

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

**BRUNA DE SOUZA LIMA MARSKI**

**CUIDADO DESENVOLVIMENTAL DA TEORIA À PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM  
UNIDADE NEONATAL**

**SÃO CARLOS – SP**

**2017**

**BRUNA DE SOUZA LIMA MARSKI**

**CUIDADO DESENVOLVIMENTAL DA TEORIA À PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM  
UNIDADE NEONATAL**

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

**Orientador: Profa. Dra. Monika Wernet**

**SÃO CARLOS – SP**

**2017**



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 do(a) candidato(a) **BRUNA DE SOUZA LIMA MARSKI** realizada em 21/02/2017.

---

Prof. Dra. Monika Wernet

---

Prof. Dra. Patricia Carla de Souza Della Barba

---

Prof. Dra. Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância do membro **Prof. Dra. Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato** e, depois das arguições e deliberações realizadas, o participante à distância está de acordo com o conteúdo do parecer da comissão examinadora redigido no relatório de defesa do(a) aluno(a) **BRUNA DE SOUZA LIMA MARSKI**.

---

Prof. Dra. Monika Wernet  
Presidente da Comissão Examinadora  
(PPGE<sub>nf</sub>/UFSCar)

*Dedico este trabalho ao meu pai, Davi, que  
esteve presente nos momentos mais  
importantes da minha vida, incluindo este.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À minha mãe, **Cintia Marski**, por ser meu exemplo de mulher, sendo sempre forte e determinada por nós duas. Demonstrou em cada momento da vida sua dedicação a mim e um amor imensurável. Serei eternamente grata por tudo que fez por nós. Eu amo você.*

*Ao meu companheiro, **Matheus**, que esteve comigo desde a adolescência, compartilhando experiências e vivendo angústias e alegrias ao meu lado. Por tantas vezes leu e releu meus trabalhos com toda a paciência do mundo. Você foi e sempre será essencial na minha vida.*

*À minha **família**, avós, tios, tias, sogros e Claudio, pela preocupação e apoio que tiveram comigo e por vibrarem e torcerem pelas minhas vitórias. Mesmo que nossos momentos tenham sido tão poucos nos últimos anos.*

*À fantástica, **Monika Wernet**, minha eterna orientadora, tenho por você uma admiração enorme. Realmente uma pequena grande mulher, grande enfermeira, grande professora e grande mãe. Sempre me empoderando a querer mais e me surpreendendo com suas ideias e dinamismo. Seu olhar é único! Muito obrigada por todos os momentos, sempre enriquecedores, que tive ao seu lado.*

*À **Beatriz**, minha querida parceira de trabalho, agradeço pela paciência e por ter me guiado por caminhos mais claros. E pelos momentos de descontração quando necessários. Seu auxílio foi fundamental para chegar até aqui. Obrigada!*

*Às minhas **amigas** que a graduação e o mestrado me trouxeram, **Bruna, Jaqueline, Thaís, Drieli** e **Gabriela**, pela convivência, pelas trocas e pelos momentos que conseguimos estar juntas, ainda que poucos pela incompatibilidade de horário, sempre muitos prazerosos e importantes. Obrigada pelas conversas e por escutarem minhas lamentações, anseios e alegrias.*

À **Natalia, Julia, Karol e Marcela**, que estiveram dispostas a me ajudar no que fosse preciso.

À minha **equipe de trabalho (Juliana, Vera, Louise, Erica, Rosenilde)**, sempre atenta aos meus anseios e disposta a ouvir minhas preocupações pela madrugada à frente. E que me fizeram relaxar nas horas de tensão. Obrigada, meninas!

Às **enfermeiras e coordenadoras** que participaram e permitiram que este trabalho fosse possível.

Aos **pais dos prematuros**, sempre receptivos e disponíveis, mesmo quando estavam vivendo o momento mais difícil de suas vidas.

À Banca Examinadora, professoras **Patrícia e Sueli**, 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**, minha casa, sempre permitindo meu crescimento pessoal e profissional.

