

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

**ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA**

**ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:  
MOTIVAÇÃO PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

**São Carlos**

**2018**

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

ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA

**ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:  
MOTIVAÇÃO PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Monika Wernet

**São Carlos**

**2018**

## **Ficha catalográfica**



**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 Dissertação de Mestrado da candidata Ana Izaura Basso de Oliveira, realizada em 11/12/2018:

---

Profa. Dra. Monika Wernet  
UFSCar

---

Profa. Dra. Giselle Dupas  
UFSCar

---

Profa. Dra. Patrícia Luciana Moreira Dias  
USP

*Dedico este trabalho à minha mãe, Célia, por todo amor e toda doação,  
por me permitir sonhar e acreditar na realização dos meus maiores sonhos.*

*A você, meu amor infinito*

## *Agradecimentos*

À **Deus**, por, através da minha fé e sua infinita misericórdia, me auxiliar a percorrer este caminho e por me mostrar, incessantemente, que sou capaz e que perseverar nos traz os resultados concretos dos nossos sonhos.

Às pessoas que me acompanharam em todo o meu percurso profissional e tornaram possível essa caminhada.

Aos meus pais, **Célia Basso e Pedro Basso** (*In memoriam*) e minha irmã **Elisangela Cristina Basso Magalhães** (*Tá*), por serem berço de todo amor, carinho e incentivo, por me conduzirem e me apoiarem em todos os momentos de minha vida e por me mostrarem a importância da união familiar.

Ao meu companheiro de vida, **Marcelo de Oliveira** (*Mo*), por permitir-me realizar sonhos, por vivê-los comigo e por permanecer sempre presente, me apoiando e me conduzindo. Sou eternamente grata a Deus por ter alguém como você, lado a lado. Obrigada pela inspiração, pelo companheirismo e pelo amor. Você é meu apoio, meu porto seguro. Te amo!

À minha filha, **Ana Alice Basso de Oliveira** (*Tchutchu*), pela doçura, carinho e leveza que traz à minha vida. Gratidão por, mesmo tão pequena, entender e apoiar esse sonho e fazer da minha vida cheia de luz e esperança. Você é o amor da minha vida, te amo, minha princesa!

À minha querida Professora, **Monika Wernet**, por acreditar em mim, por ser o meio pelo qual esse sonho foi possível de se tornar real, por me incentivar, me apoiar, me segurar e por ser, acima de tudo, carinho e amizade, força e determinação. Te admiro imensamente e sou eternamente grata por ser você a pessoa que esteve ao meu lado durante todo esse tempo. Nossos sonhos só são possíveis se acreditarmos e se encontrarmos pessoas que também o façam. E que muitos sonhos possam ser realizados com seu companheirismo.

À minha melhor amiga, **Elizelaine de Chico Cicogna** (*Eliz*), por ser apoio, suporte e fonte de coragem. Você é tão responsável por essa conquista e talvez nem imagine o quanto! Foi através de você que eu vi que esse sonho seria possível. Em você me espelho e sou eternamente grata a Deus por ter colocado alguém tão especial no meu caminho, por vivermos uma grande amizade. Gratidão por tantos momentos, pelos sorrisos, choros, desesperos e carinho. Te admiro muito, querida, pessoal e profissionalmente!!

Aos meus sogros, ***Inês Camilo de Oliveira e Benedito de Oliveira***, por apoiarem nossa família e por estarem tão presentes durante todo esse tempo, nos auxiliando e fazendo com que essa trajetória fosse possível de ser percorrida.

Ao meu amigo querido, ***Dr. Marcos Baldavira***, por ter acreditado em mim e por sempre me incentivar a crescer pessoal e profissionalmente. Sua presença em minha vida foi essencial para me tornar a profissional que sou hoje. Gratidão por todos os ensinamentos.

À todas as ***Professoras do Curso de Pós-Graduação*** pelo aprendizado e pelo exemplo que levarei para o resto da vida; em especial, a professora ***Giselle Dupas***, por quem tenho grande apreço e admiração.

À ***Beatriz Castanheira Fácio (Bia)***, por sua paciência, dedicação, companheirismo e por ter sido fonte de inspiração e apoio em diversos momentos desse percurso.

À ***Bruna Felisberto***, por sua disponibilidade, carisma e alegria de sempre, por trazer calma e esperança.

Às ***enfermeiras que fizeram parte desse estudo***, gratidão pela disponibilidade e por tornarem possível a conclusão desse trabalho. Muito orgulho de conhecer profissionais que se dedicam e tornam o cuidado valoroso e repleto de significados.

Às amigas que a profissão me trouxe e que fazem dessa trajetória cheia de alegrias, exemplos e motivações: Gratidão infinita, ***Elisabeth Higashi (Beth)***, ***Fernanda Yeza Ferreira (Fermilha metadinha)***, ***Yaisa Formenton e Ana Keller***, vocês foram e são fonte de inspiração e de profissionalismo.

À toda a equipe de trabalho da pediatria do Hospital Universitário – UFSCar, em especial a minha querida equipe: ***Vanessa, Miriã, Cléria, Fabiana, Neusa, Priscila, Jaqueline, Juliana***, vocês fizeram e fazem meus dias mais especiais e cheios de alegria. Conhecer profissionais que trazem significado ao cuidado nos motiva e faz do caminho mais leve.

À Banca Examinadora composta pelas professoras ***Giselle Dupas, Patrícia Luciana Moreira Dias e Maira Deguer Misko***, por participarem desta etapa da minha formação e por compartilharem comigo a experiência de vocês, de forma tão enriquecedora.

À ***Universidade Federal de São Carlos e ao Departamento de Enfermagem***, pelo espaço e por ter permitido meu crescimento pessoal e profissional.

*Neste mundo não existe verdade universal. Uma mesma verdade pode apresentar diferentes fisionomias. Tudo depende das decifrações feitas através de nossos prismas intelectuais, filosóficos, culturais e religiosos.*

*Dalai Lama*

OLIVEIRA, A.I.B. **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, 2018.

## RESUMO

A prematuridade está articulada com a mortalidade infantil, sobretudo em seu componente neonatal. O Brasil vem demonstrando um aumento de sua incidência, sobretudo em relação a nascimentos de prematuros extremos (crianças nascidas com idade gestacional entre 24 e 30 semanas). Assim, o cuidado como uma inter-relação traz benefícios simultâneos para o recém-nascido crítico, à família e aos profissionais de saúde, fomentando-o através do envolvimento de todos os agentes desta atenção. Diante deste cenário e ao longo do tempo, o processo de formação vivenciado pelos profissionais de saúde, trouxeram avanço científico e tecnológico, melhoria das condições de vida e prevenção de agravos à saúde tornando-se fundamental ao desenvolvimento de boas práticas assistenciais, abrangendo não somente a redução da mortalidade, mas sim, assegurando transformações ao processo de cuidar. O presente estudo é de natureza descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa do tipo analítico e teve por objetivo discutir a motivação de enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a continuidade da formação profissional e apreender as experiências advindas desse processo. Elencou-se como Referencial Teórico a Teoria da Autodeterminação e como Referencial Metodológico a Análise de Narrativa segundo Lieblich, Tuval-Mashiach, Zilber. Participaram do estudo 16 enfermeiras que trabalham em cidades integrantes das Regionais de Saúde do Estado de São Paulo: III – Araraquara; VI – Bauru; VII – Campinas; X – Piracicaba; XIII – Ribeirão Preto; XIV - São João da Boa Vista; XV – São José do Rio Preto. A análise dos dados empíricos permitiu identificar que a motivação para formação está, no início da trajetória do enfermeiro atuante em UTIN, assentada na pessoa do enfermeiro, seu entendimento acerca do bom cuidado. Ao longo do tempo de prática na UTIN, vai revendo seu conceito de cuidado e o lugar da formação, tanto sua, quanto da equipe. Nestes tempos, um determinante influente da motivação é a postura da instituição, sobretudo na pessoa do supervisor. O acolhimento recebido em termos de inquietação e anseios formativos para si e para a equipe é fundamental para a propulsão ou recolhimento desta motivação, assinalada enquanto um sinal cardeal de vida profissional. Os temas ‘Inserção na UTIN’, ‘Especialização enquanto formação continuada inicial’, ‘Enfermeiro de UTIN e a qualidade do cuidado’ e ‘Formação continuada e apoio institucional’ retratam o movimento do enfermeiro em relação a formação para atuação em

UTIN. As análises das narrativas das participantes revelam o quanto a motivação para formação é, no início da trajetória, ampla e conectada ao objetivo de alcançar competências para atuar na especialidade e prover um bom cuidado, pautado no entendimento que possuem acerca dele. Trata-se de um entendimento que valoriza a clínica intensivista e o desenvolvimento de habilidades procedimentais para essa clínica. Na caminhada formativa, na medida em que ampliam e se sentem mais confortadas em termos de conhecimentos clínicos e de procedimentos comuns e corriqueiros ao contexto da UTIN, retomam reflexões acerca do papel e competências necessárias ao enfermeiro, quando a humanização e seus desafios ganha destaque. A busca por formação específica em neonatologia intenciona trazer ao ambiente de trabalho novos conhecimentos e novas posturas profissionais, nessa perspectiva o enfermeiro vê, em si, como já apontado acima, um ator principal para fomentar questões que envolvam a qualificação do cuidado. É notório que há esforços nesse sentido, porém, é evidente também que, as deficiências no investimento motivacional individual e coletivo, no aprimoramento gerencial e em condutas centradas no cuidado integral são fortes indícios da necessidade urgente de revisão dos processos institucionalizados mantidos nos hospitais.

**Descritores:** Enfermagem; Recém-nascido prematuro; Cuidado Desenvolvimental; Educação em Saúde; Família; Humanização da assistência; Motivação.

**OLIVEIRA, A.I.B. Neonatal intensive care unit nurse: motivation for professional training.** Dissertation (Master degree) - Graduate Program in Nursing, Federal University of São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2018.

### **ABSTRACT**

Prematurity is linked to infant mortality, especially in its neonatal component. Brazil has been showing an increase in its incidence, especially in relation to the births of extreme preterm infants (children born with gestational age between 24 and 30 weeks). Thus, care as an interrelation brings simultaneous benefits to the critical newborn, family, and health professionals, fostering it through the involvement of all agents of this care. Given this scenario and over time, the training process experienced by health professionals, brought scientific and technological progress, improved living conditions and prevention of health problems, becoming essential to the development of good care practices, covering not only reduction of mortality, but rather, ensuring transformations to the caring process. The present study is descriptive-exploratory in nature, with a qualitative analytical approach. Its objective was to discuss the motivation of nurses working in the Neonatal Intensive Care Unit to continue professional training and to learn the experiences of this process. The present study is descriptive-exploratory in nature, with a qualitative analytical approach. Its objective was to discuss the motivation of nurses working in the Neonatal Intensive Care Unit to continue professional training and to learn the experiences of this process. The Theory of Self-determination and as a Methodological Reference to Narrative Analysis according to Lieblich, Tuval-Mashiach, and Zilber were listed as Theoretical Referential. Sixteen nurses working in cities belonging to the Health Region of the State of São Paulo participated in the study: III - Araraquara; VI - Bauru; VII - Campinas; X - Piracicaba; XIII - Ribeirão Preto; XIV - São João da Boa Vista; XV - São José do Rio Preto. The analysis of the empirical data allowed to identify that the motivation for formation is, at the beginning of the trajectory of the nurse working in NICU, based on the person of the nurse, his / her understanding about the good care. Throughout the time of practice at the NICU, he reviews his concept of care and the place of training, both his and the team. In these times, an influential determinant of motivation is the attitude of the institution, especially in the person of the supervisor. The reception received in terms of restlessness and formative yearnings for you and the team is fundamental for the propulsion or recollection of this motivation, signaled as a cardinal sign of professional life. The subjects' Insertion in the NICU ', Specialization as initial continuing training ', Nursing of NICU and the quality of care 'and' Continuing education and

institutional support 'portray the nurses' movement in relation to training for NICU work. The analysis of the participants' narratives reveals how much the motivation for formation is, at the beginning of the trajectory, broad and connected to the objective of reaching competencies to act in the specialty and to provide a good care, based on the understanding they have about it. It is an understanding that values the intensivist clinic and the development of procedural skills for this clinic. In the formative walk, as they expand and feel more comforted in terms of clinical knowledge and common and common procedures to the context of the NICU, they reflect on the role and competencies required by nurses, when humanization and its challenges are highlighted. The search for specific training in neonatology intends to bring to the working environment new knowledge and new professional postures, in this perspective the nurse sees, as already pointed out above, a principal actor to foment issues that involve the qualification of care. However, it is evident that the deficiencies in individual and collective motivational investment, managerial improvement and conduct centered on integral care are strong indications of the urgent need to review institutionalized processes maintained in hospitals.

**Keywords:** Nursing; Premature newborn; Developmental care; Health education; Family; Humanization of care; Motivation.

## **LISTA DE TABELAS E QUADROS**

**Quadro 1** - Caracterização dos profissionais Enfermeiros (Página 42).

## LISTA DE ABREVIACÕES, SIGLAS E SÍMBOLOS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

EAD – Educação à Distância

GM/MS – Gabinete do Ministro

HU – Hospital Universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG – Idade Gestacional

IS – Interacionismo Simbólico

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

OPAS/OMS – Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde

PN – Peso ao Nascer

PNH – Programa Nacional de Humanização

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO – Terapeuta Ocupacional

TPP – Trabalho de parto prematuro

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1. DELIMITAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 A prematuridade e os cuidados ao neonato de risco .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2 Formação profissional e educação em saúde .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Motivação .....</b>	<b>27</b>
<b>3. OBJETIVO .....</b>	<b>30</b>
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Referencial Teórico: Teoria da Autodeterminação .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2 Referencial Metodológico: Análise de Narrativa.....</b>	<b>34</b>
<b>4.3 Localização dos participantes e coleta dos dados .....</b>	<b>36</b>
<b>4.4 Aspectos éticos.....</b>	<b>38</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>110</b>
<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>114</b>
<b>Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos .....</b>	<b>114</b>

### *DELIMITAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO*

---

*“Nunca existiu uma pessoa como você antes, não existe ninguém neste mundo como você agora e nem nunca existirá. Veja só o respeito que a vida tem por você. Você é uma obra de arte — impossível de repetir, incomparável, absolutamente única.” Osho*

## **1. DELIMITAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO**

Desde a graduação, reconheço e surpreendo-me com os alcances, muitas vezes inimagináveis, do cuidado em saúde e de enfermagem. Tenho para mim que o conhecimento, envolvimento e comprometimento profissional é determinante destes alcances, com desdobramentos à saúde e vida daqueles que estão sendo cuidados.

Neste sentido, considero essencial que o profissional não deixe de investir em sua formação, pois cada situação de cuidado, se tomarmos o horizonte da integralidade e humanização, traz necessidades singulares. Além disso, no âmbito de conhecimentos teóricos, técnicos, políticos, morais e éticos há sempre novas e contínuas deliberações e discussões. Os tempos atuais estão caracterizados por inúmeras e contínuas descobertas teóricas e tecnológicas, com tendência a transformações de recomendações. Diante desse entendimento, o profissional precisa se envolver com a produção de conhecimentos e debates na área de sua atuação e naquelas tangentes a ela com vistas a uma assistência de qualidade e efetivação do compromisso social assumido por ele.

Contudo, identifico, na área da saúde e de enfermagem, uma tendência destes processos formativos ficarem limitados a questões de âmbito patológico e procedimentos técnicos. Compreendo serem relevantes, mas quando o investimento formativo fica reduzido a esse âmbito, a tendência é de não identificação das necessidades de saúde e de insuficiência do cuidado, com desdobramentos aos alcances da saúde.

Diante do exposto, especificamente na Enfermagem, considero ser imprescindível formações que se voltem ao atitudinal do profissional no acolhimento da singularidade do que lhe é apresentado para o cuidar. Respeito, interesse, solidariedade, envolvimento, parceria, colaboração, compromisso parecem-me esvaziados em muitas situações de cuidado. Contudo, raros são os processos de formação continuada que se voltam a esses aspectos, a essas discussões. Assim, compreendo serem significativos os processos formativos para a melhoria da qualidade do estar na relação do cuidado, para a sensibilização da pessoa do profissional para a (s) pessoa (s) que será (ão) cuidada (s), sua (s) história (s), seu (s) contexto (s) de vida.

Estas reflexões, a cada encontro de cuidado vivido, desde os tempos de graduação, ampliavam-se, mas intensificaram-se em muito a partir do momento em que as pessoas que eu cuidava eram crianças e suas famílias.

Após formada, tinha uma certeza, queria desenvolver o cuidado no contexto pediátrico. A pediatria sempre me foi um lugar desejado durante os estágios vivenciados na graduação. Sabia exatamente serem nas unidades pediátricas que eu queria desenvolver minha vida profissional, porém ao longo da minha trajetória como enfermeira percorri diversos caminhos e unidades, tive vivências variadas e que me colocaram em contato com infinitas possibilidades de ser enfermeira. Esta diversidade de experiências foi me formando, sobretudo em valores. Incomodava-me (e ainda me incomoda) muito situações de descompromisso/descuido profissional, como aquelas de uma abordagem limitada ao corpo da pessoa, ao ‘órgão adoecido’.

As práticas e atitudes dos profissionais em meu entorno ofertaram-me oportunidade de revisitar o que pensava sobre o cuidado, sobre como exercia meu ser enfermeira. Cada gesto, cada ação dos profissionais, em especial aqueles que me surpreendiam para o bem ou para o mal, ao serem tomadas em reflexão, iam dando forma ao ‘meu jeito’ de ser profissional, com o qual hoje me sinto feliz e satisfeita, em especial por, perceber em mim, compromisso e respeito com aquele que está sob meus cuidados. O apresentado por ele(s) lança-me a buscar me formar, buscar conhecimentos e habilidades para poder estar junto deles tentando fazer da melhor forma que eu puder. Afasto-me da indiferença, da objetivação da pessoa, da adoção indiscriminada de protocolos, da mecanização do cuidado.

Após sete anos trabalhando na assistência de enfermagem a pacientes clínicos, cirúrgicos, em pronto atendimento, maternidade e em situações crônicas, mudei de cidade, de trabalho, deixei antigos colegas e ingressei em um novo ambiente de trabalho, em um hospital universitário, especificamente em uma unidade pediátrica. Fui confirmando o quanto a paixão pela pediatria era presente em mim, o quanto o cuidar da criança em todo o seu contexto me imbuía de compromisso diferenciado e trazia a realização enquanto pessoa e profissional.

Sou muito feliz enquanto enfermeira de uma unidade pediátrica e incomoda-me ser atravessada por profissionais descompromissados com a pessoa da criança e da família nas suas práticas de cuidado. Descompromissos que se manifestam, inclusive, nas oportunidades formativas ofertadas na instituição, assim como no não envolvimento com uma formação continuada, como se uma vez graduado, especializado, terminasse a jornada da formação de um profissional. Meu entendimento é que precisamos estar questionando nossas práticas, conhecimentos e atitudes sempre. Só esse processo nos mantém abertos para um alinhamento com o requisitado por aqueles que demandam nosso cuidado profissional. Assim, é essencial

buscar formações, sejam formais ou não. A formação precisa ser contínua e alinhada ao compromisso social assumido ao exercer a profissão escolhida.

Ingresso o mestrado querendo entender este atitudinal do profissional na situação do cuidado, o que o lança em suas práticas? O que sustenta seu exercício profissional? Como alguém que é profissional em uma unidade pediátrica nega a criança e família? Nega aquelas pessoas? Como o profissional mantém sua formação para o cuidado? Mantém? Motivado pelo quê?

Entre as discussões tratadas no grupo de orientandas pela Professora Monika Wernet entrei em contato com um estudo de doutorado que tratava do cuidado desenvolvimental (CD) em unidades neonatais, especificamente olhava para as práticas de enfermeiras. Chamou-me muita atenção as discussões do estudo, sobretudo pela dissonância entre o discurso das enfermeiras e o efetivado em suas práticas em relação ao CD. Aliás, o termo CD foi uma novidade para mim e, ao ir entendendo sua proposta, fez muito sentido e passou a ser um direcionador das minhas práticas quando estou diante de um recém-nascido e sua família. Em tempo, coincidentemente, estou cursando uma pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal, escolha formativa feita diante do vivenciado enquanto enfermeira de uma Maternidade.

Diante da situação exposta no parágrafo anterior, resolvemos, Monika e eu, explorar minhas indagações de forma articulada com a estudante Beatriz Castanheira Facio, autora do estudo de doutorado mencionado no parágrafo acima. Beatriz vivenciou um papel de apoio à Professora Monika na orientação deste estudo e, a intenção é de que este estudo integre, em parte, o dela. Vimos na parceria oportunidade de ampliar diálogos críticos entre nós no percurso das pesquisas.

O tema do “Cuidado Desenvolvimental” ainda é pouco tratado no Brasil, requer o reconhecimento da pessoa da criança e de sua família, assim como o envolvimento, respeito e compromisso dos profissionais com este reconhecimento. Ele é um conceito complexo que considera o processo organizacional do recém-nascido prematuro (RNPT) e a atuação do profissional consonante a esta particularidade. Volta-se a minimizar potenciais complicações associadas à internação e suas práticas assistenciais. Baliza-se na atenção a alguns núcleos, a saber: proteção do sono, promoção de ambiente curativo, redução da dor e estresse, compartilhamento do cuidado com a família, cuidados com a pele, nutrição adequada e atenção aos posicionamentos (ALTIMIER, PHILIPS, 2013). Ao aprofundar o olhar para cada

um dos núcleos, percebe-se que eles se remetem a questões do âmbito fisiopatológicos, mas também da interação do recém-nascido e família com os profissionais e ambiente curativo a eles ofertados.

Dessa forma, integrando o que me mobilizava, resolvemos explorar o envolvimento do Enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com processos formativos para o exercício da profissão. A intenção é de contribuir com discussões sobre a formação para o trabalho do enfermeiro em unidades neonatais, por acreditar serem urgentes reflexões que tratem, mobilizem e fortaleçam o cuidado de enfermagem como prática transformadora pautada na educação e comprometimento com o paciente e sua família.

Não é de hoje, mas agora ainda mais, entendo serem nossas reflexões e inquietações passos iniciais para a busca incessante por melhores práticas de saúde, para práticas que contemplem o ser humano em sua totalidade. Convido você a envolver-se com esta reflexão e, quem sabe, vivenciar descobertas singulares na interação com as minhas.

Boa leitura!

*Ana Izaura*

## *INTRODUÇÃO*

---

*“Amar é um ato de coragem”. Paulo Freire*

## **2. INTRODUÇÃO**

### **2.1 A prematuridade e os cuidados ao neonato de risco**

Estima-se que a cada ano nasçam aproximadamente 55 milhões de crianças no mundo, e destas, 27% são prematuras. As taxas de sobrevivência dessas crianças mostram-se desiguais nos países, de forma que naqueles de baixa renda metade das crianças nascidas abaixo de 32 semanas vão a óbito e, nos países com alta renda, quase 100% dessas crianças sobrevivem (WHO, 2018).

O Brasil está entre os 10 países com as maiores taxas de prematuridade por ano, tendo duas vezes mais nascimentos prematuros do que os países da Europa e um aumento de sua incidência, com destaque ao nascimento de prematuros extremos, principalmente nas regiões Norte e Sudeste. Estima-se que 11,5% das crianças brasileiras são prematuras. É também o país com a maior taxa de cesarianas do mundo, uma estimativa que vem sofrendo crescimento exponencial (WHO, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), prematuro é a criança que nasce antes de completadas as 37 semanas de gestação. A causa é multifatorial e sofre influência das condições maternas relacionadas à qualidade de vida, saúde, estados sociais, econômicos e sanitários, e ainda, por condições que levam à indução precoce do trabalho de parto, más formações congênitas, infecções, fatores genéticos, entre outros (WHO, 2018; RAMOS, CUMAN, 2009).

A prematuridade está articulada com a mortalidade infantil, sobretudo em seu componente neonatal. O Brasil vem demonstrando um aumento de sua incidência, em especial, em relação a nascimentos de prematuros extremos (crianças nascidas com idade gestacional entre 24 e 30 semanas), com destaque às regiões Norte e Sudeste (WHO, 2018).

Os prematuros apresentam risco de morte com registro de sequelas graves de difícil prognóstico, especialmente quando nascidos próximo das 24 semanas de gestação. É uma população que demanda hospitalizações prolongadas em UTIN e tem chances de vivenciar em seu desenvolvimento os impactos da assistência a eles prestadas com vistas a sua sobrevivência, um dos aspectos que sustenta a importância de se alinhar as práticas das UTIN com a filosofia

do cuidado desenvolvimental (CD) (SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA, 2014).

