26-31, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SCHON, D. *Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e aprendizagem*. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SCOCHI, C. G. S. *A humanização da assistência hospitalar ao bebê pré-termo: bases teóricas para o cuidado de enfermagem*. Ribeirão preto, 2000. 245p. Tese (livre docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Cap 2, p.38-125.

TOLEDO, J. R. et al. Emblemas e rituais: reconstruindo a história da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 12, n. 2, p. 243–50, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2019.

TRAJKOVSKI, S. et al. Implementing the 4D cycle of appreciative inquiry in health care: a methodological review. *Journal Of Advanced Nursing*, v. 69, n. 6, p.1224-34, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.12086>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

UNESCO. Escritório da UNESCO no Brasil. *Políticas para a primeira infância : notas sobre experiências internacionais*. – Brasília: UNESCO, 2005. Disponível em: <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139076>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

VIEIRA, M. M. S. *A Vulnerabilidade e o Respeito no Cuidado ao Outro*. Tese (Doutorado) - Curso de Filosofia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2002. 322 f.

WALDOW, V. R. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

WALDOW, V. R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, v. 17, n. 1, p. 13-25, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516002>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

WATKINS, S.; DEWAR, B.; KENNEDY, C. Appreciative Inquiry as an intervention to change nursing practice in in-patient settings: An integrative review. *International Journal Of Nursing Studies*, v. 60, p. 179-90, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27297379>>. Acesso em: 07 jan. 2019

WERNET, M. et al. Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. *Rev Bras Enferm*. v. 68, n. 2, p. 228-34, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0228.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2015.

WHITE, J. Patterns of knowing: Review, critique and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World health statistics annual: 2018*. Geneva, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>>. Acesso em: 01 abr. 2019

XAVIER, R. B.; SZYMANSKI, H. Compreensão de diálogo em um processo de construção coletiva do projeto político-pedagógico. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, v. 96, n. 242, p. 61-78, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v96n242/2176-6681-rbeped-96-242-00061.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019

YARBROUGH, S.; et al. Professional values, job satisfaction, career development, and intent to stay. *Nursing Ethics*, v. 24, n. 6, p. 675-85, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1177/0969733015623098>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

9. ANEXOS

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: EFEITOS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CUIDADO DE ENFERMEIROS DE UNIDADES NEONATAIS

Pesquisador: Beatriz Castanheira Facio

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55329516.0.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.904.898

Apresentação do Projeto:

Introdução: No Brasil e no mundo são crescentes as políticas e programas voltados a diminuir as morbidades e crescer a sobrevida e bem-estar de recém-nascidos (RNs) críticos (BRASIL, 2011a; DARLOW et al., 2012; WHO, 2015). E, dentre os caminhos está o investimento na qualificação do cuidado em saúde por meio de intervenções educativas. Ao tomarmos a morbimortalidade neonatal no Brasil em conjunto com as recomendações de proteção ao desenvolvimento infantil, infere-se que as prioridades temáticas aos processos educativos permeariam o cuidado voltado à promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade. A atuação do enfermeiro na UTIN envolve tomadas de decisão que abordem, dentre outros temas, aqueles relacionados aos apontamentos acima. Assim, investimentos na sua qualificação podem contribuir com desfechos positivos ao cuidado em saúde e, como extensão na qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos desse cuidado: RN e sua família.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: Analisar os efeitos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.631.717

conhecimento e práticas de enfermeiros de UTIN, nas temáticas “Cuidado do enfermeiro diante distúrbios respiratórios no RN crítico hospitalizado” e “Cuidado de enfermagem à pessoa do RN crítico e sua família”. Metodologia: Estudo misto, cuja parte quantitativa se caracteriza enquanto longitudinal e quase-experimental. Tem como potenciais sujeitos os enfermeiros de todas as Unidades de Terapia Intensiva de um município do interior paulista, bem como prontuários de recém-nascidos críticos atendidos nestes setores. A coleta de dados está estruturada a partir da triangulação e contempla quatro etapas: 1) Avaliação, pré-intervenção, dos registros de enfermeiros relativos ao “Cuidado de enfermagem diante distúrbios respiratórios no RN crítico hospitalizado” e “Cuidado de enfermagem à pessoa do RN crítico e sua família”, acrescido de observação estruturada não participante relativa à atuação dos enfermeiros no desempenho dos cuidados supracitados; 2) Caracterização dos enfermeiros em termos de idade, sexo, formação acadêmica e experiência em UTIN, seguida de intervenção educativa ancorada em aprendizagem significativa e metodologias ativas; 3) Grupo focal pós-intervenção, com foco nos efeitos da intervenção educativa gerados nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros, com análise qualitativa dos dados por meio de Pesquisa de Narrativa e sob a luz do Interacionismo Simbólico. 4) Avaliação, pós-intervenção, dos registros em prontuários e observação estruturada não participante; 5) Análise comparativa das etapas 1 e 3, utilizando-se de método multivariado. Respeitar-se-ão, durante todo o estudo, as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os efeitos de intervenção educativa no conhecimento e práticas de enfermeiros de UTIN, nas temáticas “Cuidado do enfermeiro diante distúrbios respiratórios no RN crítico hospitalizado” e “Cuidado de enfermagem à pessoa do RN crítico e sua família”.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os enfermeiros das UTINs quanto à formação, tempo de atuação na área e no atual