A todos que torceram por mim!

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É tempo da travessia. E, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos [...]”.

Fernando Pessoa

## RESUMO

Os recém-nascidos prematuros são usualmente encaminhados a uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e vivenciam seu desenvolvimento inicial neste contexto. Este ambiente detém tecnologia assistencial que pode assegurar a sua sobrevivência, mas, paradoxalmente, também está caracterizado como inóspito, em decorrência dos efeitos de intervenções ali executadas e da elevada carga sensorial incompatível com a capacidade de autorregulação dessas crianças. O enfermeiro está diretamente ligado à assistência e é requisito obrigatório, no quadro assistencial de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ele tem papel fundamental na oferta de um cuidado qualificado, humanizado e integral ao recém-nascido crítico e precisa considerar o cuidado desenvolvimental em sua prática assistencial. O presente estudo qualitativo objetivou analisar como os enfermeiros incorporam em sua prática assistencial o cuidado desenvolvimental ao recém-nascido pré-termo hospitalizado, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Elencaram-se como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e como referencial metodológico a Análise de Conteúdo de Bardin. A coleta de dados ocorreu em um município do interior paulista, através da observação não participante, pesquisa documental em prontuários e entrevista semiestruturada. Como estratégia de análise de dados para pesquisa qualitativa, foi realizada a triangulação dos achados. Foram sujeitos deste estudo 11 enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal desse município. A análise dos dados resultou na construção de cinco categorias temáticas: *Cuidado Desenvolvimental e Gestão do Cuidado*; *Cuidado Desenvolvimental e Família*; *Cuidado Desenvolvimental e Ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*; *Cuidado Desenvolvimental e Dor*; e *Cuidado Desenvolvimental e Pele*. Os enfermeiros deste estudo detêm conhecimentos sobre grande parte dos aspectos implicados no Cuidado Desenvolvimental, reconhecem o mesmo como relevante a uma prática de qualidade e segura ao recém-nascido crítico e sua família e desejam ampliar sua presença na prática assistencial. Contudo, há incongruências entre o verbalizado e o executado, assim como incipiências importantes no registro de sua atuação, no que se relaciona ao Cuidado Desenvolvimental. Conclui-se que a Educação Permanente desponta como recurso interventivo possível para qualificar e alcançar transformações da assistência, para avivar reflexões sobre a prática no que se relaciona ao Cuidado Desenvolvimental além de potencializar o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem, com vistas as suas contribuições para um cuidado individualizado, humano e que atenda às necessidades dos sujeitos.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Prematuro; Crescimento e Desenvolvimento; Cuidados de Enfermagem.



## ABSTRACT

Premature infants are usually referred to a Neonatal Intensive Care Unit and experience their initial development in this context. This environment has assistive technology that can assure its survival, but, paradoxically, it is also characterized as inhospitable, due to the effects of interventions performed there and the high sensorial load incompatible with the self-regulation capacity of those children. The nurse is directly related to care and is a mandatory requirement in the care context of the Neonatal Intensive Care Unit, it plays a fundamental role in the provision of qualified, humanized and integral care to the critical newborn and must consider the Developmental Care in their care practice. The present qualitative study aimed to analyze how the nurses incorporate in their care practice the Developmental Care to the preterm newborn hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. The Symbolic Interactionism was listed as theoretical reference and Bardin Content Analysis was listed as methodological reference. The data gathering took place in a city in the interior of São Paulo, through non-participant observation, documentary research in medical records and semi-structured interviews. The triangulation of the findings was performed as the strategy for data analysis for qualitative research. Eleven nurses from the Neonatal Intensive Care Units of this city were subjects of this study. Data analysis resulted in the construction of five thematic categories: Developmental Care and Care Management; Developmental Care and Family; Developmental Care and Environment of the Neonatal Intensive Care Unit; Developmental Care and Pain; And Developmental Care and Skin. The nurses in this study have knowledge about most of the aspects involved in Developmental Care, recognize the same as relevant to a quality and safe practice for the critical newborn and his family and wish to broaden their presence in care practice. However, there are inconsistencies between the verbalized and the executed, as well as insufficiency in the record of its performance in relation to Developmental Care. It is concluded that Permanent Education emerges as a possible interventional resource to qualify and achieve transformations of care, to stimulate reflections about the practice of the Developmental Care in addition to strengthen the use of Nursing Care Systematization, aiming to contribute for an individualized and humanized care that meets the needs of the subjects.