Esses espaços têm um papel social importante frente às necessidades advindas das altas tecnologias, pois, além de auxiliarem na diminuição extensiva de mortalidade neonatal, são responsáveis também por criarem condições favoráveis ao desenvolvimento do neonato (PELOQUIN et al., 2016) e, podemos dizer, também, da parentalidade.

Nesse sentido, apesar dos avanços científicos em cuidados críticos e a melhora na sobrevida neonatal, o uso de tecnologias tem sido exacerbado, aumentando os índices de incapacidades em crianças prematuras que sobrevivem após este período, especialmente, nas regiões de médio desenvolvimento socioeconômico (WHO, 2018; PELOQUIN et al., 2016). Além disto, negativas de entrada e participação colaborativa da família nas UTINs trazem repercussões ao enftretamento parental, familiar, com implicações ao cuidado da criança e processo de desenvolvimento da parentalidade (SOUZA e FERREIRA, 2010).

Pesquisas sobre os estados comportamentais do neonato, desenvolvimento do prematuro e particularidades de seu sistema neurológico e de modulação, assim como aquelas voltadas aos desfechos desenvolvimentais e de vida da população de prematuros que sobrevivem, trazem novos desafios à Neonatologia, em especial, de olhar para além da sobrevida (MASRI et al., 2018).

Em 1973, um estudo identificou aspectos funcionais do córtex cerebral e as modificações apresentadas após a interação com o cuidador. Este ponto foi fundamental para se compreender que o desenvolvimento do recém-nascido advém dos estímulos do meio ambiente e de suas interações. No útero, o feto humano se desenvolve progressivamente, atingindo, em condições normais, a capacidade de desenvolver movimentos finos, percepção e reação aos diferentes estímulos e, gradualmente, realizando ações complexas dentro do meio uterino. O desenvolvimento sensorial avança em sequência estabelecida, iniciando-se pelo sistema tátil, progredindo para o sistema vestibular, olfativo, gustativo, auditivo e, finalmente, visual. Sendo assim, até o nascimento, o RN já pôde obter diversas experiências sensoriais (BRASIL, 2013).

Estes sistemas sensoriais, sensíveis aos estímulos tanto em qualidade, quantidade, intensidade e tipo, são importantes, pois, no ambiente protegido do útero materno, promovem a manutenção, facilitação e condução do desenvolvimento neurológico, ao passo que, após o nascimento, as relações que o recém-nascido mantém de forma estável e permanente com

seus pais, cuidadores e profissionais de saúde, fortalecem as relações sociais futuras. O cérebro humano possui mais de 100 bilhões de neurônios que realizam suas funções específicas de acordo com as redes de neurotransmissores e sinapses. Todos os sistemas medeiam o desenvolvimento através de respostas a sinais químicos e informações do meio externo (visão, audição, tato, paladar, olfato) e interno (ações hormonais). Os mecanismos para o desenvolvimento cognitivo e neurocomportamental surgem no meio intrauterino e se estendem por toda a infância (BRASIL, 2013).

Em condições normais, observa-se maior crescimento e desenvolvimento cerebral do feto nos últimos três meses de gestação, de modo que, com 40 semanas, o RN está apto para a vivência em ambiente externo ao útero materno. O parto prematuro força o bebê a completar esses marcos importantes ao desenvolvimento do sistema nervoso central antecipadamente, e, em sua grande maioria, em unidades de cuidados intensivos (SANTOS, 2011).

A prematuridade está vinculada às altas taxas de organização neurocomportamental precárias e os fatores implicados estão relacionados às condições pré-natais, mediação do ambiente (luminosidade, som e experiências de cuidado) e contato com a família (PICKLER et al., 2010).

Logo, conhecer a fisiologia do período gravídico, as interferências sobre o neonato, os processos neuronais e de desenvolvimento comportamental, é entender como os fatores externos são capazes de influenciar mudanças permanentes no RN crítico (COSTA, PADILHA, 2011). As práticas em Neonatologia não podem negar todos estes conhecimentos expostos nos últimos parágrafos.

A preocupação com a assistência ao recém-nascido crítico em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) tem suas bases ancoradas no objetivo primário de manter e restaurar as condições de vida do recém-nascido, melhorar a sua qualidade de vida e diminuir os índices de mortalidade (COSTA, PADILHA, 2011). É urgente o reconhecimento da possibilidade de complicações associadas ao desenvolvimento de neonatos, particularmente, aqueles inseridos em ambientes potencialmente nocivos, como é a UTIN, tendo em vista a experiência vivida e seu impacto na funcionalidade cerebral (PICKLER et al., 2010).

Ao longo dos últimos anos, tendo em vista as perspectivas de melhorias no acompanhamento e manejo do recém-nascido em terapia intensiva, práticas de apoio ao desenvolvimento neuropsicomotor impactaram em modificações no ambiente de cuidado, prevendo a redução de estresse e abordagens potencialmente favoráveis, articuladas a um

modelo de cuidado desenvolvimental que integra conhecimentos científicos atuais à aplicação clínica prática (BROWNE, 2011).

Desenvolvido por Heidelise Als no início da década de 80, *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), exemplo de programa apoiado no CD, teve como intuito garantir respostas às preocupações emergentes sobre o impacto negativo dos ambientes de cuidados intensivos neonatais aos prematuros, englobando aspectos do ambiente físico, o processo de cuidar e todos os procedimentos aos quais esta criança está sujeita durante sua internação (SANTOS, 2011).

O foco principal desta abordagem está nas relações do cuidador com a criança e todas as possibilidades que esta relação pode trazer a longo prazo. O programa baseia-se na avaliação do comportamento do RN e na criação de um plano de cuidados que apoie as situações de estresse, sensibilidade e vulnerabilidade, com atenção às consequências de todos os procedimentos para o desenvolvimento da criança (SANTOS, 2011; MACHADO, CHRISTOFFEL, TASSINARI, 2014).

Para tanto, alguns aspectos importantes devem ser assegurados, como: coordenação (implementação de cuidados baseados no conhecimento sobre o desenvolvimento infantil); avaliação das respostas do RN aos procedimentos, ambiente e cuidados prestados; meio ambiente tranquilo; organização do cuidado com toda a equipe e família para as próximas 24 horas; cuidados posturais almejando diminuição de gasto de energia pelo RN; contato com a pele da mãe ou pai (Método Canguru); participação familiar na interação e cuidados com RN (SANTOS, 2011).

Nesta ótica, o cuidado, ação prioritária para o sucesso da implementação deste programa, deve ser considerado em seu conceito mais amplo, ou seja, o de ultrapassar o ato realizado, constituindo ação natural do ser humano em sua relação social, que varia de pessoa a pessoa e agrupa características individuais e intersubjetivas, dotando-se de significado a partir da interação que se estabelece com o outro (JESUS et al., 2013).

O cuidado como uma inter-relação traz benefícios simultâneos para o recém-nascido crítico, à família e aos profissionais de saúde, fomentando-o através do envolvimento de todos os agentes desta atenção (CRUZ, ANGELO, 2011).

Assim sendo, ao considerar o cuidado como aqui apresentado, destaca-se a pertinência do olhar para a enfermagem que, baseada em suas primícias, traz em sua essência recursos de

importância primária ao sucesso dessa abordagem, tendo como característica social o cuidar do ser humano, englobando seus atos, interações e atitudes que se relacionam com o processo saúde-doença (JESUS et al., 2013). É essencial que acolha a individualidade daqueles que participam desta ação, bem como suas expectativas e necessidades, a fim de reconhecer, no ambiente vivenciado, a importância da sustentação do bem-estar individual (WERNET, ÂNGELO, 2003). Compreender a vida como repleta de sentidos e sentimentos, implica em refletir sobre o cuidado e a capacidade de integrar as dimensões de produção de atitudes que gerem comportamentos de hospitalidade em saúde e enfermagem (BARRA et al., 2010).

À luz destas questões, o cuidado, sendo elemento inerente para a construção da assistência de enfermagem, é discutido há décadas como ideal filosófico almejado (CHERNICARO et al., 2013).

É possível reconhecer que, o desenvolvimento científico do cuidado em enfermagem, alcançou seu início em 1854, na Guerra da Criméia, com Florence Nightingale, onde surgiram as primeiras normas de cuidados aos pacientes doentes e ao ambiente. No Brasil, a enfermagem ganhou destaque com Anna Nery no período do Império (1864) ao cuidar dos feridos na Guerra do Paraguai (CAVALCANTI et al., 2010).

Mas foi através da Teoria das Necessidades Humanas Básicas do Cuidado, de Wanda de Aguiar Horta, que os padrões de cuidado foram solidificados. Esta desenvolveu sua filosofia objetivando o alcance da recuperação total alicerçada no ser humano e seu bem-estar integral, modelo preconizado até os dias atuais e que integram o processo de enfermagem (CAVALCANTI et al., 2010).

Ainda nesta lógica e tendo toda a essência do cuidado prestado, Milette et al., 2017, propõem um plano de ações que, a longo prazo, criará uma nova filosofia de cuidado, a fim de garantir o planejamento meticuloso de novas práticas voltadas para o cuidado desenvolvimental do neonato. Para tanto, entre as etapas elencadas pelos autores está o processo de mudanças críticas proporcionado pela educação permanente dos profissionais atuantes em UTIN, especialmente do enfermeiro, visto que este agrega funções que vão desde a gestão até os cuidados assistenciais, permitindo, portanto, criar um ambiente de cuidado voltado para o desenvolvimento físico e psicossocial do recém-nascido prematuro. Assim, o ensino e treinamento são fatores-chave para o alcance de mudanças de atitudes e disseminação de conhecimento.

## **2.2 Formação profissional e educação em saúde**

Diante deste cenário e ao longo do tempo, com o avanço científico e tecnológico, a qualidade de vida e prevenção de agravos à saúde tornou-se fundamental ao desenvolvimento de boas práticas assistenciais, abrangendo não somente a redução da mortalidade, mas sim, assegurando transformações ao processo de cuidar (COSTA, PADILHA, 2011).

A educação em saúde iniciou como medida prioritária pela Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS) e OMS na década de 80 com a proposta de estruturar programas e políticas sobre educação permanente em saúde. No contexto brasileiro, na mesma época, a motivação pela temática advém da criação de um novo modelo de saúde – Sistema Único de Saúde (SUS), com a instituição de uma visão de clínica ampliada alicerçada em princípios que direcionam um comprometimento com ações de saúde integrais, fixando a necessidade de adoção de medidas educacionais baseadas nas atribuições e competências dos trabalhadores da saúde (FERRAZ et al., 2012).

No Brasil, a portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores; e a portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009).

Tais políticas iniciam discussões e conceitos em educação em saúde como estratégia para o enfrentamento dos problemas de desenvolvimento nos serviços, gerando esforços para a aprendizagem que ocorre a partir de ações intencionais e planejadas voltadas para o alcance de habilidades, conhecimentos, atitudes e práticas seguras e humanizadas (BRASIL, 2009).

Para tanto, o reconhecimento social do papel do enfermeiro é fundamental à construção do conhecimento e qualidade das ações de enfermagem, bem como à melhoria da assistência, possibilitando observação constante das reais necessidades do recém-nascido em um ambiente hospitalar (GOMES et al., 2015).

Dessa maneira, o enfermeiro configura-se como membro essencial ao desafio de concretizar, no seu cotidiano, a valorização e respeito às subjetividades do ser humano. Para tanto, o modelo de atenção deve ser refinado permanentemente no sentido de consolidar o universo teórico e a *práxis* de enfermagem na busca por um outro caminhar capaz de expor-se

a movimentos processuais novos, diferentes das alternativas tradicionais (COSCRATO, BUENO, 2013).

A construção de um atendimento humanizado em saúde se faz importante como provedor e facilitador das ações profissionais, contribuindo para um cuidado integral e constituindo-se pilar para a reconstrução do processo de produção em saúde (SILVA, SENA, 2008).

Nessa perspectiva, reconhecer que ações educativas são fatores essenciais para a concretude da qualidade da assistência, leva à transformação da realidade, sendo capaz de incorporar mudanças nos comportamentos dos trabalhadores (MOREIRA, GOMES, 2015; MONTANHA, PEDUZZI, 2012).

Utilizando-se esse cenário de formação e educação em saúde, questiona-se: Qual o significado que a formação profissional tem para enfermeiros atuantes em UTIN? Quais ações formativas realiza a partir dele e por quê? Quais relações guarda com os entendimentos de enfermagem que possui e como estes consideram o recém-nascido crítico e sua família? As questões de dano, proteção e promoção do desenvolvimento são consideradas neste processo de busca de formação ou valora formações técnicas e na temática dos adoecimentos?

Assim, a formação do enfermeiro deve ser produtora de sentidos para o cuidar, promovendo discussões sobre a prática e as necessidades integrais do recém-nascido crítico, inclusive, com a prospecção para seu ambiente de vida futuro (MOREIRA, GOMES, 2015; MONTANHA, PEDUZZI, 2012).

Em vista dessas questões, abordar a motivação para formação do enfermeiro em unidade de terapia intensiva neonatal constitui estudo necessário para a identificação das necessidades de mudanças com vistas às potencialidades para o desenvolvimento do ensino associado às mudanças da prática. A literatura atual explora e discute ações de enfermagem voltadas, predominantemente, para aplicação em tecnologias modernas, sendo escassas as que discutem as condições de formação do enfermeiro voltadas para o cuidado desenvolvimental ao recém-nascido crítico e como o processo de aquisição de conhecimento pode impactar positivamente na qualidade de vida do paciente (XIN et al, 2016).

Portanto, esse trabalho fundamenta-se na utilização dessa temática a fim de compreender e preencher as lacunas existentes sobre o processo de formação do enfermeiro para o cuidado em unidades de terapia intensiva neonatais, buscando melhorar a assistência ao neonato

hospitalizado e revendo ações formativas que advém para a prática do desenvolvimento infantil.

Realizar essa discussão tem como pretensão contribuir para o envolvimento dos enfermeiros na atenção, formação e gestão do cuidado, voltando-se à reflexão sobre a dimensão simbólica de interações entre estes e fortalecendo a clínica ampliada da hospitalização em UTIN.

### **2.3 Motivação**

O conceito de motivação é amplamente discutido há várias décadas, não havendo, portanto, consenso entre os diversos autores que tratam do assunto. A palavra deriva do latim “*Motivus*”, algo que se movimenta, move-se. Sendo assim, algo que motive uma pessoa lhe causa um novo movimento para alcançar seus objetivos, buscar novas conquistas (TODOROV, MOREIRA, 2005).

Motivar expressa a causa, o motivo, a razão ou a ação pela qual a manifestação concreta do motivo advém da força ou energia destinada a algo ou alguém (TODOROV, MOREIRA, 2005).

Pode ser compreendida como um conjunto de fatores que indicam o comportamento do indivíduo, assim, o comportamento é direcionado pelos objetivos particulares. A motivação parte de um processo psicológico que se relaciona com o impulso e persistência para realizar algo (TODOROV, MOREIRA, 2005).

*A motivação diz respeito à energia, direção, persistência e equifinalidade - todos os aspectos de ativação e intenção. Motivação tem sido uma questão central e perene no campo da psicologia, pois está no cerne das questões biológicas, cognitivas e regulação social. É, portanto, de preeminente preocupação para aqueles em funções como gerente, professor, religiosa líder, treinador, prestador de cuidados de saúde e pais que envolvem a mobilização de outros para agir. Embora a motivação seja frequentemente tratada como uma construção, a reflexão superficial sugere que as pessoas são movidas a agir por tipos muito diferentes de fatores, com experiências e conseqüências altamente variadas. As pessoas podem ser motivadas porque valorizam uma*

*atividade ou porque há forte coerção externa. Eles podem ser incitados a agir por um interesse permanente ou por suborno. Eles podem se comportar de um senso de compromisso pessoal para superação do medo ou por ser vigiado. Estes contrastes entre casos de ter motivação interna versus sendo externamente pressionados são certamente familiares para todos. A questão de saber se as pessoas apoiam um comportamento fora de seus interesses e valores, ou fazê-lo por razões externas ao eu, é uma questão de importância em todas as culturas e representa uma dimensão básica pela qual as pessoas fazem sentido de seus próprios e do comportamento de outros (RYAN, DECI, 2000).*

A intensidade e persistência dos esforços direcionados por uma pessoa para alcançar um objetivo, uma meta, um sonho, são processados de acordo com a importância dada à estas aspirações, sendo assim, a motivação é dinâmica e se mantém através das necessidades individuais e coletivas para organizar seres humanos ao comportamento que lhes garanta o sucesso (RYAN, DECI, 2000).

**OBJETIVO**

---

*“O caráter de um homem é formado pelas pessoas que escolheu para conviver.” Sigmund Freud*

### **3. OBJETIVO**

Analisar a motivação de enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a continuidade da formação profissional e apreender as experiências advindas desse processo.

## *PERCURSO METODOLÓGICO*

---

*“Não existem métodos fáceis para resolver problemas difíceis.” René Descartes*

## **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

O presente estudo é de natureza descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa do tipo analítico. Tal opção é dada pelas características do objeto de estudo, investigando e avaliando os fatos através de observação das práticas sociais, percepções e ações (MARCONI, LAKATOS, 2002). Na abordagem qualitativa, a pesquisa fundamenta-se no aprofundamento da compreensão dos significados relacionando-se com as interações dos sujeitos, processos e fenômenos, levando à produção de conhecimentos para a aplicação prática (MINAYO, 2014).

A pesquisa exploratória busca o levantamento das informações que poderão ser conhecidas e compreendidas através da abordagem do fenômeno, enquanto a descritiva tem o intuito de explicar as características deste fenômeno (GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

### **4.1 Referencial Teórico: Teoria da Autodeterminação**

A exploração da busca e trajetória de formação do enfermeiro atuante em terapia intensiva neonatal, encontra na Teoria da Autodeterminação contribuições analíticas, uma vez que esse referencial apreende significados e processos mentais envolvidos nas tomadas de ação do ser humano, seja pessoal, seja profissional. No caso deste estudo, o profissional enfermeiro pondera significados portados e elementos do seu contexto social que são abarcados de movimentos motivacionais à busca e envolvimento com processos formativos. A Teoria da Autodeterminação traz que “[...] a autodeterminação representa um conjunto de comportamentos e habilidades que dotam a pessoa da capacidade de ser o agente causal em relação ao seu futuro, ou seja, de ter comportamentos intencionais. Dessa maneira, essa teoria tem como objeto de estudo as condições do contexto social que facilitam a saúde psicológicas, bem como apresenta como hipótese principal a noção de que o bem-estar psicológico pode ser alcançado a partir da autodeterminação” (APPEL-SILVA, WELTER, ARGIMON, 2010).

A Teoria da Autodeterminação, uma das principais teorias motivacionais que estudam o envolvimento educacional e a motivação no trabalho, foi elaborada por dois professores do

Departamento Clínico e de Ciência Social da Universidade de Rochester, EUA, Richard M. Ryan e Edward L. Deci no ano de 1981 (APPEL-SILVA, WELTER, ARGIMON, 2010).

A Teoria traz conceitos baseados nos desafios e propósitos de vida, representando a causalidade em relação ao futuro, dotando o ser humano de comportamentos intencionais.

*A Teoria da Autodeterminação parte do pressuposto de que a pessoa é, quando bem constituída biologicamente, propensa ao desenvolvimento; à integração dos elementos psíquicos, de forma a surgir um senso de eu (self); e à interação com uma estrutura social maior. Essas propensões surgem das necessidades intrínsecas de autonomia psicológica, competência pessoal e vínculo social (APPEL-SILVA, WELTER, ARGIMON, 2010).*

Sendo assim, o comportamento humano passa a ser considerado autodeterminado, ou seja, autônomo, autorregulado e a apresentar empoderamento psicológico, culminando na autorregulação. Ter autonomia refere-se ao comportamento baseado em interesses, nas necessidades e aptidões individuais. Autorregulação é o movimento capaz de criar estratégias para a resolução de problemas, conflitos ou alcance de objetivos, bem como, vislumbrar métodos de aprendizagem contínua (BORGES, MIRANDA, FREITAS, 2017).

O empoderamento psicológico baseia-se em aspectos cognitivos, voltados à personalidade e fatores motivacionais. Já a autorregulação está vinculada aos propósitos de vida pessoais (BORGES, MIRANDA, FREITAS, 2017).

Assim, a Teoria da Autodeterminação traz os seguintes conceitos centrais:

- a) **Motivação extrínseca:** Motivação que apresenta menor autonomia do indivíduo, move-se para a ação externa à tarefa realizada para a obtenção de recompensas.
- ✓ Regulação externa: ação determinada para evitar punições ou adquirir recompensas;
- ✓ Regulação introjetada: ação determinada para evitar sentimento de culpa e causar sentimento de decepção nas pessoas ao redor;
- ✓ Regulação identificada: a ação se dá para o alcance de um objetivo;
- ✓ Regulação integrada: as ações são condizentes com os valores pessoais, mas partem do alcance de benefícios pessoais.

**b) Motivação intrínseca:** Motivação autônoma, baseada no prazer que a própria atividade traz à pessoa, sentimento de pertencimento, competência e autonomia.

- ✓ Regulação intrínseca: a atividade é vista como um fim para si mesma, o prazer na realização de algo se dá pela própria realização, não necessita de pressões internas ou externas para que possa acontecer.

O indivíduo tem, nessa perspectiva, um papel ativo na própria vivência, visto que é a partir das suas interpretações e das interações com o contexto e o “*self*” que emergem suas ações (LEAL, MIRANDA, CARMO, 2013).

Frente ao exposto, ao tomar o objeto deste estudo, pode-se pressupor: I) o significado que o cuidado ao recém-nascido crítico e sua família tem para enfermeiros de UTIN direciona seu envolvimento com processos formativos; II) a escolha de processos formativos perpassa pelas percepções de contribuições a serem obtidas com ele; III). Os processos interacionais vividos no ambiente da UTIN, bem como em todo o ambiente de vida integram a motivação para a busca por formação.

## **4.2 Referencial Metodológico: Análise de Narrativa**

A escolha da análise de narrativa enquanto método, pauta-se na relevância de se identificar as singularidades de sentidos nas histórias de enfermeiros sobre a busca de formação (MUYLAERT et al, 2014).

Esta estratégia metodológica, indicada para uso junto a um indivíduo ou pequenos grupos, volta-se à extração, análise e compreensão de histórias vividas, a partir da reconstrução das mesmas com base nos componentes significativos (CLANDININ; CONNELLY, 2004). Atenção é dada ao enredo, ao contexto, ao desdobramento e justaposição de eventos e ações, significados, causas e consequências de fatos (BARTON, 2004).

Ao narrar, a pessoa retoma a história do fenômeno em foco, estabelece mediação entre pensamentos, sentimentos e ações e provê uma narrativa com a reinterpretação destes elementos no exato momento da fala (CASTELLANOS, 2014).

*As narrativas, dessa forma, são consideradas representações ou interpretações do mundo e, portanto, não estão abertas a comprovação e não*

*podem ser julgadas como verdadeiras ou falsas, pois expressam a verdade de um ponto de vista em determinado tempo, espaço e contexto sócio histórico. Não se tem acesso direto às experiências dos outros, se lida com representações dessas experiências ao interpretá-las a partir da interação estabelecida (MUYLAERT et al, 2014).*

A análise da narrativa tem sido tomada como base de análise das interações e ações sociais, culturais e experiências vivenciadas. Nessa perspectiva, as narrativas conciliam as relações do mundo com o interior e exterior do ser humano, assim, este é capaz de recorrer às histórias de vida a fim de organizar suas experiências para direcionar suas ações ao longo do tempo (MUYLAERT et al, 2014).

As narrativas podem produzir diversas emoções, em quem as conta e em quem as ouve, tendo em si, a peculiaridade de causar sensibilização e diversas possibilidades de ressignificação e reinterpretações dos mesmos momentos. A experiência dada pela entrevista não se atém apenas ao significado lógico da análise, mas também envolve a vivência do pesquisador e pesquisado no instante em que a entrevista acontece (CASTELLANOS, 2014).

A análise dos dados, aqui estudados, seguiu as recomendações da pesquisa de narrativas na modalidade temática segundo Lieblich, Tuval-Mashiach, Zilber, 1998. Para os autores, existem diversas possibilidades de leitura, compreensão e investigação das narrativas, os mesmos fazem destaque a duas dimensões: a) A unidade de análise como um disparador holístico que abrange toda a história, que deve elencar, através das categorias de análise, as pequenas unidades e selecioná-las da própria história. b) Relacionado ao que é valorizado na análise, classificado em conteúdo ou forma. Nesta, o enfoque dado pelo pesquisador é o da estrutura, naquela, o foco principal é a temática.