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.631.717

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_692517.pdf	13/06/2016 12:01:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	13/06/2016 12:00:25	Beatriz Castanheira Facio	Aceito
Folha de Rosto	Folha_CEP.pdf	12/04/2016 11:43:29	Beatriz Castanheira Facio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_ .jpg	08/04/2016 00:14:29	Beatriz Castanheira Facio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_ .jpg	08/04/2016 00:14:15	Beatriz Castanheira Facio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_ .pdf	08/04/2016 00:14:00	Beatriz Castanheira Facio	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/04/2016 00:05:23	Beatriz Castanheira Facio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versaofinal.pdf	08/04/2016 00:03:52	Beatriz Castanheira Facio	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 11 de Julho de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

10. APÊNDICES

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Diante do seu conceito (conceito do enfermeiro) de cuidado desenvolvimental, como você entende que consegue desenvolver e inserir em seu cotidiano de trabalho ações que protegem e promovem o cuidado desenvolvimental ao recém-nascido crítico? Dê um exemplo.

- Como você se sente fazendo ações nesse sentido?
- Você gostaria de fazer algo diferente? Por que não o faz?
- Você identifica potencialidades para inserir/realizar o cuidado desenvolvimental em sua prática assistencial?
- Você valoriza as ações que promovem e protegem o cuidado desenvolvimental do recém-nascido crítico? Por quê?
- Quando e como entrou em contato com esse conhecimento?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa sob o título *EFEITOS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CUIDADO DE ENFERMEIROS DE UNIDADES NEONATAIS*, desenvolvido como integrante das atividades de meu doutoramento junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Este estudo conta com uma equipe de pesquisadores que apoiam seu desenvolvimento, sendo eles três docentes Profa. Giselle Dupas, Profa. Jamile Bussadori e Profa. Monika Wernet, essa última orientadora do mesmo. Além delas há duas mestrandas do mesmo programa. Você foi selecionado(a) por ser enfermeiro atuante em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), contudo sua participação não é obrigatória. O objetivo deste estudo é "Analisar os efeitos de intervenção educativa no conhecimento e práticas de enfermeiros de UTIN nas temáticas do Cuidado Centrado na Família e Cuidado Desenvolvimental." Sua participação nesta pesquisa consiste, primeira e indiretamente, quando forem coletados registros feitos em prontuário acerca do cuidado ao recém-nascido (RN) no âmbito desenvolvimental e respiratório, bem como durante a observação, realizada por mim, da assistência prestada ao RN. Posteriormente, em completar um instrumento com dados sobre sua formação e atuação enquanto enfermeiro, além de integrar intervenção educativa em dia e horário pactuados com você, assim como participar de entrevista individual, uma antes e outra após a intervenção educativa com foco nas transformações que essa trouxe a sua prática profissional na assistência ao recém-nascido e sua família. Essas últimas serão gravadas em áudio para evitar a perda de dados importantes. Os dados obtidos no instrumento serão tabulados em porcentagens para caracterização dos enfermeiros e os relativos às entrevistas serão analisados para identificar o impacto da intervenção educativa. Cabe ainda mencionar que além das estratégias acima se intenciona obter autorização dos familiares de RN para acessar os prontuários, especificamente as anotações de enfermeiros com vistas a caracterizar transformações nos registros da unidade antes e após a intervenção educativa. Nenhum enfermeiro será apreciado enquanto pessoa, mas sim os registros de enfermeiros como um todo. Como benefício do estudo, aponta-se a vivência de uma intervenção educativa em duas temáticas prevalentes na assistência a recém-nascidos críticos e sua família, assim como a contribuição para caminhos de qualificação do cuidado em UTIN. Quanto a riscos, há o acesso aos registros em prontuários realizados por você, com os quais se assume postura ética, com compromisso de preservação da identidade. As informações obtidas são confidenciais, sendo o acesso restrito a mim, à minha orientadora, Profa. Dra. Monika Wernet e uma aluna de mestrado do PPGEnf que integra a equipe de pesquisadores deste estudo. É garantido anonimato ao participante e demais indivíduos cujos nomes forem citados. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A participação no estudo não acarretará em gastos para você, nem qualquer tipo de pagamento. Para o deslocamento até a UFSCar, local onde se prospecta a ocorrência da atividade educativa será oferecido vale transporte mediante sua sinalização. Acrescenta-se ainda que, em caso de dano decorrente de participação na pesquisa, você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país. Você receberá uma cópia deste termo, que contém dados para contato com a pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Adiciono que os resultados poderão vir a ser divulgados em eventos científicos e publicações científicas, ressaltando que a forma de divulgação não possibilitará sua identificação.