Key-words: Neonatal Intensive Care Units; Premature; Growth and Development; Nursing Care.

## SUMÁRIO

<b>1. INTERESSE PELO TEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>2. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	19
3.2 REFERENCIAIS.....	19
3.2.1 REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	19
3.2.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO: ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA DE BARDIN. ....	22
3.3 LOCAL DO ESTUDO.....	23
3.4 LOCALIZAÇÃO DOS SUJEITOS E ESTRATÉGIAS DE COLETAS DE DADOS ...	23
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>58</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>70</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
<b>8. APÊNDICES.....</b>	<b>79</b>
APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO .....	79
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	80
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	82
ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS ...	83

## 1. INTERESSE PELO TEMA

As implicações da hospitalização e adoecimento na infância entrelaçadas com o cuidado parental, em especial do recém-nascido pré-termo (RNPT) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), são temáticas que vêm permeando minha formação, com desdobramentos crítico-reflexivos aos efeitos das práticas de enfermeiros e profissionais de saúde.

Ao revisitar minha trajetória de formação enquanto enfermeira, relembro de marcos, como o vivido no segundo ano da graduação, fruto de inserção em atividade de extensão que desenvolvia sessões de brinquedo terapêutico com crianças portadoras de doenças crônicas, com vistas a conhecer suas necessidades e simultaneamente intervir sobre elas. Este espaço se mostrava precioso para a criança elaborar e superar situações promotoras de angústias e aflições advindas do processo de adoecer e do contato com os profissionais de saúde, além do ambiente hospitalar. Diante desta oportunidade, fui-me sensibilizando e reconhecendo impactos que a hospitalização ocasiona à criança e sua família e a seus projetos de vida e saúde.

Outro marco importante derivou de iniciação científica (IC) voltada à experiência do pai diante da prematuridade do filho, mais especificamente frente à alta da UTIN. Tal estudo aproximou-me de questões de gênero, sobretudo da exclusão imposta ao pai das questões de cuidado e como estas repercutem na edificação de sua identidade parental, resultados que podem ser apreciados com maior detalhamento nos artigos: “Tomar-se pai na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal: Revisão Integrativa” e “Alta hospitalar do recém-nascido prematuro: experiência do pai”, publicados no Caderno de Terapia Ocupacional, 2015 e na Revista Brasileira de Enfermagem, 2016, respectivamente.

Seguia-me inquietando o quanto os profissionais são ativos e estão implicados nos desfechos e experiências de famílias e sujeitos, mas parecem pouco sensíveis a tal fato, efetivando danos e não acolhimento. Como fica este enfrentamento diante de uma rede de apoio social com a prevalência de profissionais de saúde com um atitudinal pouco acolhedor a sofrimentos e necessidades dos sujeitos e suas famílias? Diante de tal indagação, tive a oportunidade de desenvolver uma segunda IC atrelada ao estudo de mestrado da Beatriz Castanheira Facio, com quem sigo a dividir o desenvolvimento de estudos

científicos, entrelaçando meu estudo de mestrado ao dela de doutoramento. Na referida IC, voltei-me à rede de apoio social aos pais no contexto da retinopatia da prematuridade do filho. Os achados revelaram uma rede de apoio social frágil e ineficiente quanto à oferta de suportes necessários às demandas parentais. Em relação aos profissionais de saúde, a incipiência de apoio pareceu ter agravado o sofrimento dos pais por restringir a compreensão do quadro do filho e as tomadas de decisão relativas ao cuidado. Novamente, as práticas profissionais sendo diagnosticadas como de pouca colaboração no enfrentamento das experiências que permeiam a prematuridade e o estabelecimento do papel parental e de cuidado ao filho.