Portanto, na análise de narrativas, as dimensões são interligadas, com possibilidade de leitura e tratamento das narrativas holisticamente com realce à forma, ao conteúdo, de categorias com enfoque na forma e no conteúdo.

O presente estudo optou por utilizar a perspectiva holística com ênfase ao conteúdo. Sendo assim, os procedimentos analíticos adotados foram: a) leitura contínua dos textos originados das narrativas para seleção do elemento central da história; b) releituras e reflexões para a escolha de termos e trechos que permitam identificar conteúdos estruturantes para a reconstituição da história; c) análise indutiva e interpretativa do conteúdo destacado na

etapa anterior voltando-se à construção de uma narrativa por temas (LIEBLICH, TUVAL-MASHIACH, ZILBER, 1998).

### **4.3 Localização dos participantes e coleta dos dados**

A proposta deste estudo se dá para enfermeiros que atendam aos seguintes critérios de inclusão: ter uma experiência mínima de 6 meses em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e estar atuando em UTIN de cidades integrantes das seguintes Regionais de Saúde do Estado de São Paulo: III – Araraquara; VI – Bauru; VII – Campinas; X – Piracicaba; XIII – Ribeirão Preto; XIV - São João da Boa Vista; XV – São José do Rio Preto (SEADE, 2018). Não se pretende excluir nenhum participante derivado da aplicação dos critérios acima, exceto se, após ter aceitado de forma livre e consentida integrar o estudo, solicitar desligamento do estudo.

A opção pela abrangência acima deveu-se à concentração das principais cidades com maior oferta de capacitação científica e tecnológica do interior do Estado de São Paulo, excluindo-se a grande São Paulo e cidade de São Paulo. A região delimitada reúne 48,2% das Unidades de Terapia Intensiva da Região Sudeste e 24% se comparada ao País. No total, as Regionais descritas compõem 220 cidades paulistas, com média elevada de nascimentos prematuros. (SEADE, 2018; DATASUS, 2017). Além disto, as pesquisadoras deste estudo residem nesta região.

Para localização dos participantes em potencial, foi utilizada a técnica “Bola de Neve” (*Snowball Sampling*) que é uma forma de amostra não probabilística, utilizando-se para a construção da cadeia de participantes, referências e informantes-chave, a fim de sinalizar sujeitos que possam contribuir com o objetivo da pesquisa. A técnica mostra-se eficiente ao identificar populações específicas e que contribuam para o desenvolvimento da compreensão sobre o tema abordado (VINUTO, 2014).

Ao considerar ser o usual a presença de UTIN apenas em grandes cidades do interior paulista e atuarem estas enquanto unidades de referência para as cidades do entorno, prospectou-se um maior alcance dos participantes intencionados pela técnica acima descrita em contraponto a outras estratégias de localização. A localização inicial partiu da consulta junto a integrantes do grupo de pesquisa Saúde e Família da Universidade Federal de São Carlos, grupo ao qual este estudo está vinculado.

A estratégia de coleta de dados elencada foi a entrevista semi-estruturada, desenvolvida de forma individual em lugar privativo identificado em comum acordo com o participante. As entrevistas são consideradas diálogos de iniciativa de um entrevistador, com o intuito de obtenção de informações que se relacionam com o objeto/objetivo de pesquisa (MINAYO, 2014).

A entrevista iniciou-se com a seguinte pergunta: *“Você já buscou alguma formação para atuação em UTIN? O que te motiva para tal? Conte-me sobre isto.”* Ao longo da entrevista foram introduzidas perguntas a fim de compreender a motivação para a formação em seus aspectos referentes às modalidades, estratégias pedagógicas, temas e, por fim, sua relação com compromissos diante do cuidado de enfermagem ao recém-nascido crítico e família e cuidado desenvolvimental. Nessa perspectiva, caso o participante assinalasse negativa para a busca por formação em UTIN, as questões seriam tomadas a partir de como percebe a educação em saúde e enfermagem e sobre os motivos pelos quais não iniciou formação direcionada à área de atuação, tendo este estudo o objetivo de compreender a motivação para formação do profissional enfermeiro, bem como, identificar as fragilidades, dificuldades e desmotivações advindas de tal processo. Porém, cabe ressaltar que, nas entrevistas realizadas, nenhuma das participantes assinalou não ter buscado formação para atuação em UTIN. As sequências das entrevistas foram acrescentadas de forma pertinente e conectada ao narrado. Ainda, outras perguntas, a título de maior exploração do narrado, foram apresentadas de forma articulada ao exposto com a intenção de densificação e clarificação da narrativa em relação ao objeto/objetivo do estudo.

Todas as entrevistas foram gravadas em dispositivo de áudio digital, tanto para facilitar a obtenção da narrativa quanto para evitar a perda de dados significativos.

Utilizou-se como critério de finalização das entrevistas a saturação amostral que, segundo Fontanella et al., 2010, deve ser constatada a partir do tratamento e análise de dados coletados. Dessa forma, esta pesquisa adotou sequência procedimental ao imergir em cada registro realizado, ao compilar a análise dos dados e, ao reunir os temas identificados, constatando-se a saturação teórica das categorias que se mostravam recorrentes e com tendência a se concentrarem nos temas já detectados.

#### **4.4 Aspectos éticos**

A fim de cumprir os preceitos das Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016), o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), após análise deste Comitê, foi recebido com parecer favorável, registrado sob o nº 2.798.644 (ANEXO A).

Todos os aspectos éticos da resolução acima destacada serão seguidos e respeitados, especialmente o que versa sobre a participação voluntária e oficializada na pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

O processo de localização dos participantes em potencial para o estudo se deu no próprio círculo de relações sociais da pesquisadora e da orientadora do estudo, quando foi indagado a estas pessoas acerca do conhecimento de alguém que se enquadre nos critérios de inclusão do estudo. Frente à sinalização positiva, pedimos para que esta pessoa fizesse um contato prévio com o participante em potencial comentando acerca do estudo e se este poderia dar o contato eletrônico à pesquisadora. Frente à obtenção do contato eletrônico, a pesquisadora encaminhou e-mail para a pessoa, explicando o estudo novamente e verificando o interesse em participar. Com a existência de interesse foi marcado dia, hora e local para a entrevista de escolha do participante. Foi ressaltado a importância de que o local proposto guardasse privacidade para a entrevista acontecer e que tivesse o mínimo de interferências externas. No dia, local e horário marcado a pesquisadora iniciou a conversa retomando o estudo, seus objetivos, estratégia de coleta de dados, no intuito de confirmar o interesse em integrá-lo e informando sobre benefícios, riscos e resultados a serem obtidos com a pesquisa. Com a confirmação, foi lido em conjunto com o(s) sujeito(s) o TCLE, com abertura para esclarecimentos que se fizessem necessários. O passo seguinte foi a confirmação do consentimento para o estudo, quando o TCLE foi assinado, ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora. A seguir a entrevista foi conduzida conforme o exposto acima, sendo gravada em aparelho de áudio para posterior análise dos dados.

Ressalta-se que a interação pesquisadora e participante (s) em potencial foi de abertura e diálogo, de forma a garantir a ele (s) a liberdade para desistirem da participação a qualquer momento, fato este que foi sempre expresso e colocado enquanto opção.

A aproximação com o participante em potencial encerrou-se frente a sua negativa em qualquer uma das etapas acima descritas, bem como se este sinalizasse tal desejo, inclusive após a assinatura do TCLE. Ocorrendo a última situação, os dados do participante foram

apagados do aparelho de áudio utilizado para gravar a entrevista ou, quando esta já estivesse transcrita, o arquivo com a mesma apagado.

Como benefício da pesquisa mostra-se o conhecimento sobre a motivação do enfermeiro para processo de formação, com possibilidade de impactar programas de formação locais e nacionais, seja institucional ou de esfera pública. Além disso, a própria participação no estudo pode vir a mobilizar o enfermeiro em seu processo de formação por questão não ponderadas anteriormente, com desdobramentos à sua prática assistencial. Quanto aos riscos, elencou-se o possível desconforto dos enfermeiros durante a entrevista, relacionado às reflexões acerca de sua busca e envolvimento com a formação e atuação profissional. Nessa direção, a própria oportunidade de expor oferece chances de organizar, auto avaliar e tomar iniciativas relativas a seu processo de formação. Porém, a pesquisadora assumiu esforços máximos de atitude isenta de avaliação de juízo, com apoio à consideração de dissonâncias entre os olhares e perspectivas das práticas profissionais, bem como assumiu e zelou pelo compromisso em manter o sigilo e o anonimato. Comprometendo-se a manter-se sensível a sinais de desconforto do participante ao longo da entrevista, validando tais sinais com ele e interrompendo prontamente se for de seu desejo. Também deixou sempre como opção a possibilidade de deixar de participar do estudo.

## *RESULTADOS*

---

*“Sou como você me vê. Posso ser leve como uma brisa ou forte como uma ventania, depende de quando e como você me vê passar.” Clarice Lispector*

## **5. RESULTADOS**

Os resultados apresentados compreendem a análise de 16 entrevistas únicas, com duração média de 1 hora, realizadas com enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os mesmos foram entrevistados de forma individual e em profundidade sobre a temática do estudo.

Todos os enfermeiros que compuseram o estudo são do sexo feminino; o tempo de formação situa-se entre 1 a 25 anos, com diferentes trajetórias profissionais, mas com a similaridade do trabalho em UTIN; pertencem às diversas regionais elencadas no item 4 e passam ou já passaram, em algum momento, por processos formativos após a conclusão da graduação.

Demais informações acerca destes profissionais estão apresentadas no quadro 1 a seguir. Foram apreciados tempo formação, tempo de atuação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, cidade de atuação e se já realizaram ou estão realizando algum tipo de formação atualmente.

**Quadro 1. Caracterização dos profissionais Enfermeiros atuantes em UTIN**

<b>Sujeito</b>	<b>Tempo de formação</b>	<b>Tempo de atuação em UTIN</b>	<b>Formação anterior</b>	<b>Formação atual</b>	<b>DRS de atuação</b>
E1	5 anos	5 anos	Aprimoramentos	Enfermagem em UTIN	XV - São José do Rio Preto
E2	3 anos	3 anos	Aprimoramentos	Enfermagem em UTIN	X - Piracicaba
E3	2 anos	1 ano	Aprimoramentos	Enfermagem em UTIN	X - Piracicaba
E4	12 anos	8 anos	Aprimoramentos	Enfermagem em UTIN	XIII - Ribeirão Preto
E5	2 anos	2 anos	Aprimoramentos	Enfermagem em UTIN	XIII - Ribeirão Preto
E6	1 ano	1 ano	Aprimoramentos	Enfermagem em UTIN	XIV - São João da Boa Vista
E7	5 anos	5 anos	Aprimoramentos	Enfermagem em UTIN	VII – Campinas
E8	9 anos	7 anos	Aprimoramentos	Enfermagem em UTIN	XIV - São João da Boa Vista
E9	9 anos	1 ano	Aprimoramentos	Enfermagem em UTIN	XIV - São João da Boa Vista
E10	2 anos	2 anos	Aprimoramentos	Enfermagem em UTIN	X – Piracicaba
E11	15 anos	4 anos	Aprimoramentos/Enfermagem em UTIN	Nenhuma	III – Araraquara

E12	7 anos	2 anos	Aprimoramentos/Enfermagem em UTIN/ Mestrado	Controle de Infecção Hospitalar/Doutorado	III – Araraquara
E13	7 anos	3 anos	Aprimoramentos/Residência em UTIN/Mestrado	Nenhuma	VI – Bauru
E14	25 anos	18 anos	Aprimoramentos/Enfermagem em Cardiologia/Mestrado	Nenhuma	VI – Bauru
E15	9 anos	7 anos	Aprimoramentos/Enfermagem em UTIN/Mestrado	Nenhuma	III – Araraquara
E16	9 anos	2 anos	Aprimoramentos/Enfermagem em Obstetrícia/UTIN	Nenhuma	III - Araraquara

A motivação para formação está, no início da trajetória do enfermeiro atuante em UTIN, assentada na pessoa do enfermeiro, seu entendimento acerca do bom cuidado. Ao longo do tempo de prática na UTIN, vai revendo seu conceito de cuidado e o lugar da formação, tanto seu, quanto da equipe. Nestes tempos, um determinante influente da motivação é a postura da instituição, sobretudo na pessoa do supervisor direto deste enfermeiro. O acolhimento recebido em termos de inquietação e anseios formativos para si e para a equipe é fundamental para a propulsão ou recolhimento desta motivação, assinalada enquanto um sinal cardeal de vida profissional. Os temas ‘Inserção na UTIN’, ‘Contexto profissional e especialização enquanto formação continuada inicial’, ‘A formação que eu busco e os significados atribuídos às modalidades de ensino’, ‘Os significados da formação para a prática profissional’, ‘As projeções futuras e a inserção inicial da motivação para a continuidade de formação’, ‘Enfermeiro de UTIN e a qualidade do cuidado’ e ‘Formação continuada e o apoio institucional’ retratam o movimento do enfermeiro em relação a formação para atuação em UTIN.

### **Tema 1: Inserção na UTIN**

A inserção na área da Neonatologia ocorre a partir de caminhos diversos, mas, entre as participantes deste estudo, foi de entrada direta na UTIN ou por remanejamento institucional. Muitas das participantes tinham o desejo de atuar na área desde os tempos de graduação.

Entre aquelas que iniciaram sua trajetória profissional enquanto enfermeira em uma UTIN, o apoio e aposta da chefia imediata na sua pessoa, em termos de potencial para desenvolver-se na especialidade, esteve presente quando apontaram relação direta entre o ‘conceito’ detido pela instituição educacional de graduação e a oferta da oportunidade.

*[...] comecei em uma UTI neonatal, meu primeiro emprego...eu sempre quis essa área...pediatria, neonatologia...então eu iniciei a pós para realmente me especializar nisso porque é a área que eu realmente quero trabalhar. Minha coordenadora apoia muito. (E6)*

*“Eu me formei em 2011, 7 anos agora, no final do ano, eu me formei no final de 2011 e 3 meses depois eu comecei a trabalhar direto na UTI neonatal, não tinha experiência nenhuma, inclusive eu achei que nunca ia ser chamada porque é uma área muito específica, né? Mas a minha chefe ela gosta de funcionários novos, desse treinamento, acho que é um pouco de treinar do jeito*

*que ela quer. Ela falava que eu vinha de Ribeirão, que é um centro de referências para eles aqui, né? Do HC...e que ia dar tudo certo, e deu. Eu gostava do que eu fazia, mas sempre senti muita falta da neonatologia (falando do pequeno período que passou em outra atividade), tanto que, durante esse trabalho nessa empresa eu fiz a especialização em UTI Neonatal e pediátrica porque eu não tinha, então o tempo que tive a mais, eu já estava terminando o mestrado, quase terminando o mestrado, eu comecei a fazer e fiz em um ano. ”*  
(E12)

Uma participante inseriu-se, logo após formada, no cenário da Neonatologia via programa de residência. Essa identificou, já na graduação, sua afinidade pela especialidade e viu no programa de residência processo que favorecia o desenvolvimento do conhecimento e das habilidades técnicas específicas da especialidade. A escolha pautou-se no entendimento de ser insuficiente o que obteve na graduação em termos de conhecimentos e discussões na área da Neonatologia, atrelado ao fato de depositar no programa de residência oportunidade do desenvolvimento de habilidades práticas.

*“Me formei em 2011, trabalho há três anos em UTIN, fiz residência em Neonatologia, mas também já trabalhei com adultos. Neonatologia era uma área que eu gostava desde a graduação, tive bastante interesse pela obstetrícia, no começo, na faculdade, mas durante os estágios, eu passei pela parte de neonatologia, porém pouco e eu tive mais afinidade. Meus últimos estágios já foram em neonatologia e pediatria, me formei e fui fazer residência em neonatologia, foi bem interessante e necessário, na graduação a gente tem menos contato em pediatria, menos ainda em neonatologia, então o que eu aprendi, aprendi na residência. Acabei a residência e comecei a trabalhar em Londrina, aí eu voltei para Botucatu. [...] Na residência foi por ser recém-formada, eu não me via em condições de assumir uma enfermaria e não digo só em UTIN, em tudo, quando a gente presta concursos é bem geral, é difícil ter um lugar específico, a residência eu procurei pela prática mesmo, para aprender técnicas e procedimentos, ter maior contato com paciente crítico, para ter mais base para trabalhar, porque foi muito bom, todo mundo deveria passar, foi muito importante. (E13)*

Outras seis enfermeiras foram inseridas na UTIN enquanto imposição/remanejamento institucional. Ao vivenciarem o cotidiano da mesma e envolverem-se com o cenário da

especialidade, desenvolvem identificação e encantamento, em especial com a criança, sua força para ‘sobreviver’.

*“Bom, eu já trabalhei em outra área...como enfermeira faz 20 anos, mas na área de enfermagem fazem 25 anos. Eu era auxiliar de enfermagem e eu, não contente naquela época, quis fazer mais, aí eu fui fazer a faculdade. Fazem 18 anos que eu trabalho na neonatal, mas eu já trabalhei em vários setores, unidade básica, clínica médica, pediatria, psiquiatria e agora estou saindo da neonatal e estou indo para um ambulatório de hematologia. A neonatal foi uma área da enfermagem que eu nunca sonhei trabalhar, eu sempre trabalhei com adultos e quando me pediram para ir para a neonatal eu fiquei apavorada, mas depois de uma semana eu peguei um amor muito grande, foi amor à primeira vista, trabalhar como enfermeira neonatologista foi uma realização profissional, foi lá que me abriu as portas para eu me aperfeiçoar, eu não sou enfermeira neonatologista com pós-graduação, eu tenho outras especializações, mas aprendi muito lá dentro. O fato de trabalhar com criança é muito gratificante, um ser tão pequeno é tão forte, eles passam por tantas coisas e temos muito mais sobriedade do que morte, sem contar a felicidade da mãe quando leva essa criança, não tem preço, isso tudo fez com que eu ficasse na neonatal. ” (E14)*

## **Tema 2: Contexto profissional e especialização enquanto formação continuada inicial**

Precedendo a formação formal, muitas revelaram que, num primeiro momento, lançaram-se em um movimento de buscar ampliar conhecimentos e habilidades, seja a partir de estudos individuais e autônomos, seja junto da própria equipe de assistência da UTIN, em especial, as técnicas de enfermagem. Contudo, estes são percebidos enquanto insuficientes, de forma que, com credo de que através do curso de especialização o processo teria maior plenitude, inserem-se, então, no mesmo.

*[...] quando eu comecei a atuar como enfermeira neonatologista, lia tudo o que eu podia, como funciona, as meninas também me ajudaram muito (refere-se às técnicas de enfermagem). (E3)*

*O que me motivou a fazer a pós foi a necessidade do trabalho, porque assim, na prática mesmo, a gente vai identificando coisas que a gente não sabe e eu*

*sou uma pessoa bem curiosa, eu vejo algo que eu não sei e eu vou buscar, aí eu vi que os cursos iriam sanar minhas dúvidas, mas é uma coisa minha mesmo, que a gente não vê tanto em outros profissionais. (E8)*

*Eu sempre gostei muito de trabalhar com bebês, eu sempre trabalhei em maternidade, eu já tinha isso em mente que eu queria fazer uma especialização em UTIN mesmo. Então assim, a gente acaba usando esses conhecimentos. (E9)*

Assim, o contexto profissional no qual o enfermeiro se insere é determinante para as ambições futuras e decisivo na constituição estreita com as relações de conhecimento. Ao se inserirem em UTIN e vivenciarem este ambiente de cuidado, lançam, através da formação *lato sensu*, contribuição formativa para a oferta de um bom cuidado, de melhoria na assistência prestada, com um horizonte de qualidade explicitamente articulado à sobrevida, à cura. Exceto uma participante, todas as demais buscaram formação *lato sensu* em Neonatologia.

*[...] Eu fiz pela necessidade em ser especialista nisso também, pela demanda do meu setor. As dificuldades do dia a dia, de você ter um outro olhar, uma outra formação, para você se especializar naquilo que você trabalha, para fazer o melhor. (E10)*

*[...] agora que eu estou trabalhando em UTIN, fazem dois anos, aí eu me interessei, até mesmo por não ter tanta informação na graduação, numa área específica, que houve a necessidade da procura da pós-graduação, né [...] porque é uma área muito específica, não é somente lendo, você vê que precisa de desenvolvimento com cursos, outras coisas. (E4)*

*Eu vi em internet, busquei informações com colegas que já tem a pós, sempre esperando assim, quando eu vejo alguma coisa, buscando saber se é focado para o trabalho, sempre aperfeiçoando o conhecimento. Para eu poder entender mais e trazer atualizações para o local de trabalho. (E7)*

Vivenciam a escassez de oferta de cursos de Neonatologia, de forma que, a maior parte das participantes descreveram necessidade de deslocamentos, pois é ofertada em cidades do entorno de onde residem.

*[...] mas foi uma dificuldade achar uma instituição que tivesse o curso em cuidados intensivos neonatais, assim que eu achei a cidade mais próxima eu fiz*

*a inscrição. As barreiras são mesmo a distância e os poucos cursos que existem de pós-graduação em cuidados intensivos. Então são poucos cursos e são distantes. Então essa é a grande dificuldade. (E1)*

*Não foi fácil, moro em uma cidade universitária, mas não tem cursos de especialização nessa área, neonatais, nem de obstetrícia...já teve, não tem mais...[...]...então eu estou tendo que fazer esse deslocamento para conseguir fazer esse curso. (E4)*

*[...] comecei a pesquisar os cursos na região mesmo e não tinha...aí optei por ver se encontrava algum via online mesmo, na internet. Eu vi online e não encontrei. Numa determinada época eu e minha colega decidimos ir atrás, né, porque nós duas caímos ali dentro (UTIN) então fomos atrás...foram essas dificuldades que eu particularmente fui encontrando. (E5)*

*Não foi muito fácil porque não são todos os lugares que tem, em São Paulo já tem uma facilidade maior, tem vários lugares, várias faculdades que tem curso de pós-graduação, aqui no interior eu achei bastante dificuldade [...] então eu tive dificuldade de encontrar devido aos locais. (E6)*

*Até procurei formação específica de UTI neonatal, porém, na região, o único lugar que tem é em uma cidade a 90 quilômetros daqui, aí entre você fazer uma especialização, além de cara, eu não tinha tempo naquela época pois eu ocupava um cargo de chefia e não conseguia conciliar o cargo com a especialização. (E14)*

### **Tema 3: A formação que eu busco e os significados atribuídos às modalidades de ensino**

Ao realizar as entrevistas, uma das questões que se mostrou relevante foi a percepção acerca das modalidades de ensino e o impacto sobre o processo formativo que intencionam. Duas questões destacaram-se na escolha do curso de formação: repercussões para a vida pessoal e a modalidade da oferta do mesmo. Muitas entendem que os cursos à distância têm insuficiências de impacto para o processo formativo que intencionam. Trago agora para o texto como foi, inicialmente, o processo de escolha da modalidade de ensino das enfermeiras aqui entrevistadas.

*Quando fui escolher fiquei pensando na EAD, mas no fundo (pensa). Eu particularmente não gosto porque eu não consigo me concentrar, não renderia. (E3)*

*[...]Lá (se refere ao local onde trabalha) tem projeto de educação que é tudo virtual. Não é só para profissionais, é para os pais, uma forma de orientação, joguinhos, coisas assim para chamar mais a atenção, mas muitas vezes a pessoa não tem acesso, muitas vezes não tem de qualidade uma internet, então dificulta se você não tiver um objetivo. Estas formações virtuais têm fragilidades. (E4)*

*Não...eu não me simpatizo muito com esses EAD...eu acho que não me prende, não me motiva, é algo que eu não faria. (E5)*

*[...]Jeu acho bem complicadinho estas formações a distância, porque a gente trabalha parte da assistência, né...então se fosse só números seria uma coisa, mas agora na assistência eu acho que fica um pouco complicado de a gente aprender à distância. Daí nem procurei nada nesta linha. (E6)*

*Eu acho que é totalmente desqualificado...na verdade eles forçam você a fazer alguma coisa que, para mim, para o meu modo de entender, meu conhecimento, não consigo gravar e focar tanto assim...por isso eu acho que para mim, se for necessário fazer uma pós 100% virtual, eu não teria uma boa qualidade do aprendizado. Então fui para o presencial mesmo. (E7)*

Identifica-se a necessidade das enfermeiras, na formação continuada, de terem oportunidades amplas para narrarem suas práticas e trocarem percepções e conhecimentos. Esse aspecto é significado como essencial para o aprimoramento e desenvolvimento profissional almejado e, para as participantes deste estudo, a modalidade de oferta do curso afeta esse elemento.