Assinatura do pesquisador

Beatriz Castanheira Faccio
 Rodovia Washington Luís, Km 235. Departamento de Enfermagem,
 Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSCAR. São Carlos - SP
 Fone: (016) 98213-0664
 E-mail: beatriz.faccio@gmail.com

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luís, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br. Sei também que posso desistir de integrar o estudo a qualquer momento sem ônus disso e, que para tanto devo contatar a pesquisadora principal Beatriz Castanheira Faccio.

Local e data _____, ____ de _____ 201__.

 Sujeito da pesquisa

APÊNDICE C: PÔSTERES

Ambiente curativo

Lembre-se que:

CUIDADO DESENVOLVIMENTAL visa colaborar com o processo organizacional do recém-nascido prematuro (RNPT).

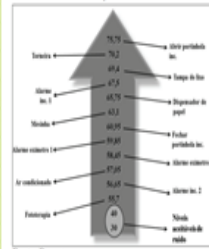
Para tanto, atua em prol de reduzir potenciais complicações associadas à internação hospitalar, reconhecendo as fragilidades físicas, psicológicas e emocionais deste e sua família.

AMBIENTE CURATIVO: Controle da parte física (luz, som e temperatura) e sensorial (tato, olfato, audição, visão e paladar), bem como da exposição a fatores químicos (medicamentos e alimentos) acrescentando-se elementos relacionais; da equipe de saúde e protocolos que sustentem todas as condições citadas.

Os níveis de ruído na UTIN variam de 7 dB a 120 dB, e frequentemente excedem o nível máximo aceitável de 45 dB, recomendado pela Academia Americana de Pediatria.

dB	EXEMPLOS
30	Biblioteca silenciosa, sussurro leve
40	Sala de estar, geladeira, quarto longe do trânsito
50	Trabalho leve, conversa normal, escritório silencioso
60	Ar condicionado com 5 m de distância, máquina de costura
70	Aspirador de pó, secador de cabelo, restaurante barulhento
80	Tráfego médio de cidade, cistão de fio, despertador com 60 cm de distância
90	Motô, motocicleta, tráfego de caminhão, máquina de cortar grama
100	Caminhão de fio, serra elétrica, furadeira pneumática
120	Concerto de Rock em frente as casas de som, tráfego
140	Espargimento de caca, avião a jato
180	Lançamento de foguete

Figura 1 – Fontes de ruídos avaliadas na UCIN, em decibéis. Londrina, 2012.



Fonte: Do autor.

Tabela 1 – Principais fontes de ruído e seus efeitos para os RNs apontados pelos profissionais da UN, Londrina, 2012

Fontes de ruídos		Efeitos dos ruídos			
n	%	n	%		
Alertas de aparelhos	13	33	Alterações auditivas	7	29
Conversas paralelas	9	23	Instabilidade e estresse	6	25
Telefone	5	13	Alterações no ciclo de sono e vigília	6	25
Luzes	4	10	Descanso	2	8
Objetos sendo arrastados	2	5	Taquicardia	1	4
Intercâmbios	2	5	Hiperatividade	1	4
Falta intenc de pessoas	1	3	Distúrbios comportamentais a longo prazo	1	4
Graveto do carrinho de emergência	1	3			
Lavagem da incubadora	1	3			
Válvula rotativa de oxigênio	1	3			
Portinhola da incubadora	1	3			

Fonte: Do autor.

O problema é a imaturidade do sistema nervoso central (SNC) e diminuição das habilidades autonômicas e de auto-regulação para lidar com o estresse até 32 a 34 semanas de idade pós-menstrual, que pode gerar:

- ❖ Respostas estressoras como apneia, hipoxemia, alternância na saturação de oxigênio e aumento do consumo de oxigênio secundário a elevadas taxas cardíacas e respiratórias e pode, portanto, diminuir a quantidade de calorias disponíveis para o crescimento;
- ❖ Mudança a atividade elétrica do SNC com ruídos na faixa entre 36dB e 90 dB
- ❖ Aumentos na pressão intracraniana, além de mudanças eletromiográficas e comportamentais quando ocorrem ruídos súbitos
- ❖ Influências no sistema neuroendócrino e imunidade quando excessivo
- ❖ Hiperestimulação das células ciliadas do órgão de Corti, acarretando sua destruição e, conseqüentemente, a perda auditiva progressiva.