Diante dessas vivências, assim como das discussões promovidas nos encontros do Grupo de Pesquisa Saúde e Família, do qual faço parte, minha sensibilidade e interesse pelas relações dos profissionais de saúde com a família e a criança prematura foram tomando maiores proporções. Fico incomodada em perceber um movimento que parece se encerrar no olhar para as partes do corpo da criança, desconectando-a do todo e chamando esta redução de cuidado, de qualidade no cuidado. A supervalorização das tecnociências e das técnicas negligenciam e geram danos a indivíduos pela redução que efetivam. No cenário hospitalar, esta proporção fica avolumada, e a prática clínica tecnicada, rotinizada e cumpridora de tarefas é cada vez mais valorizada em nome de protocolos assistenciais e alcance de parâmetros de qualidade que excluem a experiência dos sujeitos sociais que se encontram via cuidado.

Diante do ingresso, logo ao término da graduação, em uma UTIN enquanto enfermeira assistencial, fui sendo incomodada pela exposição da criança a um ambiente extremamente hostil e gerador de danos em nome da sobrevivência, o que incluía a colocação de sua família à margem da assistência prestada. Sou testemunha e de alguma forma copartícipe de um ambiente que provê alta carga sensorial (sobretudo em termos de ruídos e luminosidade), inúmeras e desorganizadas manipulações, com privação do sono, imerso na limitação da presença da mãe, quicá pai e família, com obstáculos ao vínculo e apego. Dessa forma, para meu ingresso no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal em São Carlos propus um estudo voltado ao Cuidado Desenvolvimental (CD) na UTIN, sob o objetivo de compreender como os enfermeiros de UTIN incorporam em sua prática assistencial o cuidado

desenvolvimental. O desejo é de contribuir com transformações neste cenário, em especial no âmbito das interações entre criança, pais e enfermeiros, acreditando nos efeitos positivos à saúde e vida destas pessoas, assim como na qualificação do cotidiano assistencial das UTINs, ao poder ter extensão às práticas de outros profissionais que ali estão.

Boa leitura!

## 2. INTRODUÇÃO

Estudos realizados em maternidades do país revelam que a proporção de bebês nascidos, antes de completar 37 semanas de gestação, está em curva ascendente, sendo que o Brasil ocupa a décima posição dos países em que mais nascem prematuros (na década de 1980 cerca de 4% dos nascimentos eram de prematuros, aumentando gradativamente até o número registrado em 2005, sendo ele em torno de 13%) (GIRALDI; ZORZETTO, 2015).

Em 2011, cerca de 9,8% dos 2.913.160 nascimentos registrados no Brasil foram de prematuros (BRASIL, 2014).

Tais crianças, em função da prematuridade, são, usualmente, encaminhadas a uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e vivenciam seu desenvolvimento inicial neste contexto (GASPARDO, MARTINEZ, LINHARES; 2010). Este ambiente detém tecnologia assistencial que pode assegurar a sobrevivência (ORSI et al; 2015), mas, paradoxalmente, também está caracterizado como inóspito, sobretudo decorrente de efeitos de intervenções ali executadas sem as devidas medidas de manejo da dor (GASPARDO, MARTINEZ, LINHARES; 2010), da luminosidade e ruído, aliados a protocolos assistenciais que desconsideram questões de sono e repouso, gerando estresse e desconforto ao recém-nascido pré-termo (RNPT). As UTINs costumam apresentar elevada carga sensorial, sendo incongruente a capacidade de autorregulação destas crianças, dado seu incompleto desenvolvimento cerebral. Tal contexto pode implicar no aumento do risco de maturação cerebral anormal (ABDEYAZDAN et al, 2014) e se constitui em fator de morbidade, agravado quanto menor for a idade gestacional do RNPT e proporcional ao tempo de sua hospitalização (ORSI et al, 2015).