*Eu prefiro presencial porque me força mais a atenção e porque tem interação com outras pessoas e isso é o legal, faz com que dê ânimo, porque sozinho em casa a gente acaba fazendo outras coisas, tem gente que acha fácil, que é melhor, mas tira um pouco a atenção, ainda mais nessa parte de cuidado. Eu acho assim que a teoria, é claro, é muito maior, alguns cursos tem a prática e eu acho que para enfermagem é essência falar da sua prática, trocar o que é bom e ruim, ver a teoria. Não se fala tanto que a teoria nem sempre dá para aplicar na prática. Adoro quando conversamos sobre isto no curso, assim, cara a cara. (pensa). Para tudo que envolve a Enfermagem não deveria ter só formação à distância, para mim deveria ser proibido. (E4)*

*[...] eu acho que ainda tem uma possibilidade de fazer à distância, agora uma pós-graduação em Neonatologia não tem como fazer à distância, em Cardiologia também não, em outras áreas. (Pensa). Para mim a única que eu vejo uma possibilidade é enfermagem do trabalho mesmo e olha lá ainda. (E6)*

Ainda, ao contraporem as modalidades de cursos presenciais e à distância, enfatizaram que a primeira permite trocas maiores com o docente, entre os profissionais que ali estão, oportunizando ter discussões a partir de vivências diversas, com o calor da presença.

*[...] eu ainda sou à moda antiga, prefiro presencial [...] até mesmo por toda essa troca de conhecimento entre docentes e discentes, então eu prefiro presencial do que à distância. (E1)*

*Eu prefiro presencial porque me força mais a atenção e porque tem interação com outras pessoas e isso é legal, faz com que dê ânimo, porque sozinho em casa a gente acaba fazendo outras coisas, tem gente que acha fácil, que é melhor, mas tira um pouco a atenção, ainda mais nessa parte de cuidado. Eu acho assim, que a teoria, é claro, é muito maior, alguns cursos tem a prática e eu acho que para enfermagem é essencial, não deveria ter só formação à distância de enfermagem, para mim deveria ser proibido, eu tenho dificuldade. [...] Eu precisava de algo que me desse um subsidio bem maior e o curso de especialização presencial me contemplou...até pela troca de experiências, você aplica isso no seu dia a dia...não que você não confia no EAD, mas quando você tem um contato com o professor, você cria um vínculo e você consegue ter um subsidio, inclusive, emocional para você defender aquilo que você acredita, aquilo que você aprendeu...então você consegue aplicar isso, você discute, você argumenta, você tem um embasamento. Então você não só leu, você ouviu outras experiências, sentiu elas quando eram contadas...eu acho que isso você se fortalece. (E5)*

*Depende do curso, mais a parte teórica que é válida...mas alguns não porque a gente precisa de contato, ver as dificuldades, ver como acontece. Alguns são válidos e facilitam até pela correria. (E13)*

As facilidades advindas dos cursos à distância são consideradas como fatores de contribuição para se almejem cursos rápidos ou quando a rotina entre trabalho e estudo presencial não se faz possível.

*Eu gostei, eu gosto, porque assim, são nos meus horários disponíveis e eu consigo na minha casa ir buscar mais, me concentrar mais do que muitas vezes no curso presencial, tendo horas que a gente se dispersa ou está muito cansada, vem após o plantão, lá não, eu reservava aquele horário para isso, então ficava muito melhor, comigo funcionou. (E8)*

*Eu gostei, a única coisa que eu achava dificuldade era para acessar a internet, então nos horários que eles marcavam para tirar dúvidas, as vezes eu não estava em casa, não tinha acesso, mas eu achei muito bom, muito mesmo. (E9)*

*Eu acho ótimo, me adapto bem, mas depende do curso, se for muito específico é melhor o presencial, devido à complexidade mesmo de alguns temas, mas eu acho que é viável sim. (E10)*

#### **Tema 4: Os significados da formação para a prática profissional**

É possível perceber que o início da vida profissional é cercado por diversos desafios. Cabe ao enfermeiro agregar valores para além da própria prática profissional. Após a inserção em cursos específicos da área em que atuam, começam a considerar as possibilidades advindas desse processo e os significados atribuídos ao conhecimento.

Grande parte das participantes assinalaram que a inserção em um curso de pós-graduação *lato sensu* trouxe empoderamento para as atividades do trabalho, com destaque à ampliação da capacidade de associar teoria e prática e reconhecimento da parte de colegas de trabalho. Isto as motiva e leva à prospecção de novas formações.

*[...]você estuda, já trabalha com aquilo, você une a experiência profissional com a científica. A parte técnica com a teoria, você amplia a sua visão do que é certo e errado, do que você acha e realmente é, né... você amplia sua visão. Os outros notam isso, respeitam mais. (Falando das contribuições da Especialização). (E4)*

Aquelas que estão inseridas nas práticas de UTIN destacaram que a aplicação, na prática, dos conceitos apreendidos e discutidos no curso de especialização é algo muito positivo e que contempla a intenção que as movimentou inicialmente. Além disso, mencionam o quanto ampliam *feeling* para estar na unidade e favorecer inovações nas condutas assistenciais.

*[...] em relação a mim é realmente aplicar, aplicar aquilo que eu vim buscar...não estacionar...deixar de lado, é realmente colocar em prática aquilo e a experiência que você vem ganhando, né (relaciona o processo de formação com o cuidado)...porque hoje, depois de dois anos, a gente junta as informações, né...então você se sente mais forte, muito mais segura, eu sei que eu preciso de mais, mas assim...eu realmente consegui o que eu vim buscar....era isso mesmo, eu me desempenho melhor, eu sou uma outra enfermeira, né...então eu me sinto uma outra enfermeira... e é muito bom isso, para você trabalhar com aquilo que você acredita...e outra coisa, não deixar isso estacionado em você, você para sua equipe [...] e aí foi que eu busquei a capacitação, justamente para não ficar tão retrógrada, tão atrasada, sem “feeling” mesmo para trabalhar com esse tipo de paciente. O que me motivou foi por ser tão específico. (E5)*

De fato, aquelas que sentem impactos da formação de especialização em suas práticas, sentem-se motivadas a fazer novas formações.

*Estou achando muito boa a pós-graduação que realizo, não sei se porque eu estou colocando em prática aquilo que estou aprendendo... já tenho uma noção maior, agora eu já vivo, por isso estou sentindo essa diferença. Quero continuar a estudar, fazer outras pós-graduação talvez. (E6)*

Assim, a busca por formação de especialista reflete o desejo de aprofundar o conhecimento, de aprender e conhecer mais a respeito da área desejada. Porém, para algumas, existiu frustração por não terem obtido a ampliação na proporção imaginada, por terem uma expectativa maior do que o que foi ofertado no investimento em cursos de pós-graduação *lato sensu*. Para estas, restou o conformismo e a aquisição do diploma.

Suprir as expectativas para a aquisição de conhecimento é fator primordial para a projeção de novas formações, quando ‘novidades’ e ‘atualidades’ atuam enquanto propulsores do envolvimento e busca de formação continuada.

*Achei que faltou...achei que as aulas eram o que eu vivia, não vi coisas novas, diferentes, não tivemos coisas mais específicas, tão aprofundadas. Como era uma pós-graduação, claro que não necessariamente todo mundo que está fazendo a pós-graduação já trabalha na área, dar uma introdução no assunto seria legal, mas ficava muito morno, você já vivencia aquele momento, você*

*quer mais. Eu falava...é só para eu ter o diploma mesmo, porque são coisas que eu já faço no meu dia a dia, é claro que tem coisas que te chamam a atenção, mas eu não achei que foi muito bom. (E15)*

*Depois que eu fui trabalhar e entendia mais um pouco, também já tinha uma noção da pediatria porque cuidava de bebês, na pediatria a gente tem um laço ainda, da UTIN eles vão para a pediatria para depois ter alta, então a gente tinha um pouco desse contato e acabava aprendendo um pouco também, mas quando eu fui para a UTIN, aí eu percebi o quanto a pós-graduação que eu fiz era defasada em todos os sentidos, foi uma pós-graduação que eu falo que tive apenas o diploma comprovando que eu sou intensivista, mas foi muito ruim, a carga-horária era ruim, o campo de estágio era um UTIN onde não fazíamos nada. [...] A gente busca novidade, trazer algo de novo para a unidade em que trabalhamos, para a equipe e pacientes e eu não tive, infelizmente, ficou um buraco, uma lacuna enorme, só tenho um pedaço de papel comprovando que eu tinha feito para me garantir estabilidade lá. (E16)*

Como é possível notar, depositaram, sobretudo, na formação *lato sensu*: (1) aprofundamento no conhecimento da área Neonatal, visto como explorado de maneira superficial na graduação e (2) recurso para atualização na especialidade. A ideia que as lança na *formação lato sensu* foi de ampliar competências para o cuidado de enfermagem em UTIN.

*Tudo que eu busquei e tudo que eu faço é com relação à melhoria, dar o melhor ao paciente, fazer com que meu conhecimento ajude na cura dele, na melhora dele, então foi isso que eu busquei. Não falo que foi por crescimento profissional, [...] sempre busquei para melhorar a assistência, dar o melhor de mim para o paciente, para ele não ser prejudicado com a minha inexperiência e com minha falta de conhecimento, então é voltado para o paciente. Não dá para falar que é financeiro porque isso não adianta muito também. (E14)*

*Eu fiz especialização na área, entrei na Neonatal em 2011, fiquei bastante lá, aprendi bastante com as meninas, mas em 2013 eu fui fazer a pós-graduação. Na realidade eu busquei por questões de conhecimento porque era muito cru, eu caí de paraquedas em uma UTIN e lá a gente tinha neonatal e pediátrico e também por nunca ter parado, eu gosto de buscar coisas novas, de aprender,*

*eu gosto disso...eu falei “já que estou aqui, nada melhor do que me especializar nessa área”, por isso eu fui procurar a pós-graduação. (E15)*

Algumas destacaram a falta de experiência na área e a especificidade do contexto como aspectos que contribuem para colocar aquele enfermeiro novato, sem vivência na área, em local periférico. Diante disso, a especialização se efetiva enquanto chance de transformar este local. Aquelas que se sentiram assim, apontaram apoio institucional formal incipiente para enfrentar as barreiras do cotidiano na UTIN sem conhecimentos e habilidades técnicas específicas da área.

*Eu já trabalho há dois anos e assim...foi difícil minha chegada lá (UTIN). Sai da graduação sem experiência, era técnica, sou ainda, mas em relação ao ensino superior, eu terminei minha graduação. [...] Eu cheguei lá e estava super difícil de funcionário, aí eu ia no CTI pediátrico pedir ajuda para a outra funcionária [...] e eu assumi logo o noturno, aí ficava uma sozinha e ficar uma sozinha sem experiência é bravo...aí realmente você se frustra porque “nossa, eu não sei fazer isso aí, nossa por que está acontecendo isso?” Aí você pensa: “eu preciso fazer alguma coisa para sobreviver aqui...e é justamente isso, a questão de sobreviver”. (E5)*

### **Tema 5: As projeções futuras e a inserção inicial da motivação para a continuidade de formação**

É importante observar como as enfermeiras se apropriam dos valores encontrados nas formações. Nessa direção e no movimento de continuidade de formação via cursos de especializações, revelaram, as participantes, que especializações se encadeiam uma na outra, havendo complementariedade. Especificamente neste estudo, duas enfermeiras tinham mais de uma especialização e uma estava cursando sua segunda pós-graduação *lato sensu*, com destaque para a Especialização em Enfermagem Obstétrica. Na percepção delas, o cotidiano da prática profissional apresenta e/ou revela questões que a motivam a buscarem conhecimentos e habilidades, assim como, os cursos de especialização em si.

*Fiz outras especializações, mesmo estando na UTIN, que é na cardiologia e que é voltado para a UTIN e antes de entrar na neonatal eu já tinha feito uma especialização em obstetrícia. A obstetrícia eu acabei fazendo porque trabalhava em um hospital pequeno e era um hospital filantrópico, e quem*

*fazia tudo era o técnico, enfermeiro, os médicos só chegavam no final do parto, para me respaldar eu acabei procurando a especialização em obstetrícia para fazer. (E14)*

*Eu primeiro fui para a obstetrícia, sempre fui apaixonada por essa parte de partos, mas o meu encanto maior era o bebê e aí comecei a fazer a pós-graduação em UTIN justamente por conta da obstetrícia, uma pós-graduação complementa a outra e a gente lida com o bebê. Quando estamos fazendo um parto nunca sabemos como o bebê vai nascer, pode nascer tudo bem ou não. Então eu sempre achei importante ter as duas, mas nesse sentido, porque na época eu já estava fora na neonatal e não sabia se eu conseguiria voltar, então dei continuidade, mas a princípio, quando eu comecei a pós-graduação foi pensando na obstetrícia e não para atuar naquele momento na neonatal. Eu já tinha obstetrícia desde o final da graduação, fiz uma docência, emendei obstetrícia e fui indo, então foi para juntar com a de obstetrícia. São mundos opostos, coisas diferentes. A obstetrícia é linda, a gente lida com o bebê, mas os cuidados são diferentes, nesse caso são bebês que não necessitam de procedimentos, às vezes, nem mínimos, são cuidados básicos. (E16)*

*[...] eu tenho na minha cabeça que se for para eu fazer outra pós-graduação eu faria em obstetrícia. [...] por ser interligado com UTIN, lado a lado. (E3)*

*[...] então, eu pretendo fazer obstetrícia, o mais breve possível...por mim mesma, na verdade, né...por eu trabalhar no local...e procurando aprimorar os conhecimentos e continuar naquela área que eu gosto. (E7)*

Ademais, uma enfermeira assinalou estar, na prospecção de continuidade da formação, sua intenção de mudanças que impactem sua qualidade de vida, com intenções de transformações no horário, jornada e remuneração de trabalho. Dessa forma, ponderava realizar uma especialização na área da Enfermagem do Trabalho.

*[...] Pretendo mais uma pós-graduação...enfermagem do trabalho. Você trabalha numa empresa, tem mais qualidade de vida, uma enfermeira do trabalho hoje em dia trabalha de segunda a sexta, domingo e feriado está em casa. Na UTIN você segue escala, e sábado, domingo e feriado você trabalha. [...] Não tem muito envolvimento por serem áreas diferentes. Uma vai ser o coração e a outra a razão, pela parte financeira mesmo. (E2)*

Há aquelas que, por exercerem uma função de coordenadora, prospectam especializações na área da Gestão.

*[...] Pela área que eu atuo, já estou na supervisão da UTI Neonatal e pediátrica então eu sinto a necessidade de uma especialização em gestão. (E1)*

Algumas denotam movimentos na direção de continuidade de formação distintas do *lato sensu*, quando destacam o mestrado.

*Tenho interesse de fazer obstetrícia, eu assim, até gostaria do mestrado, de crescer profissionalmente, mas eu me pergunto: será que eu dou conta? Porque é interessante, porém é bem desgastante, né, você tem que ter disposição e ajuda, mas por mim eu faria vários cursos, eu gosto, mas assim eu penso que a gente não pode parar, não pode estagnar. (E4)*

*Acho que a experiência, eu gosto muito de passar aquilo que eu tenho, então eu acho que o mestrado é algo legal para mim e como eu gosto de lá (UTIN), é uma área que eu não gostaria de sair, então eu não tenho vontade de ter uma outra especialização a não ser relacionado à área. (E5)*

*[...] pretendo fazer outras pós-graduações, principalmente em gestão e o mestrado e doutorado (E1)*

Realizar o direcionamento profissional para a área de pós-graduação *lato sensu* traz, nas narrativas, uma ênfase ao fator de aprimoramento da prática e melhorias do cuidado clínico. Em posicionamento contrário, a pós-graduação *stricto sensu* tem um caminho voltado para a formação docente, de pesquisa e elencada como arcabouço necessário ao futuro profissional, lançando perspectivas para diferentes contribuições à enfermagem.

*Eu sempre achei que era um complemento, porque eu comecei a ter mais certo o que eu queria mesmo, que eu queria fazer o mestrado, depois o doutorado, é bem mais difícil, eu fico pensando que eu quero prestar um concurso público depois para doutor, para professor, mas eu não sei se eu vou conseguir entrar porque eu não acho que seria uma professora ruim, eu dei aula agora nesse semestre, eu estava dando aula, ficou muito corrido e sai, mas eu não acho que eu seja uma professora ruim, gostei bastante da experiência, mas não acho que conseguiria entrar em uma universidade porque eu não tenho tempo para me dedicar à vida acadêmica. Talvez só o fato de dar aula, já supra essa necessidade. (12)*

*O mestrado foi por outro lado, foi para melhorar a minha qualificação, para melhorar a vida profissional, pois já trabalhava, foi para melhorar tanto a prática, que precisa do conhecimento, e para ter uma outra opção também no futuro de seguir carreira acadêmica. (E13)*

Torna-se evidente que as enfermeiras atribuem diferenças formativas ao incentivo e mobilização educacional através de universidades particulares e públicas. A formação em instituições públicas é traçada como favorável ao desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que interferem nas escolhas profissionais e de carreira. As enfermeiras concebem que, o encorajamento à pesquisa é maior difundido em universidades públicas, enquanto que, em universidades particulares, os requisitos formativos são traçados a partir da preparação para a prática assistencial. Sendo assim, a pós-graduação *lato sensu* tem se mostrado mais acessível e compatível com o desejo de melhoria da qualidade assistencial e, a pós-graduação *stricto sensu*, associada ao planejamento de carreira acadêmica e a maiores desafios em sua inserção.

*Quando eu entrei na escola particular, eu vi que não era tão ruim assim, que era uma escola boa, mas na minha época não tinha tanto incentivo em pesquisa como tem agora, agora tem mais, começou a pouco tempo. Então assim, eu acho que ainda falta, falta oportunidade de mestrado, principalmente na nossa área, porque não tem, minha mãe falou para eu ver em Araras, a gente veria de passar, mas eu falei que era o valor de um carro zero e outra, não é voltado para a enfermagem, então peca nisso, eu acho que deveria ser um estímulo maior, no trabalho, ou dentro de uma escola particular. Diferente de escola pública, você já entra e não vai ser um simples enfermeiro, eles te preparam para várias coisas, eles te preparam para você trabalhar no posto, no hospital, para você ser mestrando, te prepara para qualquer coisa, mas não era essa a visão que eu tinha, eu tinha a visão que eu ia me formar, trabalhar no hospital e pronto. (E11)*

*Depois que eu terminei o mestrado eu fui dar uma aula e gostei bastante, claro que assim, me atixa muito a questão de neonatologia, não de outras coisas. Hoje eu até penso que se eu tivesse uma oportunidade eu gostaria da docência, mas isso foi após o mestrado. Ele abriu minha visão para a pesquisa, a gente não gosta porque não sabe, por eu ter vindo de uma universidade particular*

*não houve esse estímulo para a pesquisa, então eu não sabia nem como procurar um artigo, depois do mestrado começou a ser diferente. (E15)*

Tanto quanto a universidade, o docente também exerce grande influência sobre o desejo e a motivação do aluno, na graduação, para a continuidade formativa.

*[...] depende do olhar do professor que o profissional teve. Eu tenho professores que me espelho até hoje. Professores que tem essa vivência nos transmitem isso. Então a gente vai pegando um pouquinho de cada professor, depende do exemplo deles e do quanto aberto você está para entender isso, porque podem ter pessoas que escutam e continuam a vida normal, tem gente que acha um exagero e tem gente que ficou mexido. Falta muito sobre essa questão do quão aberto você está para ser tocado para se conscientizar em uma coisa, ou achar que só o que você fala esteja certo. (E12)*

### **Tema 6: Enfermeiro de UTIN e qualidade do cuidado**

Na caminhada formativa, na medida em que ampliam e se sentem mais confortadas em termos de conhecimentos clínicos e de procedimentos comuns e corriqueiros ao contexto da UTIN, retomam reflexões acerca do papel e competências necessárias ao enfermeiro, quando a humanização e seus desafios ganham destaque. Explicitamente algumas (n=6) projetam no horizonte do cuidado humanizado, ‘atributos’ de humanidade como ingredientes necessários e que necessitariam ser desenvolvidos. São exemplos: empatia, responsabilidade, humildade, compromissos com o não dano, envolvimento, dedicação, atenção. Contudo, vivenciam escassez de oportunidades de formações que abarquem esta questão ou não acreditam na possibilidade da mesma ser contemplada em formações. Ponderam apostas na sensibilização, quando acreditam num processo no âmbito das micro relações. Há aquelas que os atributos necessários à humanização remetem a valores e, esses, são edificados ao longo da vida.

*[...] mas é como eu falei, tem como você aprender, aprender a puncionar, a passar uma sonda, você aprende tudo isso, é o tempo que vai te dar isso...agora, você ser uma enfermeira que acolhe...é de mim isso, minha mãe é assim, eu aprendi isso. Talvez temos que tentar contaminar as pessoas com isso, quando eu estou recebendo ou quando estou passando o plantão...aí na passagem de plantão alguns me falam que falta muito para olharmos para a família e tudo mais, porque foi muito ruim ter uma experiência de ausência*

*disso na equipe...ver a mãe com dificuldades. Ser mãe também muda muito as pessoas, eu era uma enfermeira menos assim quando eu não tinha minha filha e agora fiquei mais sensível...é de se colocar no lugar do outro mesmo. Então eu acho que é o todo, não só na neonatal falta isso, em todas. [...] eu vejo que a minha equipe é assim como eu, porque elas trabalham comigo e sabem o que gosto, o que não gosto...é um pouco de contaminação mesmo. Eu não acho que a formação de instituição forme isso, até deveria, mas acho que não é algo que se dá, sensibiliza-se sim. Talvez seria isto. Eu busco isso para mim e para a equipe, para onde estou. (E12)*

*Bom, eu acredito que um bom cuidado é a gente ter humanização...a gente olhar para o próximo como se fosse a gente mesmo...como eu gostaria que se fosse eu no lugar desse bebê de ser tratado? [...] como eu gostaria que ele fosse cuidado? [...]Para cuidar é preciso, como posso dizer, fazer com atenção, ter responsabilidade, não fazer algo que você não tem certeza, se não tem certeza, ter a humildade de perguntar para o colega...eu não posso falar que eu sei, fazer de qualquer forma e acabar prejudicando, tenho que ter a humildade de perguntar para o colega, perguntar para o médico, acho que uma das partes principais do cuidado é isso, fazer com responsabilidade, com atenção, procurar dar o melhor de si, não fazer correndo para acabar rápido, mas fazer direito. [...] a humanização se tem assim como se fosse uma coisa que tem no dicionário, aquele conhecimento instituído em você, mas cada um pensa de um jeito, você foi criada de uma forma, eu fui criada de outra forma. Estes são difíceis de serem tratados em cursos. (E6)*

*Um bom cuidado focado na parte da enfermagem...é o conhecimento, a gente tem que aprimorar os nossos conhecimentos...e hoje eu acho que o foco é humanização...eu acho que a gente tem focar na humanização para a gente conseguir ter o cuidado, porque a gente não tem cuidado somente com o paciente, com intermédio ou até presencial com a família...humanização com a família em si, com o bebê, até com a gestante antes do nascimento...eu acho que a humanização e aprimoramento dos conhecimentos eu acho que foca todo um bom cuidado...então quando você faz com amor, se dedica ao conhecimento, humanização...sai um bom cuidado. Conhecimento os cursos até dão, mas esta coisa da humanização, sei lá, tenho minhas dúvidas. Acho que é algo, assim, como posso dizer, da vida. (E7)*

*[...]Eu vejo que não existe um protocolo, vamos dizer assim, para humanização, não tem. [...] A humanização é uma coisa (pensa), então assim, tem como pregar humanização para outras pessoas? Os profissionais de saúde, por exemplo? Então assim, você fica à mercê disso, é muito bonito? É. É o correto? É...., mas muitas vezes está instituído aquilo e até você não fez, porque tem dia que você não está a fim. Mas isso daí teria que ser normal do ser humano, muitas vezes a gente faz coisas que não está sendo humanizado. Esta discussão as formações em serviço não pautam. A gente não discute humanização nos treinamentos de educação continuada. Isto não se discute não. Então será que é valor mesmo? [...]. Eu acho que poderia ser resgatado alguma forma, de ter nessas capacitações continuadas a sensibilização dos profissionais dentro dessa unidade. (E4)*

A empatia está assinalada enquanto relevante para o cuidado humanizado, pois favorece a singularidade do mesmo. Nas formações, identificam poucas apostas referentes a este aspecto. Para além do conhecimento teórico e técnico, de acurácia na clínica, as enfermeiras que se despertam para a questão da humanização voltam-se a fazer investimentos na formação para um cuidado individualizado, seja para si, seja para aqueles que estão ao seu entorno.