- Recomenda-se que o nível de luz ambiente em cada cabeceira seja ajustável de **10 a 600 lux**. No entanto, a intensidade da luz em algumas UTIN foi medida em **821,1 lux durante períodos intensos de iluminação** e em **1.280 lux quando uma lâmpada processual é usada**.

A luz brilhante continua tem sido relacionada ao **estresse infantil**, como evidenciado pelo aumento dos níveis de atividade, diminuição do sono e bradicardia.

SONO: Fator importante por influenciar na plasticidade cerebral!

É importante avaliar, respeitar e documentar o estado de (in)atividade do recém-nascido na execução do cuidado. Acrescenta-se a oferta de um ambiente que favoreça o ciclo circadiano, em que não haja luz e sons excessivos.

Pesquisa aponta que os RNPT necessitam de **22h de sono/dia** enquanto outro estudo indica em média um alcançe de 17h/dia.

A inexistência de rotinas na UTIN que propiciam o cuidado individualizado aos neonatos pode ter contribuído em parte para a privação do sono dos RNPT.

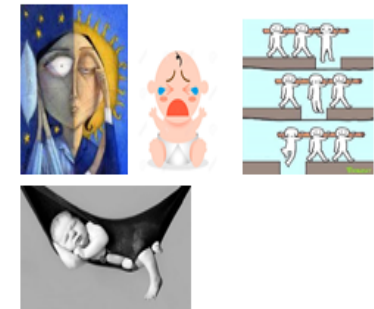
Inconformidades no ritmo circadiano podem resultar em desfechos clínicos adversos, como: **crescimento pobre e distúrbios do sono**. Estes resultados, se presentes, são susceptíveis de **afetar** o período de permanência no hospital e os resultados a **longo prazo no desenvolvimento neurológico**.

O **CUIDADO** pode ser visto como um desafio, visto que é preciso ofertar uma assistência sensível em um ambiente demasiadamente tecnológico e promover proteção em um ambiente multisensorial com excessiva intensidade dos estímulos, com destaque para o desempenho do enfermeiro enquanto gestor do ambiente

O que fazer?

- Atentar-se ao nível sonoro da conversa
 - Abrir e fechar portinholas delicadamente
 - Evitar depositar materiais diretamente sobre a incubadora. Preferir o uso da bandeja lateral ou bancada!
 - Proteger os olhos do RNPT de luz intensa direta
 - Agrupar cuidados para evitar manipulação excessiva
 - Promover e respeitar a “hora do soninho”
- (Aquele “ajeitadinho” é manipulação! Interrompa só frente a problemas ou algum cuidado totalmente inadiável)

CONTAMOS COM A COLABORAÇÃO DE TODOS!



Sono

PROTEÇÃO DO SONO DO RNPT: DEVER E COMPROMISSO ASSISTENCIAL

- **A proteção ao ciclo do sono do RNPT articula-se com maturação neurológica, preservação da plasticidade cerebral e função imunológica. (Bonan et al, 2015).**
- **O RNPT tem um ciclo de sono de ritmo ultradiano, permanecendo 3-4 horas dormindo e por volta de 1 hora desperto. Três são os estágios de seu sono: sono ativo, vinculado à maturação e diferenciação do Sistema Nervoso Central, memória e aprendizado; sono quieto, correlacionado com síntese de proteínas e liberação de hormônio de crescimento; e, sono indeterminado (Dorn et al, 2014).**
- **Durante hospitalização o RNPT pode vivenciar ambientes com estímulos danosos, como exposição contínua a luminosidade e estímulos sonoros danosos; manipulação desorganizada e constante e vivência de variações de temperatura ambiental). Estes aspectos promovem interrupções nos ciclos de sono, com desdobramentos ao desenvolvimento e recuperação do RNPT! (Bonan et al, 2015)**

Dor

MANEJO DA DOR NEONATAL: USO DE SOLUÇÕES ADOCICADAS

As soluções adocicadas, aplicadas diretamente sobre a língua do RN, diminuem a duração do choro, atenuam a mímica facial de dor, minimizam a elevação da frequência cardíaca e os escores na aplicação de escalas de avaliação da dor. O mecanismo de ação aparentemente envolve: 1) o fato de a sensação adocicada estimular o paladar e ativar áreas corticais relacionadas ao prazer capazes de promover efeitos fisiológicos e sensoriais, com a liberação de opioides endógenos que ocupam receptores próprios (principalmente μ) e modulam experiência dolorosa. Nesse caso, os benefícios aumentam quando associados à sucção não nutritiva.; 2) ação de opioides endógenos ocupando os nociceptores e modulando a transmissão neuronal do estímulo algico. (MOTTA; CUNHA, 2014)

* GLICOSE: O Ministério da Saúde (2002) recomenda uso de soro glicosado a 25% no volume de 2ml para termos e 1ml para prematuros.