Diante desse cenário, surge um marco assistencial importante em 1982: o *Neonatal Individualized Development Care and Assessment Program* (NIDCAP) (ALS, 1982). Ele pauta a proteção do desenvolvimento dos RNPTs e destaca a inter-relação dos diversos sistemas orgânicos e sua modulação (ALS, 1982). O NIDCAP buscou ser apoio à prática clínica em UTIN, ao destacar pontos cruciais a serem atentados, com destaque a: ruídos, luminosidade, posicionamento e manuseio do RNPT; respeito ao relógio biológico da criança/seus estados de vigília e de sono e relevância da família para a criança. Resumidamente, o objetivo do

cuidado desenvolvimental é proporcionar um ambiente de cuidado estruturado que apoie, oriente e incentive a organização do desenvolvimento do RNPT. A assistência voltada para o cuidado desenvolvimental tem por princípio reconhecer as vulnerabilidades físicas, emocionais e psicológicas do recém-nascido crítico e sua família, com a finalidade de minimizar complicações a curto e longo prazo, associadas ao período de hospitalização (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009), de forma a prover ambiente agradável e saudável ao RN nas UTINs (SILVA et al, 2012; GASPARDO; MARTINEZ; LINHARES, 2010).

Contrário aos aspectos de proteção enfatizados pelo NIDCAP, a literatura em saúde vem apontando que o RNPT é muito manipulado para realização de procedimentos invasivos e dolorosos (ORSI et al, 2015; PROVENZI et al, 2015), determinando incremento do trabalho metabólico e cardiopulmonar. Tal fato é correlacionado na literatura com favorecimento de potencialização da suscetibilidade destas crianças a alterações cognitivas, psicossomáticas e psiquiátricas na infância e na adolescência (MAGALHÃES et al, 2011). Há indícios de alterações comportamentais como pouca orientação à linha média, menor tolerância à manipulação, menor capacidade de autorregulação, reflexos menos evidentes, maiores níveis de estresse, alterações do tônus muscular (hipertonia e hipotonia) e maior excitabilidade de RNPT com tempo prolongado de hospitalização que podem refletir nas etapas do seu desenvolvimento (ROSA, 2013).

O estresse da criança diante da manipulação excessiva, seja ela dolorosa ou não, gera redução da saturação de oxigênio, aumento da frequência cardíaca e outros sinais sugestivos de desconforto, insatisfação e até mesmo insuficiência respiratória (MAGALHÃES et al, 2011). Neste sentido, estudos sinalizam como estratégia de cuidado o posicionamento adequado e busca de decúbitos próprios a cada criança, com evidências de melhora do padrão de sono e conforto, redução do estresse; estímulo ao sistema neurossensorial e psicomotor; estabilidade ventilatória; prevenção da estase de secreções; promoção da expansão pulmonar; diminuição de riscos para a hemorragia peri e intraventricular e refluxo gastroesofágico (BERTOLOSSI, 2012). O uso de ninhos e rolos de fraldas emerge como estratégia para manter o RNPT confortável e aconchegado (GAÍVA; MARQUESI; ROSA, 2010), sobretudo por favorecer posturas flexoras e a realização de movimentos finos em direção à linha média (XAVIER et al, 2012). Um estudo apontou impactos positivos à frequência cardíaca e respiratória, níveis de saturação

de O<sub>2</sub>, melhora no padrão de sono e ganho de peso do RNPT com o uso da musicoterapia (LOEWY et al, 2013).