*Um bom cuidado eu acho que você tem que focar muito na humanização, porque cada paciente, se você não ter cuidado individual, cada um tem uma necessidade e eu sempre procuro me colocar no lugar dos outros, chega um paciente eu sempre olho e falo: já pensou se fosse parente meu? Então eu gostaria que ele fosse atendido assim que fosse feito assim. As vezes as pessoas tratam mal, não dão o seu melhor, então eu sempre procuro me colocar no lugar dos outros, ter empatia. Acho que isto não é falado na especialização, ou melhor é bem pouco falado, mas importante. Aliás, central. (E9)*

*A primeira coisa que tem que ter é se colocar no lugar do paciente, você se colocar no lugar do paciente, pensar que pode ser você ou alguém da sua família e que tem que ser tratado como você gostaria de ser, é a primeira coisa. Ali tem uma pessoa que tem família, é o amor da vida de alguém, então temos que dar o melhor para eles. Outra é escutar...por mais que falem que a enfermaria está lotada, que tem muito serviço, o tempo que você para e escuta um paciente, uma família e não achar que é frescura, ele precisa de atenção, o enfermeiro tem que ter essa percepção, especialmente de quem solicita tanto e*

*chama tanto, isso é um começo. Se conseguirmos fazer pelo menos essas duas coisas, a questão da assistência vai vir, não tem mais o que falar para melhorar a assistência, essas duas coisas conseguem ser uma ótima assistência, escutar e se colocar no lugar. Eu busco aprimorar isto em mim. (E14)*

*Eu acho que não é ser só bom tecnicamente e não olhar o ser humano, o bebê não está entendendo, então tem que englobar a família...ou ser como eu que engloba a família, mas que falta um pouco da técnica...mas acho que a técnica a gente aprende...ser um enfermeiro solícito, que inclui a família é uma coisa de você, não é ninguém que te ensina, ou você é ou você não é...está muito relacionado com a sua personalidade, sua criação e tudo mais. Essa é a minha experiência dentro da neonatal...eu tento me esforçar para ser a melhor no que eu faço, eu acho que todo mundo tenta isso. Eu tento sensibilizar aqueles que estão ao meu redor. Acho que hoje este é o grande desafio da área, a humanização. (E12)*

Na busca da humanização do cuidado em UTIN, destacam que os processos de creditações de qualidade limitam o alcance da humanização e o exercício dos atributos a ela. Os processos de trabalho e as cobranças para avaliá-lo à luz da ‘qualidade’ posta pelas creditações, limitam o envolvimento com as pessoas a serem cuidadas. Impõem protocolos e acabam determinando priorização e valorização de tarefas administrativas com ‘bloqueios’ à humanização. Neste bojo de reflexões, afirmam ser a humanização, em si, pouco discutida nas formações continuadas em serviço, denotando um lugar de importância ofertada a ela pelas instituições.

*A humanização, eu acredito assim, por experiência própria, muitas vezes falar é muito bonito, né, então por ter selo de qualidade, hoje em dia todas as instituições vão atrás para ter esse selo de qualidade que pregam humanização, tem o escrito de humanização, dos cuidados humanizados, porém com a nossa rotina, nosso cotidiano profissional, o estresse, né...muitas vezes damos mais importância para a parte administrativa, isto é cobrado de nós, e daí deixamos de lado essa parte humanizada que é para cuidar com o familiar, os pais, com as outras pessoas que envolvem junto com o cuidado da criança. Isto não é de fato cobrado com qualidade. Não faz parte de algo que a educação continuada investe. [...] Um bom cuidado de enfermagem é realizar*

*todos os procedimentos necessários para a melhora e o bem-estar da criança, tanto de medicamentos, procedimentos, com ética, sem imprudência, negligência, imperícia, né. Ter o cuidado nas manipulações com as crianças, ter essa parte da humanização que muitas vezes a gente sente falta mesmo e não são discutidas. (E4)*

Para outras participantes, a humanização é a capacidade de responder clinicamente a uma situação, resposta técnica, com domínio de conhecimentos e habilidades às questões do cuidado intensivo, acurácia diagnóstica e interventiva. Assim, a busca de formações é lançada a partir deste prisma.

*Acho que um bom cuidado em UTIN precisa ter uma equipe capacitada, treinada em cuidados intensivos, uma equipe pronta para agir diante de qualquer intercorrência, de qualquer situação. A educação continuada deve olhar isto, eu busco isto. (E1)*

*[...] O profissional tem que observar tudo que o bebê vem apresentando, desde eliminações, até agitação, se está normal, se não está...processo de higiene, tudo. O neném como um todo. É isto que a gente precisa dominar, aprender bem. (E2)*

As participantes valorizam os espaços de interação profissional e dão importância à boa relação com os demais profissionais da UTIN. Reconhecem ainda, os espaços de interação profissional, sobretudo a denominada ‘visita’ (momento em que se discute a situação da criança e a intervenção a ela), como momento para aprendizagem e coesão entre a equipe assistencial.

*Se a gente está com pessoas que possam passar as coisas para a gente, a gente vai absorvendo aquele conhecimento das pessoas que estão ao nosso redor, então quanto mais a gente fica perto de pessoas que passam as coisas para a gente, na nossa profissão, isso é importante porque a gente vai absorvendo um pouco...quanto mais contato a gente tiver, a gente vai aprendendo, né...vai adquirindo conhecimento. Forma a gente e todos que ali estão discutindo o caso. (E6)*

*Na parte da enfermagem, entre a gente, tem algumas restrições, alguma pessoa que é mais limitada acha que fazemos para nos mostrar, a gente tem esse tipo de coisa, mais interpessoal, de relacionamento, mas as novidades a*

*gente senta e vê se consegue implementar, discute com a equipe da fisioterapia, fonoaudiologia, a gente tenta melhorar para ver se no final, para aquele bebê, isso faça diferença, e agente já viu algumas melhorar com relação à isso de alguns bebês muito prematuros, a gente foi vendo as diferenças de sequelas nesses bebês de acordo com as diferenças de cuidado, de como tratamos, então isso foi muito bacana, as técnicas também conseguem perceber isso, tanto as mais velhas, quanto as mais novas que chegam e ainda estão aprendendo. (E16)*

Diante do entendimento do enfermeiro ter uma centralidade em termos de ‘elo’ entre os distintos profissionais que atuam em uma UTIN, entendem ser relevante sua competência em trabalhar em equipe. Assim, algumas destacam a necessidade de qualificar a formação para o trabalho em equipe e sua relação com a qualidade do cuidado em UTIN, sendo um dos núcleos que buscam investimento formativo.

*Trabalhar em equipe é a base. A gente precisa saber fazer isto. A equipe, para você ser um bom enfermeiro, você precisa ter uma boa equipe, a confiança da equipe, o enfermeiro não faz nada sozinho, então se você entrar em um setor e falar que faz, que é a melhor, não dá, primeiramente é ter uma confiança com a equipe que trabalha com você, porque aí você consegue o que você quer. Eu acho que é muito a questão de equipe, conversar, mostrar o que quer, seguir os protocolos da unidade e a gente sempre tenta fazer o melhor para o bebê, trabalhar junto com os outros profissionais, com o médico, fisioterapeuta, com a equipe multiprofissional e cada um fazer o seu. Mas precisa desse aprendizado, de você saber trabalhar em equipe. Acho que o melhor cuidado é isso, cada um fazer o seu melhor, o melhor cuidado vem de saber distribuir a equipe com as melhores habilidades que ela tem, não adianta falar para fazer alguma coisa que não domina, então quando você dá a corda para equipe, você vê que fica muito melhor. (E15)*

*Na verdade, eu vejo o enfermeiro como um pedacinho de cada profissional...a gente tem a nossa parte de fisioterapeuta, a gente tem a nossa parte de tudo. A gente tem que ter um olhar completo, de tudo, a gente tem que dar apoio aos outros profissionais, porque na verdade é através da enfermagem que a gente passando o caso do bebê para eles...porque quem fica com o bebê 24 horas por dia é a enfermagem. A fonoaudióloga vem passa visita, a fisioterapeuta*

*vem passa visita, a gente leva para eles a maior parte dos casos. A interação tem que ser muito boa com a equipe, esta é uma coisa que enfermeiro tem que saber fazer. É importante educar-se para isto. (E6)*

*[...]eu acho que o enfermeiro, na verdade, que faz essa busca ativa com a equipe multiprofissional... a busca da enfermeira eu acho que ela tem visualização dela, da patologia do bebê, do que ele necessita, a busca pelos profissionais acho que faz com que tragam essa equipe para a UTI para fazer um trabalho de qualidade. Educação continuada tem que tratar destas coisas também, para UTIN é muito importante. (E7)*

*O enfermeiro é a base de todas as informações, eles vêm perguntar tudo para a gente, como o paciente passou, desde o médico até qualquer outro profissional. Nós somos a base de tudo, ficamos com o paciente a maior parte do tempo, então o enfermeiro, na parte de cuidados, é o que fica mais tempo com o paciente, então é a base mesmo. (E8)*

*O enfermeiro é um elo, ele acaba ligando todas as especialidades, tanto o contato com o médico, com a equipe técnica, a gente que faz essa comunicação e a supervisão que tem que ter, apesar de não sermos tão reconhecidas por tudo isso, as vezes em uma saidinha não conseguem resolver o problema, tem que ser o enfermeiro. (E13)*

Depositam no enfermeiro a responsabilidade pela formação da equipe de enfermagem da UTIN e envolvem-se nesta direção, sobretudo, na discussão de prioridades assistenciais. Ressaltam, enquanto dificuldade, sensibilizar para o acolhimento da família e para um cuidado alinhado com o preceito da proteção do desenvolvimento da criança.

*A gente procura dar o maior conforto para a criança, família, deixa a equipe da melhor forma assim...não cobrança, mas você está junto com sua equipe e você está tentando melhorar o que está sendo feito, saber lidar com a família...porque ali (UTIN) a gente tem os pais que visitam a criança duas vezes no dia, na hora que eles chegam eles querem saber de tudo, a gente tenta confortar da melhor maneira possível, conversar...conversar com as meninas de como saber lidar com os pais, porque eles vem fazendo perguntas e elas (técnicas de enfermagem) ficam meio perdidas também e acabam dando alguma resposta não muito assim. Tenho conversado sobre isto com minha*

*equipe (de enfermagem) (pensa) Na permanência na UTIN, a gente conversa, levanta o que elas (técnicas de enfermagem) têm de dificuldade. Estou com bastante funcionária nova aí a gente procura colocar na cabecinha delas a levantar as prioridades para ficar atento em medicação, trocar uma fraldinha pode esperar um pouquinho...eles acabam deixando a medicação e priorizando a troca de fraldas. (E3)*

*[...] acho que isso melhora o cuidado (falando sobre transmitir o conhecimento à equipe) ...eles falam: porque é assim que eu tenho que fazer, porque minha enfermeira me explicou que se eu não fizer vai acontecer isso, você realmente dá embasamento para eles, você fortalece eles...mas acho que assim, a gente enquanto enfermeiro pode fazer isso por eles.[...] eu acho muito interessante que o papel do enfermeiro não é guardar aquilo para ele, é ele aplicar, passar para a equipe, se você quer a equipe parecida com você, que eles se preocupem...dá para eles isso, eles não sabem...eles sabem fazer, mas não sabem porque estão fazendo, e quando você passa esse conhecimento para eles, você recebe credibilidade. (E5)*

*Eu acho que a gente sempre tenta, as enfermeiras da UTIN, ter uma boa linguagem com os funcionários, valorizando mesmo, fazendo a desenvoltura da parte humanitária, né...para a gente ter um cuidar bem cauteloso, bem singelo, passando todas as atualizações para que a gente possa desenvolver, com o passar do tempo, uma melhor desenvoltura no trabalho. (E7)*

*Capacitar os profissionais, a equipe dela, dando cursos, fazendo reuniões das dificuldades de cada um ou de algum processo que teve alguma dificuldade, capacitar e ver se realmente a equipe está engajada no mesmo conhecimento, na mesma linha para que o final seja melhor para o paciente em si...ele tem que ser tratado do começo ao fim, multiprofissional, se o enfermeiro encabeçar isso para a equipe dela, o final é o que? O paciente vai sair muito melhor, mais rápido, não vai ter outras complicações no futuro, neurocomportamental. (E10)*

*Eu acho que o enfermeiro tem que ser o espelho, e eu percebo isso em todos horários, que o enfermeiro é o espelho da equipe, então se o enfermeiro é aquela pessoa que não está nem aí...infelizmente, eu tenho colegas de trabalho que não gostam da presença da mãe, só que a pessoa não é mãe, tem*

*problemas com a mãe, então assim, é um conflito muito grande com ela mesma. Dentro dessa situação a equipe dela acha igual a ela, entendeu? A minha equipe fica com raiva disso, um exemplo, o que eu falo “Meninas, se a mãe vier para visita eu gostaria que vocês perguntassem para ela: você quer ficar? Você quer ficar com seu bebê no colo? ” Mas as mães ficam assim, mas até que horas eu posso, eu rebato, “até que horas você pode ficar? ” Então quando a gente sabe que essa pessoa X no plantão, a gente sabe que a mãe pode ficar até o final do plantão, se ela quiser, porque tem pessoas que chegam perguntando o que a mãe está fazendo aqui dentro. (E11)*

*O enfermeiro precisa assumir sua posição e vestir a camisa, estar ali para fazer a diferença e não ser apenas mais um, tem que buscar conhecimento, não adianta falar que é enfermeiro, ficar mostrando e mandando, tem que buscar conhecimento, mostrar como faz e se envolver no cuidado para conhecer, realmente, seu paciente, e saber o que ele necessita naquele momento. Onde nós trabalhamos, temos os pais 24 horas por dia, é importante não vê-los como alguém que está checando meu serviço e sim como alguém que vai ajudar no meu serviço porque a presença dos pais ajuda muito, com número reduzido de recursos humanos, eles ajudam bastante, não falar para eles fazerem seu serviço, mas dar orientações para quando eles forem para casa, você acaba, ao mesmo tempo, tendo a colaboração dos pais e também tê-los como aliados no cuidado para ser mais humanizado. (E14)*

No desenvolvimento deste papel de sensibilizar a equipe para qualificação do cuidado, a partir de formação continuada, o enfermeiro destaca a motivação pessoal.

*Eles me perguntam muito, eles me questionam o que eu aprendi, coisas que eu aprendi, eu falo: gente vamos fazer assim, eu aprendi isso, eles interagem, mas isso é um diferencial bem pequeno na instituição, a maioria não quer, tem que ser como eu, curiosa, também tem que ter técnicos de enfermagem e toda a equipe curiosa, então quando eu chego com alguma coisa nova, eles têm a força de vontade, mas isso é bem difícil na enfermagem. Nesses anos todos de profissão eu vejo poucos. (E8)*

*Eu acho que vai muito da característica do funcionário, da personalidade, porque do curso que fizemos, seriam 15 pessoas, apareceram só 7, a instituição corre atrás, te motiva, é cansativo, emendamos plantões com os*

*cursos, mas assim, depende muito da pessoa. Vai muito da motivação individual da pessoa, não adianta só a empresa querer dar, mas é muito particular, depende do compromisso de cada um com o que ela faz e com o que ela quer ter. eu penso “é um conhecimento, posso pôr no meu currículo, eu vou crescer profissionalmente”. É claro que se os outros falarem, dá uma animada, mas se a pessoa não estiver a fim, não vai, se ela não estiver motivada e mesmo que seja de graça, não vai. (E15)*

*A minha equipe tem interesse, de vez em quando a gente pega um protocolo, algo assim e tem um retorno, quando a gente vai conversar sobre um assunto de interesse delas, tudo flui, as perguntas surgem e temos essa troca, com a minha equipe, dos outros plantões eu sinto que tem mais dificuldade, especialmente do noturno porque são funcionárias mais antigas e têm muita resistência, principalmente de receber ordem de uma enfermeira que é mais nova que elas, tanto de receber novas informações e ver que precisa se adaptar, a mudar algumas posturas, mas acho que também a nossa parte de chefia é muito falha, na parte de educação das meninas, de ter essa educação e trazer coisas novas, ter tempo para falar de uma novidade que a gente aplica, mas sem conseguir passar para elas porque estamos fazendo, o benefício e tudo mais, falta não só por nós, mas falta de tempo, de estrutura, infelizmente a gente não tem um respaldo muito bom, uma estrutura bacana para trabalhar, criar coisas novas. (E16)*

Nessa perspectiva de cuidado e tomando como premissas o “cuidado desenvolvimental” em UTIN, em sua maioria, o termo não conferiu, inicialmente, entendimento aos enfermeiros sobre o assunto abordado, porém, quando o conceito foi exemplificado, as narrativas reforçaram que práticas de cuidado voltadas para a prevenção de agravos futuros, criação e manutenção de vínculos familiares e com cuidadores são presentes no dia a dia do seu trabalho, entretanto, ainda com baixo investimento e compreensão coletiva de sua importância.

*Tem o horário do soninho que a gente fala, as vezes a gente até passa até mais, por exemplo, do meio dia até as duas não mexe no bebe, as vezes a gente até prologa isso para o próximo horário de cuidados, para poder descansar mesmo, porque você via que eles ficavam muito calminhos, o silencio, a gente*

*abrir a portinhola, a gente orienta bem as mães, olha aqui dentro o barulho é muito grande, então procurar tomar cuidado na hora de abrir. Eu fico bem assim, em cima dos técnicos para não bater, não colocar as coisas em cima da incubadora, porque lá dentro faz barulho, e mesmo também, ao movimentar o bebe, né, tem que ter delicadeza, porque não era ainda para estar ali, então tem que focar bem nisso, a enfermeira tem que estar bem atenta a isso. As vezes até falam, ela chata, as pessoas vêm de outro setor, abrem a porta e já vem falando alto, eu já vou falando baixo para a pessoa ver que tem que abaixar o tom. (E9)*

*Sim, eu acho que na UTI nós temos, porque muitas vezes não tem muita criança internada e algumas das técnicas fazem crochê e esses dias eu me deparei, em um tempo super nublado, chuvoso, tudo escuro e elas com as luzes apagadas e fazendo crochê no escuro, mas por que? Para proteger o bebê, eu percebo que algumas delas questionam os cuidados integrais, manipulação mínima porque já mexeram em vários e horários e algumas pessoas falaram que não existe manipulação mínima, só a enfermagem que faz. Falo que sou uma equipe, então nossa equipe é diferenciada, faremos desse jeito. Eu já arrumei até briga com uma médica para não mexer no bebê. Eu percebo que as técnicas sabem, elas têm medo de manipular demais, dar algum problema, e ser culpa delas. (E11)*

*Existe o cuidado desenvolvimental na minha prática, a gente tem protocolos de manipulação mínima...assim, falando em protocolos, em papeis, né? Mas existe sim, a gente está implementando a Golden hour que é fazer a recepção do bebe em uma hora. Então assim, tudo que a gente tem que fazer, tem que ser feito em uma hora, pois está relacionado até a hemorragia intracraniana, a questão da manipulação, principalmente quando são prematuros extremos...de aquecer o bebê e tudo mais, temos a hora do soninho, de aquecer o bebê...de som, não. O pessoal da neo, apesar de ser neo, as pessoas falam muito alto. Do canguru, também não...não são como o HC que é um hospital amigo da criança e que a mãe pode ficar e que também é só mãe, né? Na hora da visita não coloca criança em método canguru quando ela está intubada...mas eu já li que quando a criança está estável não tem riscos, não tem por que não colocar a criança no colo...eu vejo que é um pouco engessado isso, não sei se por conta do trabalho que dá para tirar a criança intubada e depois voltar ou se*

*por preguiça mesmo. O método canguru fica mais liberado quando a criança vai ter alta. (E12)*

*Tem sim, tem um curso de método canguru aqui, todo mês tem, na prática fazemos sim, mas não conhecia o termo. O problema é a alta rotatividade mesmo, são muitos residentes e cada hora querem fazer alguma coisa. (E13)*

Assim, a formação continuada enquanto elemento que retroalimenta a qualidade do cuidado e a motivação do enfermeiro foi explicitamente trazida por uma das participantes. Ela destacou ser uma evidência da ‘morte do profissional’ o desinteresse por formar-se, quando um dos maiores sinais é o cair na rotina e realizar mecanicamente protocolos instituídos. Em contraponto, traz a motivação para formações enquanto uma evidência da vida profissional.

*Dá muito mais trabalho você dar uma assistência de qualidade do que dar uma assistência qualquer e falar que não deu. Para você, você se limitou àquilo, a sua assistência mecânica é o suficiente, a criança não está passando fome, está limpa, então está bom o seu trabalho, você não precisa buscar mais nada para ela. Eu acho que quando isso vai morrendo dentro de nós, a gente perde o sentido do trabalho, é então a hora de parar com tudo e mudar de área, porque o que move o nosso trabalho é estudar, buscar, trazer o que é novo para o seu setor para atender melhor as crianças. A gente vê o resultado de coisas tão simples, mas por que não podemos melhorar no resto que é mais complexo e que merece muito mais da nossa atenção? Sinceramente, não teriam elementos, não conseguiria moldar um atendimento pleno, ali, vindo de fora, porque as falhas estão vindo de todos os lados e eu não vejo que a gente consiga abarcar todo o contexto, são condutas que, infelizmente, alguns de nós tomamos, mas a gente não consegue ter continuidade, a gente luta ao máximo, todo mundo faz o seu melhor, na maioria das vezes a gente tem um bom desfecho, mas falar que a gente tem um cuidado pleno, eu não vejo. (E16)*

### **Tema 7: Formação continuada e o apoio institucional**

A partir do trajeto experienciado no início de trabalho em UTIN, busca por formações específicas e projeções para a vida profissional futura, adentra-se ao contexto ambiental alicerçado pela Instituição Hospitalar e as relações que ali se estabelecem. O vivenciado junto

à instituição empregadora integra o envolvimento com formação continuada, seja naquelas ofertadas por ela, ou por outras instituições. O estímulo e apoio da instituição empregadora é um determinante que integra a motivação para a formação continuada.

*Eu tenho algumas oportunidades no meu emprego, dentro do hospital em que eu trabalho a gente tem uma questão de educação continuada muito boa, tem diversos treinamentos, tem várias capacitações, geralmente são convocações, a gente vai, pois é no período em que não estamos de plantão, conta como banco de horas. E é claro que se está tranquilo a unidade e tem alguém que te cubra, também dá para fazer. Agora a minha supervisora está afastada, mas as vezes ela cobria para a gente conseguir sair e fazer algo. É bem legal. A gente consegue se organizar. (E15)*

Na decisão de realizarem formação continuada em instituições externas, o apoio da chefia imediata foi, usualmente, de esforços, não garantia, em alocar folgas na escala de trabalho para permitir a presença no curso. O comum foi de contarem com o mesmo, porém, quando não o vivenciam, ficam frustradas.

*Eles facilitaram bastante com relação às folgas, [...], então, sempre nas preferências de folgas eu coloco a data, coloco pós, aí eles me auxiliam dessa forma. Porque tem lugares que eles não dão folgas, lá eles facilitam nesse sentido. (E6)*

*A única coisa é que eu pego folga...tem que pedir a folga, se der eles dão, mas como são vários enfermeiros buscando aprimoramento, é mais um recurso...a folga é dada para a enfermeira se facilitar para eles também...de forma nenhuma se prejudicá-los eles vão dar uma facilitação para nós. (E7)*

*Eu tive um pouco de problema, eu expliquei para o meu gerente que precisava de folga, mas por duas vezes ele me escalou e falou que veria no próximo mês, porque é diferente, quando você está aqui na aula você aproveita tudo, as vezes a explicação não é a mesma coisa, você lê lá nos slides. Então assim, por duas vezes eu fui prejudicada nisso. (E9)*

*Na instituição a gente tem muita dificuldade, justamente por conta da escala, do horário, então é mais difícil, tem que dobrar a carga-horária para cumprir as folgas, cheguei a trabalhar todos os finais de semana para poder ter um dia, eles colocam alguns empecilhos sim, não é muito tranquilo não. (E13)*

Algumas poucas contavam ainda com o reforço da parte da instituição em relação à importância de integrar formação continuada, com reconhecimento de sua contribuição em termos de qualificação do cuidado.