* SACAROSE: A Academia Americana de Pediatria (2006) orienta doses entre 0,012 e 0,12 gramas (0,05 a 0,5 ml de solução a 24%) e sugere que múltiplas doses para procedimentos dolorosos (2 minutos antes e 1 a 2 minutos depois) são mais efetivas do que doses únicas. Estudo (2006) traz doses-limite conforme a idade gestacional, sendo de 0,5 ml para RNs entre 27 e 31 semanas, 1 ml para RNs entre 32 e 36 semanas e 2 ml para RNs com 37 semanas de idade gestacional ou mais.

APÊNDICE D: FOLDER PARA A FAMÍLIA – “VOCÊ SABIA?”

Estamos trabalhando para garantir um AMBIENTE mais tranquilo ao seu bebê por meio de:

- Redução de sons e luz
- Redução de manipulação
- Cumprimento da “hora do soninho”
- Apoio aos familiares

Por isso, esse impresso traz algumas curiosidades sobre particularidades do prematuro.

Contamos com seu apoio!



Desenvolvido por: Ms. Beatriz Castanheira Facio
Sob orientação de: Profª Drª Monika Wernet

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Apoio: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

2017/2018

VOCÊ SABIA?



*Ao nascimento, a visão do bebê é relativamente baixa por causa da imaturidade de algumas estruturas.

*A fixação monocular só estará bem desenvolvida aos 2 meses e a visão binocular entre 3 e 7 meses de vida.

*A atividade visual melhora muito rapidamente nos primeiros 3 meses de vida e depois mais lentamente. Aos 3-4 anos, acredita-se que o sistema esteja totalmente desenvolvido, podendo ser moldado até 8 a 10 anos.

Não deixe de trazê-lo(a) para bem pertinho de você(s)! ☺



Como se desenvolve?

- 6ª semana gestacional (SG): inicia o desenvolvimento do sistema auditivo

- 13ª SG: formação completa da cóclea, parte auditiva interna

- 25ª SG: o feto está apto a ouvir

- 28ª SG: as conexões neurais necessárias para receber, reconhecer e reagir à linguagem, à música e aos sons ambientais significativos já estão funcionando

- 30ª SG em diante: o sistema maduro é capaz de distinguir fonemas e receber sons complexos, sendo que volta da 35ª tal desenvolvimento facilita aprendizagem e memória.

Como ele(a) já ouve, que tal conversar, cantar ou contar histórias? Mas lembre-se que precisa ser bem baixinho! ☺

O que é recomendado para esses 2 temas?

A Academia Americana de Pediatria recomenda **45 dB** como nível **máximo aceitável** de ruído. Isso equivale a uma conversação em tom normal ou barulho da geladeira! Recomenda-se também que o nível de luz ambiente em cada cabeceira seja ajustável de **10 a 600 lux**.

Posicionamento

Antes de nascer, o feto está cercado pelas paredes uterinas, que servem de apoio e referência para os seus movimentos. Quando colocado em incubadora, o bebê se vê sem tais limites.

A existência desse ninho, dos rolos e coxins serve para deixá-lo(a) confortável e protegido(a) de lesões!

Sono

Até o terceiro e quarto meses, os bebês costumam dormir até cerca de 16 horas/dia! O ciclo sono-vigília ocorre inclusive durante o período noturno, indo do descanso tranquilo e profundo ao mais ativo. Este equivale ao sono REM do adulto, período de maior ocorrência de sonhos, e ocupa cerca de 50% a 80% do sono do bebê. O padrão muda no restante da vida, com redução progressiva do sono REM.

Para garantir o descanso, temos a “hora do soninho”. São na verdade períodos superiores a 60 minutos em que não manipulamos o bebê (a não ser que haja algum problema ou cuidado indispensável), apagamos a maioria das luzes e diminuímos ao máximo qualquer ruído.

Sono profundo	Descansa tranquilamente
Sono rápido	Move-se enquanto dorme e reage aos sons
Sonolência	Olhos cerrando-se. Dormirá em seguida
Vigília descontraída	Olhos abertos com expressão radiante
Vigília ativa	Mímica facial. Todo corpo se move
Choro	Chora, até grita. Agita o corpo

Pele

No prematuro, a menor quantidade de estrato córneo é responsável pela aparência grosseira e gelatinosa da pele nos dias imediatamente após o parto. Estimulado por exposição ao ambiente extra-uterino mais seco, bebês extremamente prematuros passam por maturação acelerada da pele e em cerca de 14 dias de vida é notável a melhora na flexibilidade e aparência!