Dessa forma, minimizar a promoção de estresse, seja intervindo sobre o ambiente da UTIN ou diretamente junto ao RNPT deve ser foco assistencial nas UTINs. Contudo, as rotinas institucionais de assistência ao RNPT nas UTINs incorporam, na realidade brasileira, insuficientemente tal diretriz. Identifica-se, sobretudo, excesso de ruído, luminosidade e manipulação desnecessária, gerando estresse à criança e privando a mesma de uma totalidade de tempo de sono e da qualidade deste, com insuficiências em relação ao alcance do sono profundo (ORSI et al, 2015; DANIELE et al, 2011). Tal realidade promove gasto energético, conduz à imunossupressão, síntese inadequada de proteínas e irritabilidade (GAÍVA; MARQUESI; ROSA, 2010), aumento do consumo de oxigênio, retardo no ganho de peso e aumento da pressão arterial (DANIELE et al, 2011). Isto gera repercussões negativas para sua recuperação, aumento do tempo de hospitalização e desencadeia distúrbios comportamentais quando adultos (ORSI et al, 2015; DANIELE et al, 2011).

Para minimizar impactos deletérios e promover o sono, estudos indicam o manejo do ambiente, lançando mão de estratégias que diminuem os estímulos sensoriais e ambientais ao RNPT (ORSI et al, 2015), como monitoramento do horário de visita, diminuição do ruído, redução da manipulação (DANIELE et al, 2011) e da luminosidade, com buscas a promover e garantir um horário próprio a ele em determinados períodos do dia e permitir que o RNPT passe por todas as fases do sono (ORSI et al, 2015).

Outra situação danosa amplamente descrita na literatura típica à hospitalização do RNPT em UTIN é o incipiente apoio e estímulo institucional à presença dos pais no cenário assistencial, com consequências ao vínculo entre eles e a criança. O ambiente hospitalar é desconhecido pela família e pouco acolhedor a suas necessidades (GORGULHO; RODRIGUES, 2010), fruto do limite de permanência junto ao filho imposto por parte dos profissionais de saúde das UTINs (CARVALHO et al, 2009). Neste sentido, um estudo aponta a correlação de mães com alto nível de estresse a comportamentos irregulares percebidos nos filhos internados (WOODWARD, 2014). A fim de melhorar tal realidade, a presença dos pais na UTIN precisa ser ampliada e qualificada no cenário nacional. Uma das propostas do Ministério da Saúde (MS) brasileiro foi a implementação nas UTINs do



Método Canguru (MC). Tal método foi proposto pelo Dr. Edgar Rey Sanabria no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia, em 1978, e adaptado para a nossa realidade em 2002 (LAMY, 2005), tornando-se política de saúde instituída pelo Ministério da Saúde, em 2007 (BRASIL, 2007).

O MC é uma assistência neonatal que envolve o contato pele a pele. O RN fica apenas de fralda e é posicionado sobre o tronco despido do familiar, promovendo autonomia e competência para a família (BRASIL, 2002). Além disso, o método evidencia vantagens, como: diminuição da separação com os pais, aumento na confiança em cuidar do próprio filho (BRASIL, 2011); promoção do controle da temperatura (RUGULO; BENTLIN; LYRA, 2008), melhora dos estímulos sensoriais; diminuição das infecções hospitalares; diminuição da dor e aumento na qualidade do desenvolvimento neurocomportamental (BRASIL, 2011). Tal tecnologia também tem desdobramentos à alimentação da criança, valorando o aleitamento materno (AM) e favorecendo a relação entre mãe e filho (BYERS, 2003, SCOCHI et al, 2010).

Apesar de estudos apontarem ser o AM a forma mais natural e segura para alimentar um bebê pequeno, há evidência de que as recomendações internacionais e nacionais do AM exclusivo até o 6º mês não estão sendo atingidas pelos RNPTs (SCOCHI et al, 2008).

O papel estratégico dos profissionais de saúde junto à prática da amamentação é fundamental, mas demanda aproximação com a família, de forma a compreender conhecimentos e experiências correlatas a ela para direcionar ações que a promovam e protejam (PRATES et al, 2015), com indicações de investimentos em capacitação dos mesmos (ALMEIDA et al, 2015).