*Eles me deram incentivos psicológicos, no caso do curso de PICC eles pagaram, mas o meu curso de especialização em UTIN não, foi algo que eu mesma fui buscar, né, mas que assim, eu tive um incentivo psicológico mesmo, você vai mesmo buscar para você ser uma profissional cada dia melhor. (E10)*

Contudo, como sinalizado no excerto acima, há expectativas de apoio financeiro, por entenderem que, de alguma forma, trazem retorno à instituição.

*Eles não facilitam na parte financeira, eles não investem no profissional enfermeiro, infelizmente, mas me facilitam na parte de folgas, se eu preciso. Eu falando que vou fazer um curso, eles me facilitam a folga, mas na parte financeira, eu acho que eles deveriam investir em quem gostaria de fazer porque é um investimento para a própria instituição (E8)*

*Nós temos algumas questões como a acreditação, tem todos os processos inseridos, desde que eu entrei ali em 2015 tem sempre treinamento. Houve uma época em que trabalhávamos em um dia e tínhamos treinamento no outro, com assuntos bem legais, para formar mesmo o profissional, dar competências. Nós fizemos um curso e aprendemos a punção intraóssea, nós tivemos um caso na UTIN que se soubéssemos fazer essa punção teria tido muito sucesso, porque já era um quadro grave, ficamos sem saber o que mais fazer...se tivesse a intraóssea resolveria o problema. Então nós já conversamos com a equipe da educação continuada para trazer o curso para todos. Nós conseguimos falar que seria legal termos algum curso, eles vão atrás para procurar e ver se o hospital consegue. Alguns cursos o hospital cobre, outros, achamos importante fazer e eles reembolsam. É muito bom, é um investimento. (E15)*

Todas sentem carência de ações de formação continuada intrainstitucional que contemplem a especialidade. O comum foi vivenciarem um processo mais dirigido e intenso quando da admissão no setor, ou, ainda, quando ocorrem intercorrências assistenciais.

*Dentro eu acho que é muito vago...eles têm uma capacitação...quando tem a contratação de funcionários [...]. Assim, não é periódico, é somente quando as pessoas entram mesmo, eles fazem esse curso de capacitação durante uma*

*semana e depois não tem nunca mais. O curso é muito bom (referindo ao curso admissional), eu fiz a capacitação, mas não pega as áreas da pediatria, só na área de adulto. [...]. Há falta de reciclagem, há falta de informação e cursos de capacitação para poder mesmo dar continuidade na valorização dos conceitos dentro do setor, não tão específico. [...] a falta de capacitação é muito grande, especialmente no meu setor, isso está deixando a desejar, a gente até pode sugerir, mas a gente fica à mercê de força maior. (E5)*

*Nós temos educação continuada e funciona mais ou menos, porque eu acho que muitas coisas poderiam ter melhor investimentos, o que eles investem lá é assim: aconteceu um erro, eles investem no erro ao invés de investir na prevenção do erro, agir antes dele acontecer, mas infelizmente é assim. (E8)*

*Dentro do hospital, agora, eles começaram a fazer alguns treinamentos, mas não voltados para a Neonatologia, treinamentos de passagem de sondas...essas coisas, mas nos treinamentos eles sempre se voltam para o adulto, né. (E6)*

*No admissional eles falam só da NR32, não tem uma parte que prepara o enfermeiro para aquilo, porque nem o enfermeiro do setor dá treinamento para a equipe, quem dá o treinamento são os técnicos, quando entra funcionário novo. No meu ponto de vista é muito ruim, e é assim em quase todos os lugares. Eu venho de uma linha que não é o técnico, o profissional que entra tem que se voltar ao enfermeiro, para mim não é aceitável. E todos estão muito desmotivados, mas fico pensando, quando falam que tem treinamento, poucas pessoas vão, porque eu acho que eles não põem muita credibilidade, eu falei que tem que obrigar a virem, eles terão que ser obrigados a ir. (E11)*

Como desdobramento da falta de um olhar institucional para a formação continuada voltada às questões da especialidade, as enfermeiras deste estudo ressaltam serem elas a assumirem a responsabilidade pelo desenvolvimento da formação continuada da equipe de enfermagem da UTIN. Percebem como fundamental executá-la, porém, o conjunto das responsabilidades a elas imputadas gera cansaço.

*Tem alguns programas de educação continuada, bem no geral, na minha área é pouca coisa que tem, é mais o que a gente acaba fazendo dentro da unidade*

*com as enfermeiras, a gente que faz a atualização para a equipe, acaba ficando mais interno, mas tem uma equipe do hospital que é responsável por isso. (E13)*

*Temos um núcleo, porém, a neonatologia é vista como um bicho de sete cabeças, ninguém quer e ninguém faz. Para termos educação continuada, nós, os enfermeiros dali, que temos que fazer, porém nós não temos pernas para isso, é uma quantidade mínima de enfermeiros e somos muito cobrados para fazer coisas que não são do enfermeiro, acabamos apagando fogo e correndo atrás de lâmpada que está queimada, de um inseto que entrou na unidade e o que é da gente, não fazemos, conseguimos só corrigir depois que fez a coisa errada, mas uma educação continuada não tem. (E14)*

Na história da busca de formação continuada de algumas, a admiração e estímulo provido pelo supervisor direto esteve destacado e foi fator essencial da motivação, bem como, serem envolvidas nas discussões e deliberações assistenciais da unidade.

*Do mestrado eu nunca pensava, mas minha supervisora me motivou muito, eu estava sempre muito perto dela e ela estava fazendo doutorado. Eu achava o máximo porque ela é muito inteligente, ela sabe coisas que ficava admirada...eu perguntava: “como você sabe tudo isso? ”, ela me falava: “ tem que estudar”...aí eu comecei a pensar nisso, não com o desejo de ser professora, mas pelo conhecimento. Comecei a ajudá-la a montar protocolos, mexer em algumas teorias, ela me ensinou a buscar em artigos, então quem mais me incentivou foi ela. Ela que conversou com uma professora para eu iniciar e foi quando tudo aconteceu. (E15)*

*[Falando sobre as contribuições da sua gerente]. Eu acho que ela tem carinho, humanidade, tem muita responsabilidade, se doa para aquilo que está fazendo, hoje o meu exemplo disso tudo é a minha coordenadora porque ela é a vida da UTIN, quem a conhece, pode conviver e aprender com ela, sabe disso. [...] O único respaldo que temos lá, de ensino, é a nossa coordenadora e a gente, somos nós, existe um núcleo de educação continuada, mas ele nunca funcionou e quando funciona, funciona da forma errada, passam materiais que quando a gente vai ler, precisa corrigir, são coisas erradas, que não condizem mais com aquele contexto. (E16)*

Em contrapartida às aspirações elencadas pelo amplo relacionamento com a gerência direta, não se sentir apoiado e reconhecido enquanto profissional gera insatisfação com o trabalho e desejo de mudanças de ambiente, bem como limitações às buscas por formação.

*A gente não tem retorno, acho que o que pesa muito para a gente que trabalha na enfermagem, é não ter esse reconhecimento, em nenhum dos campos, a gente não tem um reconhecimento quando faz um bom trabalho, não que não seja nossa obrigação, é nossa obrigação fazer um bom trabalho sempre, mas um “parabéns”, “obrigada”, faz toda diferença para a gente e faz mais ainda para a equipe. Isso motiva a gente a buscar mais, a querer saber mais. (E16)*

A busca por formação específica em neonatologia intenciona trazer ao ambiente de trabalho novos conhecimentos e novas posturas profissionais, nessa perspectiva o enfermeiro vê, em si, como já apontado acima, um ator principal para fomentar questões que envolvam a qualificação do cuidado. É notório que há esforços nesse sentido, porém, é evidente também que as deficiências no investimento motivacional individual e coletivo, no aprimoramento gerencial e em condutas centradas no cuidado integral são fortes indícios da necessidade urgente de revisão dos processos institucionalizados mantidos nos hospitais. Percebe-se que, as enfermeiras tratam, diariamente, de empecilhos para a efetivação do seu trabalho e para a coesão das ações multiprofissionais voltadas ao paciente.

*A gente acaba esbarrando em muitas questões que fogem do nosso controle como recursos humanos, a própria parte de aprimorar, de ter treinamentos com a equipe, na correria, a gente tem poucos profissionais, somos em número pequeno, a gente acaba de não dar muita conta, gostaria de fazer mais para melhorar a assistência. São os técnicos que assumem o cuidado direto com o paciente e ficamos mais na supervisão, são muitos leitos para cada enfermeiro, é muito pouco para melhorar nosso papel enquanto enfermeiro que é uma realidade, muitas vezes diferentes, de outros hospitais. Outra dificuldade é o fato de que muitas pessoas nunca trabalharam com neonatologia, as vezes assusta. Hoje mesmo teve uma intercorrência e a funcionária saiu chorando, então pecamos em várias coisas na assistência, pela falta de recursos humanos e pelo incentivo, capacitação da equipe para poder ter uma assistência de maior qualidade. (E13)*

*É muito triste, por um lado a gente pensa, se somos esquecidos é porque talvez a gente não dê problemas, consiga resolver nosso problemas internamente e*

*isso não veze, a gente consiga sempre segurar as pontas ali e fazer o melhor, porém também é muito ruim, nós não somos um setor isolado, a gente precisa de um atendimento primário que funcione para que minha criança tenha chances na hora em que ela chega para mim Nosso trabalho é vinculado com o do outro, lá não existe isso, não vemos isso lá, a gente tem problemas até com a equipe médica, os médicos não estão falando a mesma língua e isso está interferindo nos pacientes. Eu falei para um médico que trabalha comigo: “eu sinto vergonha de trabalhar aqui, você não sente? ”. As pessoas que estão acima de nós têm que ter esse discernimento, as vezes a gente não tem nem isso, e se parar para pensar, interfere em todo o contexto, interfere no meu trabalho, no da minha equipe e que vai interferir no cuidado com meu paciente. Não adianta eu buscar conhecimento, eu treinar uma equipe só, se todo mundo não falar a mesma língua, se todos não concordarem que aquilo é o melhor e que precisamos lutar por isso. (E16)*

## *DISCUSSÃO*

---

*“Amar talvez seja isso...Descobrir o que o outro fala mesmo quando ele não diz. ” Padre Fábio, de Melo*

## **6. DISCUSSÃO**

Buscamos, diante dos enfermeiros que atuam em UTIN, compreender como vivenciam suas práticas profissionais e como são envolvidos pelo processo formativo, a partir de suas demandas e pelas necessidades emergentes das ações voltadas ao cuidado.

Com relação à caracterização das participantes, os achados vão ao encontro de revisão integrativa sobre o perfil do enfermeiro de UTIN: majoritariamente mulheres, com tempo de formação entre 1 e 25 anos, tempo de atuação maior que 4 anos (SANTOS; CAMELO, 2015). No caso desta pesquisa de mestrado, a população foi unanimemente feminina, com mesma variação no tempo de formação.

Já com relação ao envolvimento com pós-graduação, um estudo transversal voltado à formação de profissionais de enfermagem do Brasil apontou que, dentre os 414.712 enfermeiros com registro ativo no Conselho Federal de Enfermagem no ano de 2013, mais de 80% já tinha cursado ou estava cursando pós-graduação, com predomínio da especialização em relação às modalidades de programa de residência, mestrado profissional e acadêmico, doutorado e pós-doutorado (MACHADO et al., 2016). Neste estudo de mestrado, todas as participantes estavam realizando ou já haviam realizado pós-graduação, com predominância de aprimoramentos.

Com relação às narrativas das participantes, as análises revelam o quanto a motivação para formação é, no início da trajetória, ampla e conectada ao objetivo de alcançar competências para atuar na especialidade e prover um bom cuidado, pautado no entendimento que possuem acerca dele. Trata-se de um entendimento que valoriza a clínica intensivista e o desenvolvimento de habilidades procedimentais para essa clínica que pode ser atribuído ao ambiente e modelo de assistência característicos de UTIN e que surgiu com o foco na garantia de sobrevivência de RNP ou com outros agravos (SCOCHI, 2000).

Embutidas nas características tecnicistas das unidades hospitalares, está a fragmentação do ser humano enquanto partes a serem analisadas pelos profissionais de saúde. Busca-se, neste sentido, a superespecialização a fim de suprir as necessidades do corpo através de conhecimentos variados acerca dos melhores e mais avançados recursos tecnológicos (MACHADO et al., 2016). Dessa forma, as formações *lato sensu* são as opções e recebem amplo apoio institucional.

Nesse caminhar, o conhecimento científico absorve o valor de construção de uma realidade única, generalizada e consensual, ou seja, versa-se sobre a objetividade do saber prático como produtor universal de subsídios para a atuação clínica e que possibilita suporte e adequação às mais diversas complexidades advindas da terapia intensiva neonatal (COSTA; PADILHA, 2011; LARA et al., 2018). Assim, as questões de formações merecem destaque, uma vez que aproximam os enfermeiros da detenção de autonomia do saber sobre o RNP, fundamentando sua atuação prática e servindo de garantia para a efetivação do cuidado de enfermagem.

Estudos reforçam que, o domínio sobre a prestação de cuidados está assentado no domínio do conhecimento, portanto, confere poder ao profissional de saúde que o detém (COSTA, PADILHA, 2011; LARA, et al. 2018). Tomando-se o contexto de formação para o enfermeiro, a especialização traz a este profissional o sentimento de aprimoramento de habilidades e destrezas sobre as ações realizadas em terapia intensiva neonatal, fatores estes nem sempre abordados ou efetivados no período de graduação e que os imbuí de um forte desejo de aperfeiçoamento.

Em termos gerais, Ortega et al. (2015) associam as mudanças da saúde nas últimas décadas, as quais foram incorporadas à prática clínica, como responsáveis pelo crescente anseio dos profissionais de enfermagem por formação especializada, alta adesão aos cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* e busca por cursos que atendam às melhores habilidades técnicas. Nessa perspectiva, Corbellini et al. (2010) e Hoeve et al. (2018), reforçam a necessidade apresentada pelos enfermeiros recém-formados a respeito de vivências em locais especializados, corroborando com as evidências deste estudo, onde os participantes apresentam, como passo inicial para a busca de novas formações, a limitação sobre a complexidade das demandas de saúde atuais e de espaços dotados de alta tecnologia. De fato, as enfermeiras deste estudo apontam, como crítica, a orientação generalista das formações em graduação, onde, algumas unidades, entendidas como complexas, não são aprofundadas nesse momento de formação e, enquanto especialidade, determinam a busca por um desenvolvimento específico futuro.

Convergentemente, as enfermeiras permitiram observar, a partir das entrevistas, um consenso para a busca por formações, vinculando-se à melhoria das condições assistenciais, apesar de atribuírem diferentes sentidos à ação. Este fato enfatiza a valorização do conhecimento científico acerca da prática executada. O valor cíclico conferido ao processo educativo permite obter domínio sobre determinado padrão ou assunto, resultado que transforma o profissional através da autonomia, ampliando a reflexão crítica para argumentar

e intervir na forma como atua (RODRIGUES e CALEGARI, 2016; LINS, et al., 2013). Isto foi revelado em relação à clínica, quando os enfermeiros referiram sentir maior capacidade de relacionar teoria e prática e envolverem-se nas discussões interprofissionais sobre a clínica de determinado paciente (AZEVEDO, et al., 2015).

De maneira concomitante à formação *lato sensu* e associada com o que a prática vai revelando, algumas participantes desenvolvem crítica acerca do cuidado de enfermagem em UTIN e das demandas ao enfermeiro. Nesta direção, incomodam-se com o desalinhamento em relação à humanização, com atenção às práticas de outros profissionais que compõem a equipe da UTIN, em especial no que diz respeito à família.

Nessa direção, o Programa Nacional de Humanização, traz a discussão sobre espaços voltados aos profissionais de saúde e que contemplem o processo de trabalho e tudo o que é vivenciado na prática diária, a fim de reconhecer a realidade da saúde e encontrar estratégias concretas e aplicáveis ao que se tem produzido e conhecido sobre a humanização (BRASIL, 2004).

Mesmo assim, encontram-se diferentes entraves que tornam distantes o cuidado singular e humanizador, com implicações sobre as mudanças atitudinais acerca do paciente, sobre a inserção da família em ambiente hospitalar para o fortalecimento de vínculos entre os mesmos, sobre a percepção ambiental e sobre as relações de trabalho, frentes estas, diretamente identificadas, no entanto, implementadas incipientemente.

Embora o debate acerca da assistência de enfermagem ao RN hospitalizado recomende uma abordagem centrada nas necessidades da criança e família, o processo de trabalho da equipe de enfermagem, ainda assim, vem sendo descrito enquanto práticas tecnicistas e ancoradas no modelo biomédico, com aspectos que determinam uma abordagem centrada na doença e distanciada do cuidado integral e humano. (LEITE, VERGÍLIO, SILVA, 2017; SILVA, MENEZES, CHESANI, 2017; ALAVI et al., 2015). Nesse sentido, estudos apontam fragilidades no que tange a inserção da família na UTIN (WERNET et al, 2015; CUSTÓDIO et al, 2016; FACIO et al, 2016), destacando desacolhimento informacional e emocional (FACIO et al 2016), exclusão materna em decisões relativas à saúde do filho (WERNET et al, 2015; CUSTÓDIO et al, 2016), além de perda do sentimento de pertença do filho e sensação de dever obediência aos dizeres profissionais (WERNET et al, 2015).

As participantes que se sensibilizam para a questão da incipiente humanização, sentem necessidade de transformações das práticas e veem na sensibilização da equipe e no resgate

das discussões sobre humanização e trabalho em equipe, um caminho. Tecem apostas neste âmbito, em especial, em relação à equipe de enfermagem. Tais apostas vão ao encontro do apontado por Costa e Padilha (2011), que reforçam ainda a necessidade de projetar o cuidado não apenas baseado na finalidade técnica, significando envolver os profissionais que atuam em UTIN na subjetividade e integralidade conferidas aos pacientes e fortalecendo transformações no processo de trabalho.

As enfermeiras aqui mencionadas e que se sensibilizam para lutar pela humanização, revisitam seu próprio processo de formação e encontram em valores morais portados um diferencial, questionando se formações abarcam este aspecto. Além disso, tomam consciência das lacunas formativas para atuação em Neonatologia e reconhecem a escassez de investimentos de formações continuadas que tematizem a humanização e fazem apostas de sensibilização no âmbito micro político da sua própria equipe, tanto de enfermagem, quanto, de forma mais tênue, dos demais profissionais.

Nessa conjectura, estudos evidenciam que os enfermeiros tendem a lidar com as diferenças de valores morais pessoais e os valores que estão presentes dentro das organizações hospitalares através de assimilação forçada às imposições institucionais, o que encontra, na educação em saúde, uma forma de incitar mudanças no ambiente. Esses desafios lançam críticas aos sistemas institucionais por, em muitas situações, não fomentarem o desenvolvimento profissional (CHIU, TSAI, CHIANG, 2013; FANG, et al, 2018).

Tais sistemas efetivam-se ainda enquanto um importante restritor à formação, atuando como elemento que, inclusive, transforma a formação em algo protocolar, formal e desarticulado do que é revelado enquanto desafio assistencial. Vale ressaltar que, o investimento em saúde não deve, tão somente, estar desenhado através de movimentos protocolados e que beneficiem a mecanização profissional, e sim, traçar a busca por ambientes de trabalho que valorizem ações transformadoras no modo de cuidar (CHIU, TSAI, CHIANG, 2013; FANG, et al, 2018). Acrescenta-se a importância de articulação teórico-prática para todos os atores envolvidos no processo de cuidado e voltados para cenários diversificados da prática clínica, enfatizando que a formação deve contemplar todos os ambientes onde se processa o cuidado e considerar as particularidades advindas dos diferentes espaços de saúde (MATIA; KLEBA; PRADO, 2018).

Assim, considerando que o modo de operar o cuidado fundamentado na integralidade e humanização, requer dos profissionais saber “o quê” e “como” fazer, a partir das necessidades daqueles que estão sob seus cuidados, buscando-se respostas ampliadas às necessidades de

saúde individuais e coletivas, tem-se o trabalho interprofissional enquanto recurso de valor a ser alcançado nas práticas de saúde (PINHEIRO, MATTOS, 2009; KALICHMAN, AYRES, 2016).

Algumas poucas enfermeiras aludem estar munidas de um empoderamento intrínseco que mantém uma autorregulação que não as ‘mata’ enquanto profissional (parafraseando uma participante), e, outras, por não vivenciarem extrinsecamente/institucionalmente um motivador, se recolhem no movimento formativo e, parafraseando a mesma participante, morrem enquanto ‘profissionais autônomos e motivados’.

Assim, o acolhimento institucional dado ao profissional, seja no âmbito da formação continuada, seja a partir dos processos de trabalho instituídos, mina o propósito inicial de qualificar o cuidado e, dessa forma, a autorregulação para colocar, enquanto horizonte, a qualificação profissional com vistas ao melhor cuidado. Em alguns casos, a motivação para escolha da modalidade de estudo, seja dentro do âmbito do *lato* ou *stricto sensu* relacionam-se, então, ao benefício financeiro e valorização enquanto profissional (LIMA et al., 2015; FERREIRA et al., 2015), representado pelo auxílio de bolsas e incremento no currículo profissional, facilitando o ingresso no mercado de trabalho (LIMA et al., 2015) ou aumento salarial e reconhecimento dentro do país de atuação (FERREIRA et al., 2015). Sob essa abordagem, estudo realizado em 2016 denota que a valorização profissional é insuficiente quando relacionada com a expectativa presente nos enfermeiros, sendo componente motivacional negativo e, conseqüentemente, no desempenho do trabalho (LAGE, ALVES, 2016).

Nessa perspectiva, destaca-se que, as motivações intrínsecas e extrínsecas coexistem sobre os fatores de aprendizagem profissional e interferem no comportamento do indivíduo. Emergem de estudos ponderados nesse prisma que há configuração técnica excessiva envolvida nos processos de trabalho e na formação dos enfermeiros com deficiências em conhecimentos científicos. Isto retoma às exigências impostas pelo fator histórico envolvidas nesta classe profissional e que tornaram imperioso a execução impecável de procedimentos em detrimento aos conhecimentos (MULATO, 2010; LAGE, ALVES, 2016).

Diante do exposto, retomando os pressupostos que lançaram o estudo, o bom cuidado no contexto da UTIN é o horizonte que impulsiona, de forma intensa nos tempos iniciais em UTIN, todos as participantes deste estudo para o envolvimento com processos formativos. Ao longo do tempo, o cuidado estabelecido institucionalmente é o horizonte para cerca da metade das participantes, reduzindo seu envolvimento crítico na direção de qualificar as práticas

instituídas. Cerca de metade delas, desconfortam-se com o distanciamento das rotinas instituídas com o preceito da humanização e questionam as práticas e a atuação da educação continuada. Para estas, a moral portada é o aspecto que as move a tentar sensibilizar profissionais da equipe para mudanças atitudinais mais alinhadas com as demandas da criança e família e a manter-se envolvidas com um cuidado que os considere. Contudo, nenhuma delas referiu buscar formação continuada nesta direção, até mesmo, pelo entendimento de que se trata de uma sensibilidade adquirida na vida e que, dificilmente, é ensinada. Assim, no início da trajetória de inserção na UTIN, os processos formativos guardam relação com as contribuições a serem obtidas com ele, aspecto que não se manifesta em tempos posteriores.

O fator extrínseco, a recompensa/reconhecimento institucional atua fortemente na motivação dos enfermeiros e precisa ser revista, com vistas a favorecer a autorregulação no envolvimento com formação. Autorregulação é inibida pelo comportamento institucional, ou seja, o comportamento institucional foi capaz de inibir/reduzir o movimento do enfermeiro em criar estratégias para qualificar o cuidado, objetivo que o lança inicialmente a busca por formações.

Ainda, neste contexto, o ofertado pelas formações, pode ser um motivador extrínseco, quando atualidade e novidade de informações e discussões são apreciadas e mobilizam o enfermeiro para novas formações.