Por isso são realizados cuidados na fixação e retirada de adesivos, uso de produtos e quantidade de banhos semanais, aplicação de hidratantes, etc.

Mesmo sendo frágil, é importante que você(s) o(a) toquem de forma suave!

O carinho dos pais e familiares é muito importante!

Lembre-se apenas de sempre lavar as mãos ao entrar e sair da UTIN! ☺

Além disso tudo, pensamos no *crescimento e desenvolvimento* como um todo, cuidando também do *controle da dor e de infecções*, da *parte nutricional* (com valorização do leite materno) e muitas outras questões!

A atenção a você(s) também está inclusa na boa assistência ao bebê. Contem conosco! ☺

APÊNDICE E: RESUMO DAS OFICINAS

Manejo da dor neonatal: evidências atuais e transformação do conhecimento em ação

Iniciou-se com um slide sobre a história de Jeffrey Lawson: Nascido em fevereiro de 1985 com 25 semanas de idade gestacional e 760 g, foi submetido à cirurgia cardíaca somente com Pavulon, tendo falecido 5 semanas depois. Foi dito à mãe que ele estava muito doente para tolerar anestésicos. Isto foi publicado no Washington Post e chamou a atenção da mídia.

Em 1996 a American Pain Society estabeleceu o prêmio Jeffrey Lawson Award, após sua mãe chamar atenção de organizações profissionais sobre a execução de procedimentos sem analgesia. O prêmio reconhece e apoia os esforços para melhorar a gestão da dor em crianças.

Em âmbito Nacional, estudos mostram que um bebê prematuro recebe de 2 a 6 procedimentos dolorosos/ dia (aspiração, coleta de sangue, inserção de cateter). Exceto vacinas, que no caso de bebês saudáveis são cerca de 16 injeções até 12 meses.

Cientificamente sabe-se que um bebê percebe a dor, porém sua resposta inespecífica (como choro) pode gerar má interpretação e então culminar em ausência de manejo. Importância de ter bons instrumentos de avaliação e saber como utilizá-los.

Definição de dor

-Experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de uma lesão tecidual, real ou potencial. É sempre subjetiva e o indivíduo aprende a descrevê-la a partir de suas experiências anteriores (IASP, 1979).

-A inabilidade do indivíduo em comunicar verbalmente a dor não o impossibilita de estar sentindo-a e que esteja precisando de alguma intervenção visando ao seu alívio (IASP, 2001).

Declaração universal dos direitos do bebê prematuro:

- artigo IV: Nenhum prematuro será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante. Sua dor deverá ser sempre considerada, prevenida e tratada por meio dos processos disponibilizados pela ciência atual. Nenhum novo procedimento doloroso poderá ser iniciado até que o bebê se reorganize e se restabeleça da intervenção anterior. Negar-lhe esse direito é crime de tortura contra a vida humana.

Estímulos nociceptivos

Ativam regiões cerebrais corticais e subcorticais até mesmo em RN com 25sem IG, ocasionando, por exemplo, aumento do nível concentração hemoglobina córtex somatossensorial contralateral ativam no RN. Quando repetidos podem desencadear um aumento na magnitude e diminuição do limiar de resposta da dor.

- Alterações comportamentais imediatas: mímicas faciais, movimentação corporal (abrir palmas das mãos, punho cerrado) e choro.

- Alterações fisiológicas: aumento da concentração de cortisol, aumento da frequência cardíaca) e diminuição da Saturação de O2.

- Alterações comportamentais em longo prazo: Alterações da estrutura cerebral (ex: diminuição da espessura da substância cinzenta), aumento ou diminuição de cortisol ou platô desses níveis, piora no desenvolvimento cognitivo, motor aos 18 meses e 7 anos de vida.

- Fatores que influenciam na resposta: Estado de sono e vigília basal, experiências prévias, maturidade, tipo de procedimento, presença ou não de familiar

Alguns cuidados

- Realizar o procedimento longe dos horários de repouso e mamada do RN;*
- Iniciar o procedimento com o RN em alerta quieto;*
- Propiciar ambiente calmo e tranquilo, livre de ruído e luminosidade;*
- Envolver a participação da mãe no procedimento;*
- Monitorar a dor no RN como o 5o sinal vital, utilizando escalas validadas;*
- Continuar a monitorar os parâmetros fisiológicos após o procedimento até o mesmo retornar as condições basais;*
- Não planejar qualquer outro procedimento invasivo antes de 2 h.*
- Realizar com o RN em alerta quieto; local calmo; não planejar outro procedimento nas próximas 2 horas.*