Os apontamentos acima nos fazem refletir acerca do desenvolvimento da criança que nasce prematura e tem seus primeiros dias de vida em uma UTIN, sobretudo em termos de danos efetivados, ao longo de um período reconhecido como estratégico à estimulação e promoção de desenvolvimento da criança. Será que para efetivar as terapêuticas típicas à UTIN carece-se de realizar atos danosos ao desenvolvimento infantil? Os profissionais de saúde atuantes neste contexto estão atentos a tal questão? Como se porta o enfermeiro diante de tal problemática? Ele incorpora os preceitos do cuidado desenvolvimental em seu cotidiano de trabalho na UTIN? O que ele entende por cuidado desenvolvimental? Ele registra

informações a este respeito no prontuário destas crianças? Prescreve e avalia ações nesta direção?

O período compreendido entre o nascimento e o final do primeiro ano de vida é concebido como um dos mais cruciais para o desenvolvimento infantil (SILVA et al., 2011). São nos primeiros anos de vida que a arquitetura cerebral é moldada, a partir da interação entre herança genética e influências do meio que acolhe a criança (SHONKOFF et al., 2012), de forma que quando as necessidades da criança recebem atenção e proteção neste sentido, há favorecimento ao seu potencial desenvolvimental, com desdobramentos positivos à vida adulta (SOUZA; VERÍSSIMO, 2015).

O enfermeiro precisa considerar o cuidado desenvolvimental em sua prática assistencial (SOUZA; VERÍSSIMO, 2015) e, sendo sua presença no quadro de UTIN requisito obrigatório (BRASIL, 2010), ele tem papel fundamental na oferta de um cuidado qualificado, humanizado e integral ao recém-nascido (RN) crítico (MONTANHOLI; BARBOSA; JESUS, 2011). Pode se efetivar enquanto um fator de proteção à criança e seu desenvolvimento.

Dessa maneira, este estudo justifica-se pelo já exposto acima, assim como por contemplar pressupostos evidenciados na Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde em relação a determinantes da condição de vida e do desenvolvimento da criança, com ênfase nos aspectos ambientais, familiares, biológicos, nutricionais e psicossociais (BRASIL, 2011b).

Com isso, esta pesquisa toma como pergunta “Como o enfermeiro atuante na UTIN incorpora em sua prática de cuidado ações voltadas ao cuidado desenvolvimental do RNPT?”, sob o objetivo geral de analisar como os enfermeiros incorporam em sua prática assistencial o cuidado desenvolvimental ao RNPT hospitalizado na UTIN. Toma como objetivos específicos: (1) descrever o que enfermeiros atuantes em UTIN estão registrando em prontuário sobre o cuidado desenvolvimental; (2) descrever o conceito de cuidado desenvolvimental abarcado por enfermeiros de UTIN; (3) descrever como enfermeiros de UTIN entendem incorporar o cuidado desenvolvimental em suas práticas assistenciais; (4) discutir a prática assistencial do enfermeiro de UTIN, em termos de cuidado desenvolvimental.

Cabe destacar que este estudo integra estudo maior desenvolvido pela doutoranda Beatriz Castanheira Facio e Profa. Monika Wernet, intitulado “*EFEITOS*

## *DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CUIDADO DE ENFERMEIROS DE UNIDADES NEONATAIS”.*

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

A presente pesquisa é qualitativa de caráter exploratório descritivo, volta-se ao cotidiano da prática profissional de enfermeiros atuantes em UTIN, debruçando-se especificamente a como o cuidado desenvolvimental é incorporado na expressão do cuidado desses atores sociais. Assim, perpassa por significados, crenças, tomadas de decisão, ações, intencionalidades dentre outros elementos, fato que aponta para a abordagem qualitativa como apropriada. Tal abordagem valoriza os elementos acima, sob a intenção de explorar um determinado fenômeno por meio da experiência de sujeitos sociais, com vistas ao entendimento de comportamentos, os quais estão atrelados aos sentidos aferidos a distintos objetos sociais e à dinâmica derivada disso (MINAYO, 2012).