De modo geral, compreende-se que, os processos de trabalho necessitam de reflexões crítico-participativas frequentes, buscando contribuir e transpor as dificuldades encontradas na realidade. Na esfera da formação em enfermagem é percebido que a formação deve proporcionar o acúmulo de conhecimento profissional, assim como, ser estratégia inovadora para o serviço prestado. Projeta-se, na aquisição de conhecimentos, a aplicação prática de métodos, procedimentos, condutas e atitudes novas, construindo um profissional capaz de estimular e conduzir mudanças nos ambientes de trabalho e ser elemento essencial à busca de soluções inovadoras e resolutivas (AZEVEDO, et al., 2015; ALVES, et al., 2018).

Sob esse contexto, é possível identificar que um dos principais desafios enfrentados na atualidade dos cursos de aprimoramento e especialização e que versam sobre essa temática, está em contextualizar e sintonizar as experiências vivenciadas no cotidiano do profissional com a oferta de novos conhecimentos que formem competências socioculturais e técnico-científicas, fator este, elucidado pelas enfermeiras que trabalham em UTIN.

Ainda em termos de formação, cabe assinalar que, um modelo de aprendizagem voltado às metodologias ativas de ensino baseadas na problematização, favorece ao profissional raciocínio crítico diante das necessidades reveladas pelo contexto de saúde (CAMPOS, SENA, SILVA, 2017). Não obstante, formar enfermeiros requer capacitar estes profissionais para intervir nos mais variados cenários, com competência, autonomia e assegurando eficiência e qualidade às ações de saúde (GOMES, et al., 2010). A capacidade de exercer crítica é relevante e precisa estar considerada nas distintas opções de formação continuada.

Um estudo realizado por Bjorkstrom, Athlin e Joahansson (2008), demonstrou a concepção dos enfermeiros recém-formados sobre sua prática profissional e, após alguns anos de formação, evidenciando que estes profissionais consideram que adquiriram, com o passar do tempo, habilidades práticas, afetivas e sociais, melhorando assim, seu desenvolvimento crítico. Porém, ao passo que suas habilidades técnicas e comunicativas foram ampliadas, inversamente diminuiu o desejo por novos conhecimentos e por participação em cursos de aprimoramento.

Estes dados reforçam que a procura por formação se dá por diversos fatores, estando os mesmos atrelados ao desejo individual por momentos de aprendizagem ao longo da vida. Assim, a percepção de insatisfação com as habilidades e competências é vista como uma condição que desperta maior interesse e favorece a abertura por novos conhecimentos. Em contrapartida, reconhecer-se como um profissional autossuficiente minimiza as chances de procura por ações educativas (POOL, et al., 2015).

Estudo ocorrido na Holanda demonstrou, assim como as enfermeiras deste estudo, que alguns fatores exercem maior e menor influência sobre a motivação do profissional para a busca de formação. Tais fatores estão relacionados à construção da carreira e melhoria do desempenho profissional. As condições que os levam a considerarem importantes as qualificações estão atreladas às condições materiais, como melhores salários, sendo demonstrado, também, pelas enfermeiras aqui estudadas. E, por fim, a importância remetida está direcionada ao desenvolvimento de prática clínica segura. (BREKELMANS et al., 2016)

A forma como os enfermeiros atuam e desenvolvem sua profissão está vinculada ao ambiente ao qual estão inseridos, suas limitações, restrições e requisitos organizacionais. Fica evidente neste estudo que as enfermeiras associam pouco investimento e participação das organizações em que atuam. Corroborando com isto, Kinsella, Fry e Zecchin (2018), evidenciam que os profissionais de saúde consideram de extrema importância o envolvimento institucional positivo a fim de estimular a busca por atividades educacionais.

Nesse sentido, a motivação no local de trabalho afeta diretamente as atividades desenvolvidas em contexto organizacional, visto que, uma cultura de trabalho que não fortalece a mobilização educacional, traz prejuízos ao paciente, para o funcionário, à qualidade da assistência e para ações gerenciais. Ao passo que, vincular movimentos de formação agrega valor e promove mudanças de comportamentos tão benéficos quanto o ganho financeiro, trazido pelas enfermeiras como fator de busca externa.

Percebe-se que, nos estudos que retratam sobre a formação do enfermeiro, fatores motivacionais intrínsecos estão presentes em maior escala nos enfermeiros em início de carreira e se baseiam em questões de segurança, sendo que, melhorar as habilidades técnicas e promover um cuidado seguro, traz ao enfermeiro iniciante uma atuação eficiente e dominante em relação às atividades diárias, a atividade por si só se faz segura e livre de riscos, aberta às ações cuidativas do enfermeiro (BREKELMANS et al., 2016)

As narrativas das enfermeiras aqui estudadas reforçam esta afirmativa ao mencionarem que, no início da vida profissional, em especial em unidades especializadas, veem-se inseguras, fragilizadas e despreparadas para a atuação. Tal incômodo só é superado após aquisição maior de conhecimento sobre as práticas clínicas, condição esta conquistada através da exposição frequente e da educação contínua.

Semelhante à esta proposição, os dados empíricos aqui levantados, tomam como fragilidade do processo de formação em serviço, a integração de conteúdos genéricos e que não contemplam as especificidades apontadas no cuidado com o RN. Dessa forma, as instituições de saúde, mais uma vez elencadas, devem comprometer-se com os desafios singulares de cada unidade e desenvolver a disseminação de conhecimentos contrapondo as atividades reducionistas e generalizadas.

Portanto, o aprendizado deve ser incorporado ao cotidiano profissional enquanto possibilidade de qualificação e para a identificação de fragilidades percebidas nas práticas de cuidado. Isto se fundamenta na inserção preventiva de ações educacionais voltadas para a segurança do paciente e do profissional através da previsão de erros e não, inversamente, após a ocorrência dos mesmos (FERNANDES, BACKES, 2010).

Percebe-se que, ao fortalecer ações educativas em saúde, espera-se do profissional maior comprometimento, maior qualidade assistencial e, conseqüentemente, maior segurança ao paciente e enfermeiro.

Enquanto que, sustentar a aprendizagem ao longo dos anos de profissão, torna-se obstáculo principal, especialmente das instituições de saúde, visto que, entender os fatores que direcionam a mudança de comportamento do enfermeiro para a busca continuada por conhecimento, requer articulação gerencial e esclarecimento dos valores atribuídos à educação (POOL, et al., 2015; TAVARES, et al., 2018).

Este estudo corrobora com o exposto nas narrativas aqui apresentadas, evidenciando que alguns dos enfermeiros entrevistados tematizaram fatores motivacionais extrínsecos para a continuidade de formação, seja em termos de melhores salários e colocações profissionais, seja por ações determinadas para a aquisição de recompensas, para o alcance de objetivos concretos e benefícios pessoais.

Assim, os valores, o contexto cultural e as crenças embutidas em uma unidade podem influenciar diretamente a procura ou não por aprimoramentos, ampliando ou, inversamente, diminuindo as expectativas profissionais. Torna-se evidente que, o apoio e a colaboração interprofissional impulsionam o indivíduo a comprometer-se com o aprendizado ou abandoná-lo (KINSELLA, FRY E ZECCHIN, 2018; YARBROUGH, et al., 2016).

Neste sentido, percebe-se que, cabe ao enfermeiro um olhar ampliado no gerenciamento do cuidado e na condução de toda a equipe para a avaliação das prioridades, tendo a responsabilidade, portanto, de motivar e direcionar o envolvimento de todos os sujeitos (FLORES, OLIVEIRA, ZOCHE, 2016).

Ao mesmo tempo em que percebe sua construção complexa de demandas e o valor da subjetividade envolvida no processo de cuidar, evidencia que os elementos que sustentam uma atuação valorizada estão nas contribuições práticas de sua profissão, traduzindo o cuidado puramente a habilidades técnicas (HAYES, 2016).

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.

Com relação ao cuidado, é compreensível a amplitude de seu conceito, sendo baseado em uma organização mental assentada nas experiências vivenciadas e pelo processo relacional entre paciente e enfermeiro.

Percebe-se que, as enfermeiras, ao atribuírem o conceito de um bom cuidado, são imbuídas por significados expressos à ação de cuidado, de sua objetivação e interação (VALE, PAGLIUCA, 2011).

A essência compreendida ao cuidado de enfermagem expressa-se através da atenção às necessidades apresentadas pelos pacientes e envolvem-se a valores éticos, políticos, morais e sociais. As enfermeiras deste estudo corroboram com o exposto, enfatizando que as ações que regem um bom cuidado são pautadas por diversos atributos e que, juntos, culminam na qualidade da assistência prestada em saúde.

O conhecimento apreendido pelas enfermeiras durante o trabalho em UTIN demonstrou, através das narrativas, uma necessidade de direcionamento às práticas de atenção de forma ampliada. Isso expressa o desejo em identificar as reais carências do recém-nascido prematuro e sua família, mas, apesar da percepção destas necessidades, muitas vezes a condução desse processo se dá a partir de intervenções fisiopatológicas e das tecnologias agrupadas em UTIN, constatando que, o alcance às práticas de cuidado que consideram prementes as inclusões significativas e de abordagens biopsicossociais, encontram, na rotina de hospitalização, limites para sua concretude.

De forma geral, as práticas de enfermagem devem envolver-se com o acolhimento da criança e família em suas singularidades, o que requer ter, a integralidade, enquanto horizonte do cuidado (SILVA, MENEZES, CHESANI, 2017), a qual efetiva-se na forma como os serviços se organizam, nos planos da gestão e da assistência (KALICHMAN, AYRES, 2016). Estudos abordados por Alavi et al. (2015) e Tripodi et al. (2017) reiteram a relevância dos relacionamentos entre profissionais de saúde, paciente e familiar, chamando a atenção para a efetivação do que chamam de responsabilidade terapêutica partilhada, na qual prioriza-se o acesso mútuo à informação, bem como a participação decisória das partes.

Nessa direção, a formação adquire o princípio de capacitar os indivíduos constantemente, a fim de desenvolverem suas ações pautadas em reflexões densas das necessidades humanas e dirigidas à melhoria das condições de saúde, quando sentimento advindo da capacitação gera estímulos à busca por novos desafios e por novas formações (COSTA, et al., 2018).

Costa e Padilha 2011, reforçam que os saberes científicos sobre as complexas abordagens apresentadas em contexto hospitalar são essenciais e oportunizam ao profissional um adequado preparo e qualidade das práticas de saúde. Assim, a experiência profissional

atrelada à educação em saúde, mostra-se relevante à evolução do conhecimento, fortalecendo o pensamento crítico e a autonomia do enfermeiro.

Trabalhar a autonomia deste profissional em busca ao domínio sobre seu campo de atuação é fator essencial para consolidar o cuidado de enfermagem como um movimento consequencial que atenda às demandas dos usuários, gere confiança, satisfação, cura, conforto e bem-estar àqueles que participam dessa interação (COSTA e PADILHA, 2011; VALE e PAGLIUCA, 2011).

Corroborando com o exposto acima, os depoimentos mostram uma relação importante do saber científico sobre os pacientes críticos, não excluindo, mas assegurando, que um bom cuidado é baseado em práticas humanísticas.

Assim, projeta-se na humanização, a perspectiva para o desenvolvimento de valores que sensibilizem o indivíduo a comprometer-se com a integralidade do cuidado, com uma visão ampliada e não puramente biológica, com destaque para a individualidade do recém-nascido prematuro e sua família (CRUZ, ANGELO, 2011).

Manter esse olhar ampliado, na perspectiva das enfermeiras participantes, é tarefa complexa, pois envolve, não somente um profissional ou sua equipe, mas, também, o equilíbrio que a instituição hospitalar intenciona ao abordar essa temática.

Há de se compreender que o enfermeiro detém um conhecimento e direcionamento de cuidados ampliados sobre o paciente, sendo capaz de atender às demandas impostas pela rotina institucional de maneira a contemplar, apesar de todas as dificuldades, as necessidades dos que ali se encontram.

Esse domínio não se volta tão somente aos pacientes e familiares, ele se estende à equipe técnica de enfermagem, ao qual o enfermeiro é modelo e referência em suas práticas, ao médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e tantos outros profissionais que estão envolvidos no cuidado (CRUZ, ANGELO, 2011; PIRES, 2013).

Essa amplitude ao processamento de suas ações, leva-o, muitas vezes, a ser considerado elemento principal dos movimentos transicionais tão necessários ao andamento hospitalar, visto que, é o elemento motivador e disparador de novos olhares em saúde.

Cabe ressaltar que, as profissionais que aqui estiveram, abordam esse fator atitudinal do enfermeiro como componente essencial ao empoderamento e reconhecimento da equipe com a qual trabalha.

Movimentos nesse sentido são realizados a partir da busca pelo conhecimento, fazendo-se necessário, ao enfermeiro, investir em novas tecnologias, novas habilidades e novos saberes para que se fortaleça a interação e o estímulo aos demais profissionais, creditando às diversas formas de formação, fator imprescindível ao desenvolvimento do ser humano como pessoa e a partir daí, como profissional (NIEMIEC, RYAN, 2009; PUSCHEL, et al., 2017).

Valorizar o enfermeiro pode se mostrar benéfico, tanto ao profissional, quanto para a instituição. A motivação está mais associada à valorização institucional quando comparada com a valorização e reconhecimento vindo dos pacientes, visto que, para os enfermeiros, o movimento expresso no cuidado já os mantém motivados intrinsecamente. Assim, a motivação, expressão subjetiva e identificada através do comportamento de trabalho, está intimamente relacionada à valorização profissional (LAGE, ALVES, 2016).

Esta valorização atribuída às experiências profissionais, vincula-se a um processo ativo e significativo percebido pela exposição, percepção, interpretação e ação. Assim, a inquietação constante presente em todas as enfermeiras deste estudo, mostra que o processamento por novas formações aconteceu tomando como base as situações pelas quais foram passando, as frustrações, a percepção de ausência de conhecimento e habilidades e as perspectivas de construção de novas concepções acerca de si mesmas e do ambiente ao qual estão inseridas (PUSCHEL, et al., 2017).

Voltando-se ao referencial teórico aqui trabalhado, a teoria da autodeterminação tem como premissas a ação, manutenção e modificação dos significados atribuídos pelas pessoas a partir de um processo de interpretação do meio que os cercam. Dessa maneira, conviver com diversos significados trazidos pelos diferentes profissionais de saúde pode moldar o ser humano, ao longo do tempo, alterando, formando, apreendendo e transformando o seu mundo conforme o processo social que ali se estabelece e conforme a regulação necessária para o alcance dos seus objetivos, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos (APPEL-SILVA, WELTER, ARGIMON, 2010).

No contexto das enfermeiras elucidadas, tal premissa é representada pela necessidade demonstrada para a aceitação e aprovação da equipe multiprofissional e o reconhecimento do seu trabalho. Em muitas situações, apreende-se que, o movimento acerca da continuidade de formação acontece por mobilização interna, porém para a valorização social. A este respeito, *Appel-Silva, Welter, Argimon, 2010*, destacam sobre a interação humana:

*A necessidade de competência pessoal, por sua vez, está relacionada à adaptação ao ambiente e se refere à aprendizagem de um modo geral e também ao desenvolvimento cognitivo. Essa necessidade engloba desde a procura da sobrevivência, a execução de atividades práticas, a exploração do ambiente até a competência em uma participação social efetiva.*

Percebe-se que, o meio de trabalho dividido entre afazeres burocráticos, assistenciais e gerenciais demanda do enfermeiro a obrigação em demonstrar facilidade e expertise na atuação de diversas frentes de atuação. Ao envolver-se com todas as perspectivas nele depositadas e com a realidade institucionalizada do meio hospitalar, o enfermeiro expressa sentimentos de fragilidade e sobrecarga, respondendo, muitas vezes, passivamente, ou, impondo a si mesmo, o desejo por mudanças abarcadas pela segurança ofertada pela educação e pelo conhecimento (SILVA, et al., 2015).

Todavia, é perceptível nos enfermeiros um desejo crescente pelo conhecimento e desenvolvimento de habilidades que transcendem a mecanização do cuidado. É necessário romper com as imposições estritamente racionais, de eficiência e de reprodução automática, isto é tão importante na prática diária quanto nos movimentos formativos. Porém, apesar de idealizarem um cuidado integral ao RN e sua família, as enfermeiras têm uma realidade de atuação limitada a ações gerenciais e procedimentos pontuais, desenvolvidas em ambiente com baixa autonomia e desvalorização por demais profissionais da equipe de saúde (MONTANHOLI, MERIGHI, JESUS, 2011).

Retomando ao cuidado como plano de fundo a este estudo e vinculado ao objetivo principal das ações de enfermagem, a percepção das enfermeiras sobre a mecanicidade retoma uma manipulação excessiva do RN atribuída tão somente com o procedimento técnico que retira o direito da criança de expressar-se como preparado ou não à ação.

As expressões verbais e não-verbais manifestadas, em termos gerais, são elementos que sustentam a comunicação do ser humano. No caso de RN, as expressões não-verbais mostram-se de grande relevância para a concretude de ações integrais e humanas, visto que, o excesso de manipulação oferta ao bebê desgaste e estresse físico e psicológico. É necessário compreender esses fatores, promover conhecimento dos profissionais que atuam em UTIN sobre o respeito ao paciente e suas limitações (MONGIOVI, et al., 2014).

A dureza imposta pela execução perfeita de técnicas e serviços projetados para a mais alta tecnologia, enfraquece este olhar ampliado, capaz de perceber o paciente como único e com

necessidades distintas, tal qual se demonstra pelo engessamento embutido em protocolos e processos previamente estabelecidos pela instituição.

O enfermeiro que se preocupa e busca conhecimentos acerca de cuidados integrais e que favoreçam a diminuição do estresse do RN são mais capazes de colocar à equipe ações que fortaleçam este mesmo olhar, ao passo que, enfermeiros que não demonstram tal interesse ou que desconhecem sua importância, não incluem em seu dia a dia e em sua maneira de agir, valores que se firmem na humanização (VALE, PAGLIUCA, 2011; WINTERS, et al., 2017).

Outro movimento levantado é a realização de alguns cuidados apenas pelos membros da equipe de enfermagem e que não se estendem aos demais ou percebe-se pouca investidora ou falta de responsabilização quanto à continuidade do planejamento terapêutico. O sentimento de cobrança e ausência de valorização da enfermagem se faz presente nas narrativas colocadas como a necessidade de saber mais, ter mais e errar menos. Esse sentimento traz às enfermeiras um forte componente motivacional para a busca de conhecimentos, porém remete vulnerabilidade quando comparados aos demais profissionais.

Conhecimento gera maior assimilação da terapêutica, quando se provê conhecimento, se dá a oportunidade de ver além do que era visto antes. Ao se compreender o porquê de tal cuidado, a adesão torna-se maior e mais eficiente.

É valoroso associar a terapêutica, a base do cuidado utilizado, para que isso transforme o significado atribuído à ação. O contexto onde se configura o cuidado influencia, através das referências profissionais, o comportamento da equipe e a criação de modos de cuidar distintos entre os diversos turnos.

Articula-se que, as formações continuadas, inserem os profissionais nas discussões acerca das práticas de saúde, com aperfeiçoamento do seu processo de trabalho, bem como, aproximam os integrantes da equipe de forma participativa. Deve ser parte estratégica da mudança organizacional. Para isso, faz-se necessária a conscientização e valorização institucional sobre essa temática, visto que, as transformações comportamentais, atitudinais e progressivas, podem acontecer institucional, coletiva e individualmente (FERNANDES, BACKES, 2010).

Inúmeras perspectivas trazem a educação em saúde baseada em um modelo tradicional, biomédico, que se concentra na prevenção das doenças e que passam a nortear as práticas profissionais. Fernandes e Backes (2010) descrevem a necessidade de investimento em diálogos, de uma educação em serviço que se mostre mais ampla e que traga mudanças

positivas aos profissionais e pacientes, compreendendo as complexidades das novas práticas em saúde.

Pressupõe-se, através do estudo, que cabe ao enfermeiro essa representatividade, conhecimento e disseminação de propostas que fujam das rotinas previamente impostas pelo modelo biomédico. Compete ao enfermeiro manter a coesão entre os planos de cuidados e as ações executadas, para tanto, em suas atividades gerenciais, deve direcionar, multiprofissionalmente, as práticas de saúde a fim de promover uma assistência contínua.

Algumas ações cuidativas elencadas pelos relatos são associadas a outros profissionais, isso se deve ao fato de a equipe de enfermagem ser tomada por procedimentos e processos técnicos que requerem agilidade, destreza técnica e avaliação constante baseada em parâmetros mundialmente estipulados.

Um dos maiores empecilhos ao processo ampliado do cuidar está nas barreiras de tempo e prioridades. Diversos são os procedimentos técnicos que se misturam com as concepções de cuidar. A equipe de enfermagem detém técnicas a serem realizadas em um determinado tempo e para vários pacientes, estar atento a questões humanísticas se torna fator comportamental do indivíduo que assim se expressa, e uma barreira aos demais que não possuem essa habilidade. As prioridades elencadas estão voltadas a, inicialmente, contemplação do corpo e, após, se assim for possível, abordagem de questões psicossociais (SILVA, et al., 2010).

Nesse horizonte, é perceptível aos profissionais aqui estudados, que existem movimentos para a mudança das práticas ditas padronizadas para ações que sejam expressas pela individualização do paciente e sua família, porém, deter o conhecimento sobre questões biológicas sempre foi alvo de interesse e de maior demonstração de capacidade técnica, mas, em tempos atuais, entende-se que, estas questões, sozinhas, não conseguem contemplar a complexidade do cuidado ao ser humano, exigindo do profissional muito mais do que saber fazer, é preciso saber ser, entender, fazer e fortalecer o que se mostra em processo de construção, a integralidade.

É imprescindível promover motivação suficiente aos profissionais de saúde a fim de estimular o desenvolvimento da capacidade de adoção de um comportamento que se transforme a favor do ser humano e que busque alternativas para que o cuidado praticado seja mais amplo do que visto na teoria. A motivação para tal dever ser contemplada entre as

instituições de saúde, coordenadores diretos e pelo próprio cuidador, sendo importante manter e fortalecer essa parceria (TEIXEIRA, BARBIERI-FIGUEIREDO, 2015).

O caminho percorrido durante a graduação também é direcionador de atitudes profissionais, exemplo está quando há incentivo à pesquisa, estudos e capacitações contínuas. Fica evidente que as experiências vividas pelo enfermeiro em sua graduação e sua concepção de vida são fortes referenciais sobre a forma como esse profissional se vê, como reproduz o seu trabalho e como se envolve com questões educacionais.

A possibilidade de revisão dos saberes previamente apreendidos durante a graduação e os anos de trabalho, viabilizam uma aproximação com novos conhecimentos propostos pela oportunidade de formação e reflexão sobre suas práticas profissionais que tendem a ampliar o modo de operar o cuidado.

Cabe ressaltar que, quinze das dezesseis enfermeiras entrevistadas não conhecem o termo “Cuidado Desenvolimental”, mas, ao serem apresentadas às ações que demonstram tal cuidado, sentem-se asseguradas de portar tal conhecimento, porém, com a ressalva de terem poucos incentivos direcionados à efetivação de tais pressupostos.

A experiência ambiental de natureza nociva das unidades de terapia intensiva pode ter desfechos negativos nos RN prematuros, mesmo quando existem ações voltadas para melhorar o cuidado como os modelos de cuidado desenvolvimental, a incidência de resultados com alto risco de alterações neurocomportamentais são grandes. Os déficits incluem o transtorno de déficit de atenção, dificuldades de aprendizagem e autismo (MACHADO, CHRISTOFFEL, TASSINARI, 2014).

Os cérebros dos bebês possuem notada plasticidade neural, isso significa que existem diversas alterações sinápticas que permitem o armazenamento de informações no sistema nervoso, possibilitando ao cérebro uma melhor responsividade ao ambiente, assim, quanto mais conexões neurais forem estimuladas, maior chance de se tornarem permanentes (MACHADO, CHRISTOFFEL, TASSINARI, 2014).

A abordagem individualizada proposta pelo CD foi validada por diversos estudos científicos com resultados que vão além de melhorias neurocomportamentais, neurofisiológicas e estruturais do cérebro do bebê, trazendo resultados satisfatórios ligados à segurança e confiança familiar, bem como economia em termos de custos institucionais que perpassam 4 a 120 mil dólares por RN (ALS, 2017).

Experiências institucionais internacionais apontam que os investimentos mínimos em capacitação e treinamentos de, pelo menos, dois profissionais que atuam na UTIN e que orientem efetivamente o restante da equipe para os cuidados dispensados é capaz de evidenciar as potencialidades dos cuidadores, bebês e familiares e conduzir para mudanças no ambiente e nos cuidados prestados (ALS, 2017).