Manejo da dor

- *Sacarose: É uma medida que alivia a dor, mas não elimina. Deve ser administrada de forma VO, 2 minutos antes do procedimento, quando 0,5ml podem ser feitos até 10 vezes no dia. A dose mínima é de 0,01 a 0,2 g sacarose 24% (PT) e 0,24 a 0,50 g (T). Tem duração efetiva de 5-10 minutos e o efeito ocorre através do estímulo oro-gustativo, com liberação de opioides endógenos (Beta endorfina). A administração deve ser fracionada e usada com cautela para RNPT, sendo uma ação efetiva até 1 ano. Não efetiva em RN filhos de mães em uso de metadona. Orienta-se combinação com outras medidas.*

Há diversos estudos que estudam os efeitos do uso de sacarose nas diferentes idades

***** RN (1000g) submetido a 10 procedimentos dolorosos/dia utilizando 0,5-1,0ml de sacarose*

24% = ofertar a uma criança de 1 ano (10Kg), 1/2 lata de refrigerante a base de coca por dia (~42g/355ml)

- *Glicose: É alternativa à sacarose, sendo recomendado de 0,2 a 2ml de solução a 20-30%. Há diversos estudos que comparam com demais medidas de alívio e um fluxograma para uso de glicose 20 ou 25% no alívio da dor neonatal.*

- *Anestésico tópico: Inibe o fluxo de íons que iniciam e conduzem o impulso doloroso. Não é efetivo para punções de calcâneo.*

Lidocaína-prilocaina 5% (EMLA): subcutânea e IM; não altera imunogenicidade da vacina (MMR, DPT, polio, Haemophilus influenzae);

Tetracaína 4% (Ametop): subcutânea; maior efeito analgésico lidocaína-prilocaina

Liposomal lidocaína (LMX4): venopunção e injeção; penetra mais profundamente do que lidocaína-prilocaina

Vapocoolant spray (ethyl vinyl chloride): U\$50 centavos; tão efetivo quanto lidocaína-prolocaína (1 estudo)

- *Contenção facilitada: Conter braços e pernas do RN em posição fletida, em linha média e próxima ao tronco. Quanto à aplicabilidade clínica: 3 min antes, durante e 3 minutos após o procedimento, sendo necessário duas pessoas (envolver os pais). Promove diminuição da FC e choro.*

- *Sucção não nutritiva: Chupeta ou dedo enluvado na cavidade oral do RN para promover a sucção sem o uso de leite ou sucção no peito. Trata-se de estímulo orotátil e mecanorreceptor, não opioide, cujo efeito cessa imediatamente. Sobre aplicabilidade: 3 min antes procedimento, durante e após, é preciso que o bebê faça > 30 sucções/min, melhor quando combinada com glicose ou sacarose.*

- *Amamentação: Há forte evidência de AM em RN a termo saudáveis durante a punção de calcâneo e a venopunção; moderada evidência de AM até 12 meses de idade na vacinação. Iniciar AM 2-5 minutos antes, devendo haver sucções ativas durante, manter após.*

Revisão Cochrane aponta que AM > glicose 25%, EMLA, vapoccolant, colo materno, massagem. (HARRISON et al., 2016)

- *Posição Canguru: É um método efetivo de alívio da dor, que favorece ainda fortalecimento de vínculo. Estudo compara placebo e canguru + glicose (CHERMOUNT et al., 2009)*

O quanto os profissionais sabem e como tratam?

Nesse momento, conta da experiência própria ao desenvolver um estudo interventivo.

Compartilho por fim, alguns artigos desta profissional:

Castral T et al. The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. European Journal of Pain 2008; 12(4):264-27.

Castral T et al. Heel prick in infants: Evidence for a less painful procedure. In: Acute Pain, New York: Nova Science Publishers Inc., prelo.

Castral T et al. (2008). Maternal non-pharmacological interventions for neonatal pain relief: what do we need to transform them into action? (pp. 231-245). In: Greco PS, Francesco MC. Pain Management: New research, New York: Nova Science Publishers Inc., 2008.

A família na UTIN – repercussões na assistência ao pré-termo e desafios da equipe de enfermagem

“Pensar família é estar sensibilizado a ela. Estar sensibilizado significa ter disposição interna para agir, não necessariamente saber trabalhar com a família. Trata-se de estar aberto a, em um movimento de buscar conhecimento e habilidades para estar com. Significa desejo de transformar o cuidado ofertado, acrescentando nele a orientação de acolher. É QUERER ENCONTRAR NOVAS FORMAS DE SER E AGIR COM FAMÍLIAS. (AMADOR et al, 2015).

Ontem nossa palestrante Flávia assinalou PROCESSO DE TRABALHO está ancorado NA QUESTÃO DA CULTURA ORGANIZACIONAL e, utilizando-se do referencial da MUDANÇA DA CULTURA ORGANIZACIONAL relatou a experiência de um trabalho na UTIN do Hospital São Paulo, que pode ser acessado em seu estudo de doutoramento (BALBINO, Flavia Simphronio, 2016).

Segundo ela, O PRIMEIRO PASSO É QUERER DESCONGELAR O STATUS QUO!!! Seu exemplo mostrou que não é fácil, mas ao escolher representantes chaves (médico, enfermeiro, nutricionista, gestor, um familiar, fisioterapeuta) que se encontraram longitudinalmente para rever missão, filosofia, valores e redigir protocolos que se aproximaram da filosofia CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA, chegaram ao que era possível a eles para efetivar um cuidado mais coerente com esta perspectiva já amplamente recomendada e sinalizada como essencial desde os anos de 1990 nacional e internacionalmente.

E, como ela finalizou sua palestra, É UM CAMINHAR CONTÍNUO, nada nunca estará pronto, pois assim é o cotidiano assistencial em hospitais, seja no cuidado às pessoas ou nas terapêuticas mais direcionadas ao corpo, adoecimento. Uma pena que tem sido impossível para vocês estarem nestas palestras. Há enfermeiros de outros setores da instituição que estão indo, contudo, não posso deixar de dizer serem vocês as pessoas que nos motivaram a montar este workshop. Espero que consigam estar no mês de novembro. Em breve compartilho informações. Beijos, Monika”.

Boas práticas para a redução dos efeitos deletérios auditivos e visuais do bebê prematuro em unidades neonatais

Hoje na apresentação sobre "Boas práticas para a redução dos efeitos deletérios auditivos e visuais do bebê prematuro em unidades neonatais" foi destacada a importância de refletir sobre os efeitos de nossas intervenções ao desenvolvimento do prematuro, bem como a qualidade de vida resultante da oferta do cuidado. Começou dizendo que o útero é o ambiente ideal, pois há ali repouso absoluto em 80% do tempo, com sono apropriado e consequentemente, benefícios para o desenvolvimento adequado. Mas que a realidade se torna outra, quando o bebê passa a desenvolver-se na UTIN, onde há 95% mais luz do que no útero, aumentada em 30x pela existência de lâmpadas e dispositivos. Teve também dados sobre quantidade de manipulações e efeitos disso.

Trouxe então informações sobre o desenvolvimento auditivo e visual, abordando algumas particularidades e o fato de ser o prematuro alguém muito suscetível a estímulos do meio, com riscos à maturação cerebral anormal pela pouca habilidade em adaptação. Nesse sentido, defendeu ser preciso considerar como é feita a aproximação com ele. Como você se sentiria se alguém lhe punccionasse durante o sono?

Destacou que, antes de agirmos, é importante olharmos para o que o RN nos comunica e respeitar seus estados. Que precisamos considerar os sinais de estresse que ele demonstra e também saber interpretar quando aparecem, porque nem sempre são imediatos. Uma apneia ou aumento de resíduo gástrico podem ser reflexos de uma situação de estresse. Contou de um bebê que estava evoluindo bem em ar ambiente desde o dia anterior, mas que então a tarde precisou voltar ao suporte ventilatório. Nada tinha ocorrido de diferente, a não ser inúmeras tentativas de punção, durante 30 minutos, ao fim da manhã.

Atentem-se ao ambiente, em reduzir o que for desnecessário! Atenção às conversas e manipulações, ao volume de telefones, aos alarmes. Atenção ao bebê que ali está! Dê tempo para que ele se acalma e se reorganize entre os procedimentos, faça contenção de bebês agitados usando as mãos, espere que o bebê acorde ou o desperte gentilmente antes de algum cuidado, incentive a participação dos pais e os ajude a ler a linguagem do filhos.

Trabalhar A FAVOR do desenvolvimento traz benefícios como menor tempo de intubação, menor necessidade de O2, habilidade de iniciar sucção e alimentação por mamadeira precocemente, redução da incidência das hemorragias cranianas intraventriculares, menor tempo de hospitalização e redução de custo hospitalar!!

Mas pra isso é preciso ação MULTIPROFISSIONAL! Uma disposição conjunta em fornecer cuidado individualizado, em mudar a rotina.

Ela mostrou fotos e contou a realidade que tem agora no HU em Londrina, com IHAC Neo e um projeto de inclusão paterna em execução e muito bem fortalecidos. É mesmo muito interessante.

Ressaltou que nada é fácil, que mudanças não são da noite pro dia pra noite, mas que é possível!”