O exposto acima vai ao encontro do que foi evidenciado por este estudo ao identificar a necessidade de investimento em treinamento profissional voltado ao CD, visto ser premente ações sequenciais e que se complementem na continuidade dos plantões. A ausência de conhecimento por parte da equipe e demonstrado pelas enfermeiras entrevistadas pressupõe que, ações nesse sentido devem ser tomadas como prioritárias em unidades intensivas neonatais. Tal conjectura assegura um cuidado amplo e voltado às totais necessidades do RNPT.

Os principais pontos tratados como dificultadores do processo estão na oferta de informações adequadas, falta de compreensão e de comunicação acerca do cuidado com os RN, pais e equipe.

Als (2017) aponta que diversas são as mudanças importantes para facilitarem o CD, porém o maior e primordial investimento está em mudanças educacionais que devem ser consideradas na prática clínica, assim, o apoio gerencial institucional deve contemplar a capacitação e educação dos profissionais que atuam em UTIN e definir, rigorosamente, os papéis de cada membro da equipe em processo reflexivo.

## *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

---

*“A persistência é o caminho do êxito. ” Charles Chaplin*

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Novos paradigmas da enfermagem são traçados para a construção de uma profissão consolidada a partir do conhecimento do que lhe é próprio e baseado em uma postura humanizadora capaz de direcionar o cuidado através da ampliação de conhecimentos e movimentos crítico-reflexivos (MULATO, 2010).

Cabe destacar que, as participantes deste estudo são enfermeiras atuantes em cidades do interior paulista, que guardam particularidades em termos de condições de trabalho e poderio da classe médica (MULATO, 2010). Este aspecto imputa valores e dá contorno e direcionamento a movimentos formativos institucionais e regionais. Assim, apesar das participantes deste estudo poderem ser tomadas enquanto um limite, também são uma potência do estudo, pois revelam um contexto particular que precisa ser pensado e tomado em intervenções governamentais, com vistas a transformarem situações loco-regionais em termos de disparidades de qualidade do cuidado e de oportunidades de formação.

Destarte, os referenciais selecionados favoreceram a exploração e alcance do objetivo de forma a efetivar contribuições que favoreçam transformações em termos de formação continuada e a manutenção da qualificação do cuidado enquanto horizonte às práticas em saúde, no caso deste estudo da UTIN, mas passíveis de serem transpostos a outros cenários.

O estudo trouxe contribuições e reflexões acerca do cuidado em terapia intensiva neonatal e da formação profissional do enfermeiro que vivencia sua prática neste ambiente. A motivação expressa pelo enfermeiro de UTIN para a busca por formação se faz presente através de movimentos marcados pela limitação apreendida na prática sobre o cuidado com o RN de risco, ou seja, este profissional vislumbra a aquisição de conhecimento necessário à atuação com qualidade neste cenário específico de saúde.

Neste sentido, observa-se que, para envolver o enfermeiro em formação, é necessário compreender seu foco de atuação e atenção, bem como, estimular, institucionalmente, o engajamento com ações formativas e que sejam alicerces para o crescimento deste profissional.

Cabe ressaltar a importância das instituições de saúde nesse processo, visto serem elementos primordiais para o fortalecimento educacional. Neste cenário, um componente que também merece destaque é a compreensão sobre a filosofia do Cuidado Desenvolvimental,

tão difundida em diversos países e pouco trabalhada e fortalecida no Brasil, haja visto o conhecimento fragmentado das enfermeiras aqui estudadas a respeito dessa temática. Apesar de haverem elementos associados à prática clínica, fica evidente que a efetivação deste cuidado em ambiente de UTIN é segmentado e reconhecido por apenas uma parcela da equipe.

Diante destas questões, as evidências aqui apresentadas reforçam a necessidade de investimento no profissional enfermeiro, investimento este que considere seu potencial, seu conhecimento, suas aspirações, sua individualidade e que consolide ações de cuidado ampliadas, baseadas em educação continuada e que reforcem o comprometimento profissional com a proteção do RNPT.

Por fim, faz-se premente o desenvolvimento de novos estudos que abarquem as demais regiões do Brasil e com diferentes características profissionais, considerando-se a limitação do presente estudo em ampliar a participação de enfermeiros para além do Estado de São Paulo e que contemplem elementos sociodemográficos e culturais dicotômicos.

Ainda sobre as limitações deste estudo, espera-se contribuir com a ampliação e difusão do termo CD, bem como de sustentar novas reflexões críticas acerca dessa abordagem, potencializando pesquisas que adotem a qualidade do cuidado ao RN crítico e suas implicações ao futuro deste ser humano.

Diante de todo o exposto, é urgente investir na motivação para formação continuada com vistas a sobrevivência de profissionais. Do contrário, o que presenciaremos será uma prática acrítica, padronizada, acreditada por alguns parâmetros quantitativos, mas totalmente desalinhadas com a real concepção de qualidade do cuidado, a qual não pode se desalinhar da singularidade das demandas da complexidade específica de cada contexto, quando a atuação **PROFISSIONAL** (grifo proposital) precisa existir em contraponto a atuações **ROBOTIZADAS, DESCOMPROMISSADAS, APROFISSIONAIS**.

*REFERÊNCIAS*

---

## REFERÊNCIAS

ALAVI, A.; et al. Characteristics of caring self-efficacy in pediatric nurses: a qualitative study. **J Spec Pediatr Nurs**. 20(3):157-64, Jul.2015. DOI: 10.1111/jspn.12110.

ALS, HEIDELISE. Cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros: Prematuridade. **Enciclopédia Sobre O Desenvolvimento da Primeira Infância**, Boston EUA, v. 4, n. 8, p.1-7, jul. 2017.

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>>. <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>. Acesso em: 10 set. 2018.

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**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.87-94, 2018. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal). <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2018.22.01.12>.

APPEL-SILVA, M.; WELTER, G. W; ARGIMON, I. L. A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 351-369, ago. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167711682010000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682010000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 nov. 2018.

AZEVEDO, I. C.; et al. Educação Continuada em Enfermagem no Âmbito da Educação Permanente em Saúde: Revisão Integrativa de Literatura. **Saúde e Pesquisa**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.131-140, 22 jun. 2015. Centro Universitário de Maringá. <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2015v8n1p131-140>.

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Informações de saúde, indicadores de saúde:** nascidos vivos 1994-2012. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 10 de abril de 2018.

BARRA, D. C. C.; et al. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 63 (2): 203-8, 2010.

BARTON, S. S. Narrative inquiry: locating aboriginal epistemology in a relational methodology. **J Adv Nurs.**, v. 45, n. 5, p. 519-526, 2004. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02935.x/abstract> >. Acesso em: 20 Abr 2018.

BJORKSTROM, M. E.; ATHLIN, E. E.; JOHANSSON, I. S. Nurses' development of professional self – from being a nursing student in a baccalaureate programme to an experienced nurse. **Journal of Clinical Nursing.** 17, 1380–1391, 2008.

BORGES, M. S.; MIRANDA, G. J.; FREITAS, S. C. A teoria da autodeterminação aplicada na análise da motivação e do desempenho acadêmico discente do curso de ciências contábeis de uma instituição pública brasileira. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, [s.l.], v. 14, n. 32, p.89-107, ago. 2017. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://dx.doi.org/10.5007/2175-8069>.

BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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. 2012b. em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 10 Mar 2018.. Acesso em: 10 Mar 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. 2016b. em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 10 Mar 2018.. Acesso em: 10 Mar 2018.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação**

**Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BREKELMANS, G.; et al. Factors influencing nurse participation in continuing professional development activities: Survey results from the Netherlands. **Nurse Education Today**, [s.l.], v. 40, p.13-19, maio 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.028>.

BROWNE, J. V. Developmental Care for High-Risk Newborns: Emerging Science, Clinical Application, and Continuity from Newborn Intensive Care Unit to Community. **Elsevier**. Clin Perinatol vol. 38 p. 719–729, 2011.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação Permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-10, 7 ago. 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**;19(4):1065-1076, abr. 2014.

CAVALCANTI, M. C. S.; et al. A evolução da enfermagem: um recorte histórico, político e cultural. Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia. **Rev UFMA**, Amazonas, mai.2010.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2013, vol.66, n.4, pp.564-570. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a15.pdf> . Acesso em 10 de março de 2018.

CHIU, Y.; TSAI, C.; CHIANG, C. The relationships among nurses' job characteristics and attitudes toward web-based continuing learning. **Nurse Education Today**, [s.l.], v. 33, n. 4, p.327-333, abr. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.01.011>.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. Narrative inquiry: experience and story in qualitative research. San Francisco: Jossey-Bass , 2004. 240 p.

CORBELLINI, V. L.; et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 63, n. 4, p.555-560, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672010000400009>.

COSCRATO, G.; BUENO, S. M. V. Concepção de enfermeiros de uma rede pública de saúde sobre Educação para a Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 47(3):714-21; 2013.

COSTA, M. A. R.; et al. Educação Permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. **Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.558-564, 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>. Disponível em: <[http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6368/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6368/pdf_1)>. Acesso em: 10 out. 2018.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev Gaucha Enferm**; 32(2): 248-255, jun. 2011.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: Redefinindo os relacionamentos. **Cienc Cuid Saúde**, 10 (4): 861-865, 2011.

CUSTODIO, N.; et al. Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2016.

FACIO, B. C.; et al. (Un)receptiveness in interactions with professionals: experiences of parents of children with retinopathy of prematurity. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(6):913-921. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700006>.

FANG, W.; et al. Relationships between optimism, educational environment, career adaptability and career motivation in nursing undergraduates: A cross-sectional study. **Nurse Education Today**, [s.l.], v. 68, p.33-39, set. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.025>.

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. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 63, n. 4, p.567-573, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672010000400011>.

FERRAZ, F.; et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.2, p.113-128, 2012.

FERREIRA, R. E.; et al. Motivação do enfermeiro para ingressar em uma pós-graduação stricto sensu. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 2, p.180-185, jun. 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**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.487-504, 1 abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00118>.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.388-394, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011000200020>.

FUNDAÇÃO SEADE. Anuário estatístico do Brasil: 2018. São Paulo, 2018.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Planejamento e Gestão para o desenvolvimento rural da SEAD/UFRGS – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, G. C.; et al. Significados atribuídos por familiares na pediatria acerca de suas interações com os profissionais da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; 49(6):953-959, 2015.

GOMES, M. S.; et al. Processo de formação da (o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 19, núm. 1, janeiro-março, 2010, pp. 176-184. Disponível em: Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413596021>. Acesso em 10 de julho de 2018.

HAYES, C. Approaches to continuing professional development: putting theory into practice. **British Journal Of Nursing**, Midwifery Council, v. 25, n. 15, p.860-865, dez. 2016.

HOEVE, Y. T.; et al. The voice of nurses: Novice nurses' first experiences in a clinical setting. A longitudinal diary study. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 27, n. 7-8, p.1612-1626, abr. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14307>.

JESUS, M. C. P.; et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 47 (3): 736-41, 2013.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Comprehensiveness and healthcare technologies: a narrative on conceptual contributions to the construction of the comprehensiveness principle in the Brazilian Unified National Health System. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2016; 32(8): e00183415. [acesso em 07 de outubro de 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf>.

KINSELLA, D.; FRY, M.; ZECCHIN, A. Motivational factors influencing nurses to undertake postgraduate hospital-based education. **Nurse Education In Practice**, [s.l.], v. 31, p.54-60, jul. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2018.04.011>.

LAGE, C. E. B.; ALVES, M. S. (Des) valorização da Enfermagem: implicações no cotidiano do Enfermeiro. **Enferm. Foco**, [s.i], v. 7, n. 3/4, p.12-16, dez. 2016.

LARA, M. O.; et al. Percepção da equipe de enfermagem quanto à assistência provida em uma unidade de internação. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.195-202, 2018. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal). <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2018.22.03.02>.

LEAL, E. A.; MIRANDA, G. J.; CARMO, C. R. S. Teoria da autodeterminação: uma análise da motivação dos estudantes do curso de Ciências Contábeis. **Revista Contabilidade & Finanças**, [s.l.], v. 24, n. 62, p.162-173, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-70772013000200007>.

LEITE, T. M. C.; VERGÍLIO, M. S. T. G.; SILVA, E. M. Processo de trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.26-34, 12 jun. 2017. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100005>.

LIEBLICH A, TUVAL-MASHIACH R, ZILBER T. **Narrative Research: Reading Analysis and Interpretation**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.

LIMA, G. P. V.; et al. Especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.593-599, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150079>.

LINS, R.; et al. Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.225-232, 30 out. 2013. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal). <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2013.17.03.03>.

MACÊDO, P A, BORBA NEVES, E. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 64, núm. 1, enero-febrero, 2011, pp. 145-151. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019462021>.

MACHADO, M. E. D.; CHRISTOFFEL, M. M.; TASSINARI, W. S. Perfil sociodemográfico e qualificação do enfermeiro neonatal no cuidado desenvolvimental: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.292-301, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144718>.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

MASRI, S.; et al. Structured Educational Intervention Leads to Better Infant Positioning in the NICU. **Neonatal Network**, [si], v. 37, n. 2, p.70-77, abr. 2018.

MATTIA, B. J.; KLEBA, M. E.; PRADO, M. L. Formação em enfermagem e a prática profissional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 4, p.2039-2049, ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0504>.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 1, p.170-185, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004498>.

MILETTE, I.; MARTEL, M. J.; SILVA, M. R.; COUGHLIN MCNEIL, M. Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the NICU. Part B: Recommendations and Justification. A Joint Position Statement From the CANN, CAPWHN, NANN, and COINN. **Can J Nurs Res**;49(2):63-74; Jun, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14<sup>o</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONGIOVI, V. G.; et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 67, n. 2, p.306-311, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140042>.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**; 44(3):597-604, 2012.

MONTANHOLI, L. L.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p.1-8, abr. 2011.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R. O cuidado à criança hospitalizada: interações simbólicas entre as dimensões profissional e leiga. **DIVERSITATES International Journal**: Vol. 07, N. 01 – julho 2015.

MULATO, S. C. Enfermagem tradicional, atual e do futuro: visão docente. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.572-577, dez. 2010.

MUYLAERT, C. J.; SARUBBI, J. R. V.; GALLO, P. R.; ROLIM NETO, M. K.; REIS, A. O. A. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev. esc. enferm. USP** vol.48 N° São Paulo Dec. 2014.

NIEMIEC, C. P.; RYAN, R.M. Autonomy, competence, and relatedness in the classroom. **School Field**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.133-144, 25 jun. 2009. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1477878509104318>.

ORTEGA, M. C. B.; et al. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.404-410, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>.

PELOQUIN, S.; CARLEY, A.; BONIFÁCIO, S. L.; GLASS, H. C. The Neurointensive Care Nursery and Evolving Roles for Nursing. **Neonatal Netw**; 35(2): 87-94, 2016.

PICKLER, R. H.; et al. A Model of Neurodevelopmental Risk and Protection for Preterm Infants. **Adv Neonatal Care**; 13 Suppl 5: S11-20, Oct 2010.

PIRES, D. E. P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 66, n. , p.39-44, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000700005>.

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**, [s.l.], v. 52, n. 5, p.939-950, maio 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.004>.

PÜSCHEL, V. A. A.; et al. O enfermeiro no mercado de trabalho: inserção, competências e habilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 6, p.1220-1226, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0061>.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**; 13 (2): 297-304, abr-jun, 2009. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 64, núm. 1, enero-febrero, 2011, pp. 145-151.

RODRIGUES, A. C.; CALEGARI, T. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, p.1-7, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160003>.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. **American Psychological Association: University of Rochester**, [s.], v. 55, n. 1, p.68-78, jan. 2000.

SANTOS, A. NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... **Nascer e Crescer. Revista do hospital de crianças Maria Pia ano**, vol XX, n.º 1, 2011.

SANTOS, F. C. Y; CAMELO, S. H. O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: Perfil e Capacitação Profissional. **Cultura de los Cuidados (Edición digital)**, 19(43). 2015. Disponível em: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/52599/1/Cult\\_Cuid\\_43\\_13.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/52599/1/Cult_Cuid_43_13.pdf)

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem** [tese livre-docência] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

SILVA, A. A.; MENEZES, M.; CHESANI, F. H. Humanização e integralidade em saúde: práticas de cuidado da enfermagem à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 19(4): 6-15, out-dez, 2017.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**; 42(1):48-56, 2008.

SILVA, M. G.; et al. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.176-184, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072010000100021>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA; SECÇÃO DE NEONATOLOGIA. **Consenso Clínico: Limite da viabilidade**. Portugal. Ed. 01, p. 1-17, 2014.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.471-480, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000200024>.

TAVARES, A. P. C.; et al. Analysis of Brazilian publications on distance education in nursing: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 1, p.214-222, fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0454>.

TEIXEIRA, A.; BARBIERI-FIGUEIREDO, M. Nursing empowerment and job satisfaction: an integrative review according the Structural Theory. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. , n. 6, p.151-160, 30 set. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv14024>.

TODOROV, J. C.; MOREIRA, M. B. O conceito de motivação na Psicologia. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [si], v., n. 1, p.119-132, nov. 2005.

TRIPODI, M.; et al. Humanization of pediatric care in the world: focus and review of existing models and measurement tools. **Italian Journal of Pediatrics**. 43:76, 2017.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 64, n. 1, p.106-113, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000100016>.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. Mobilizando-se para a família: Dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Rev da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 37 (1): 19-25, 2003.

WERNET, M.; et al. Mother recognition in the Neonatal Intensive Care Unit. **Rev Bras Enferm**. V. 68, n. 2, p. 228-34, 2015.

WINTERS, J. R. F.; et al. Formação dialógica e participativa na enfermagem: Contribuição ao desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e criativo de acadêmicos. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, p.1-7, 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170077>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World health statistics annual: 2018. Geneva, 2018. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.

XIN, Z.; SHIH-YU, L.; JINGLI, C.; HUAPING, L. Factors Influencing Implementation of Developmental Care Among NICU Nurses in China. **Clinical Nursing Research**. Vol. 25(3) 238–253, 2016.

YARBROUGH, S.; et al. Professional values, job satisfaction, career development, and intent to stay. **Nursing Ethics**, [s.l.], v. 24, n. 6, p.675-685, 24 jan. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733015623098>.



## **APÊNDICE A**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “*ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E A CONTINUIDADE DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL*”. Você foi selecionado (a) por ter sido indicado(a) como enfermeiro(a) atuante há pelo menos 6 meses em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de cidades pertencentes às Regionais de Saúde do Estado de São Paulo: III – Araraquara; VI – Bauru; VII – Campinas; X – Piracicaba; XIII – Ribeirão Preto; XIV - São João da Boa Vista; XV – São José do Rio Preto; e ter idade maior ou igual a 18 anos, contudo sua participação não é obrigatória. O objetivo deste estudo é discutir a motivação de enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a continuidade da formação profissional e apreender as experiências advindas desse processo. Sua participação nesta pesquisa consiste em conceder uma entrevista, em lugar de sua escolha, desde que guarde privacidade e o mínimo de possibilidades de interferência. A entrevista será gravada em áudio para evitar a perda de dados importantes, com duração estimada de 1 hora. Após a gravação ela será transcrita e texto derivado lido e analisado para identificar aspectos relevantes de sua experiência de formação.

Como benefício de sua participação no estudo apontamos o conhecimento gerado sobre a motivação do enfermeiro para processo de formação, com possibilidade de contribuir para que instituições e governos locais e nacionais ofereçam, favoreçam e qualifiquem a educação em serviço e em saúde. Acreditamos também que sua própria participação pode vir a mobilizar seu processo de formação por questões não pensadas anteriormente, com desdobramentos a sua prática assistencial. Quanto aos riscos, é possível que ao contar sobre sua experiência de formação venham à tona percepções sobre seu investimento nessa direção que gerem desconforto a você. Apontamos que a própria oportunidade de expor oferece chances de organizar, autoavaliar e tomar iniciativas relativas a seu processo de formação. Porém, ficaremos atentas a sinais sugestivos de desconforto validando eles com você, caso sejam identificados por nós e, no seu desejo de interromper a entrevista, assumimos que faremos isso prontamente, retomando a entrevista de acordo com seu desejo. No caso de serem intensos ou revelar algo que afete em se emocional de forma identificada como intensa por você, nos dispomos a apoiá-lo a encontrar na rede de saúde pública de sua cidade de residência algum serviço ou profissional que o acolha e acompanhe. Além disso, assumimos que adotaremos esforços máximos de atitude isenta de avaliação de juízo e zelaremos pelo compromisso em manter o sigilo e o anonimato, ou

seja, não revelar seu nome em hipótese alguma e não apresentar dados que possam levar a identificação de sua identidade. Comprometemo-nos a estar sensível a sinais de desconforto ao longo da entrevista, validando tais sinais com você e interrompendo prontamente se for de seu desejo. Você pode deixar de participar do estudo a qualquer momento, precisando apenas sinalizar isto a nós nos contatos expostos abaixo.

Mesmo assim, caso ocorra dano decorrente de sua participação, a pesquisadora e a Instituição envolvida na pesquisa, comprometem-se a fornecer-lhe indenização sobre o dano ocorrido, conforme aponta a Resolução CNS 466/2012.

As informações obtidas são confidenciais, sendo o acesso restrito a mim, à minha orientadora Professora Monika Wernet e uma doutoranda integrante do grupo de pesquisa Beatriz Castanheira Facio. É garantido anonimato ao participante e demais indivíduos cujos nomes forem citados.

Reforçamos que a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. A participação no estudo não acarretará em gastos para você, nem qualquer tipo de pagamento.

Reforçamos ainda, a ciência por parte da pesquisadora de que a pesquisa não poderá envolver a Instituição em que você trabalha, haja visto que esta não possui anuência da sua Instituição. Você receberá uma via deste termo onde constam dados para contato com a pesquisadora principal e a orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Adicionamos 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 principal

**Ana Izaura Basso de Oliveira**

Rodovia Washington Luís, Km 235. Departamento de Enfermagem, Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSCAR. São Carlos SP

Fone: (016) 3351-8334 ou (016) 99725-1375 E-mail: anaizaura@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 Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br**

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_.

---

Participante da pesquisa



**ANEXO A**  
**Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres**  
**Humanos**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: UM OLHAR À QUALIFICAÇÃO PARA O CUIDADO PRESTADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

**Pesquisador:** ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 89503418.1.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.798.644

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de mestrado, de natureza descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa do tipo analítico. Será utilizado o Interacionismo Simbólico como referencial teórico. O estudo será realizado com enfermeiros com experiência mínima de 6 meses em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Para localização dos participantes em potencial, será utilizada a técnica "Bola de Neve". Será feita entrevista semiestruturada, desenvolvida de forma individual em lugar privativo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a motivação de enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a continuidade da formação profissional, com atenção ao lugar do cuidado desenvolvimental

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**BENEFÍCIOS:** mostra-se o conhecimento sobre a motivação do enfermeiro para processo de formação, com possibilidade de impactar programas de formação locais e nacionais, seja institucionais ou de esfera pública. Além disso, a própria participação no estudo pode vir a mobilizar o enfermeiro em seu processo de formação por questão não ponderadas anteriormente, com desdobramentos à sua prática assistencial.

**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



Continuação do Parecer: 2.798.644

RISCOS: possível desconforto dos enfermeiros durante a entrevista, relacionado às reflexões acerca de sua busca e envolvimento com a formação e atuação profissional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Temática com relevância acadêmica e social. Método de pesquisa adequado para responder aos objetivos. Cronograma exequível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios recomendados pelo CEP: formulário com informações sobre o projeto da Plataforma Brasil; projeto detalhado com o cronograma; folha de rosto assinada pela pesquisadora e coordenadora do PPGENF e TCLE. O TCLE apresenta linguagem clara e acessível; descreve que a participação é voluntária e que será garantido sigilo; apresenta os possíveis riscos e benefícios e a forma de manejo; consta o endereço, telefone e horário de funcionamento do CEP; consta o tempo aproximado da entrevista e o direito a indenização caso ocorra algum dano referente a sua participação na pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram atendidas.

**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_1125838.pdf	18/06/2018 10:30:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Ana_Izaura.docx	18/06/2018 10:28:45	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Ana_Izaura_CEP.doc	18/06/2018 10:26:31	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Ana_Izaura_Revisado.pdf	18/06/2018 10:24:48	ANA IZAURA BASSO DE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**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



Continuação do Parecer: 2.798.644

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 03 de Agosto de 2018

---

**Assinado por:  
Priscilla Hortense  
(Coordenador)**

**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