A pesquisa qualitativa em saúde intenciona ampliar entendimento e descrição de experiências integrantes do cuidado em saúde, com vistas a fornecer elementos para se transformar práticas e avançar no êxito e humanização dessas (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

Frente ao exposto, percebe-se a pertinência de tal abordagem para este estudo.

#### **3.2 REFERENCIAIS**

##### **3.2.1 REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO**

O Interacionismo Simbólico (IS) foi o referencial teórico selecionado a este estudo, uma vez que se volta às interações e ações de sujeitos sociais, tomando três premissas:

- (1) os atos do ser humano são orientados pelos significados que os objetos sociais ganham para ele, entendendo objeto social como tudo aquilo que o sujeito pode perceber no mundo e que movimenta sua mente com vistas a significados disparadores de ações;

- (2) o significado emerge da interação social, ou seja, é um produto social e,
- (3) é manipulado e transformado a partir de processo interpretativo derivado e desenvolvido na interação social, dando orientação à ação (CHARON, 2010).

Portanto, o IS dá ênfase às interações, à definição e redefinição de objetos sociais (tudo com o qual se pode interagir) e ao comportamento humano. Este referencial entende que o ser humano define e age na situação de acordo com significações ali estabelecidas, as quais emergem, são mantidas ou transformadas e efetivam ações, formas organizatórias e relações no contexto social (BLUMER, 1969).

A interação social é o *locus* onde emergem significados, com desdobramentos à definição da situação e ao comportamento, tanto na dimensão da atividade manifesta (comportamento externado) quanto na dimensão da atividade internalizada (processo interiorizado à pessoa) (CHARON, 2010). Para o referencial, o ser humano é ativo na sua experiência de interação social, sendo no presente de cada situação que ocorre a definição da mesma e, por meio desta definição, há o desencadeamento de ações influenciadas pela interação com o contexto e com o *self* (BLUMER, 1969). Este processo ocorre sempre no presente, mas com aplicação de um passado vivido, dado o fato de a interação humana abarcar comunicações simbólicas, para as quais o *self* atua como mediador, definindo e redefinindo objetos sociais percebidos (CHARON, 2010).

O *self* tem caráter processual e aberto, é evocado em todas as interações sociais e é o elemento que permite ao indivíduo considerar a si mesmo enquanto outro, na medida em que considera outras pessoas/coisas/objetos sociais. O *self* emerge de processos interacionais internalizados a partir de duas fases: a do “eu” e a do “mim” que agem continuamente uma sobre a outra expressando o *self*, representação desse processo. O *self* é, portanto, continuamente desenvolvido a partir das distintas interações em que se lança, sendo dinâmico e de caráter processual. Ele surge e se desenvolve no contexto social (CHARON, 2010).

A fase analítica “eu” do *self* é de caráter impulsivo e toma a si como referência principal, já a fase analítica “mim” é aquela que pondera o outro, a comunidade, efetivando-se como “controlador” do comportamento impulsivo da fase “eu”. A atividade mental efetiva o processo de conversação entre estas fases analíticas do *self*, assim como com o contexto social e o(s) outro(s) em interação.

Permite ao ser humano permanecer em contínua conversação consigo enquanto interage socialmente. Um dos recursos efetivados neste processo é o **assumir o papel do outro**. Este ato envolve a ação de buscar o outro social, sua percepção e tem conexão direta com o símbolo e o *self*, em termos de processo e manifestação. Refere-se ao ato de esforço de assunção da perspectiva do outro social, com vistas a compreender esta e ponderá-la a partir da perspectiva simbólica deste.

Dessa forma, o *self* é resultado da ação do próprio indivíduo, advém do processo interiorizado disparado por símbolo(s) e permite à pessoa ponderar a si enquanto outro, assim como ao outro por meio da atividade da mente. O *self* surge e é transformado ao longo da interação social, diretamente conectado ao surgimento e à transformação do símbolo. Ele é aberto e envolve o processo de significação, o(s) significado(s) movimentado(s) na e por meio da interação social (BLUMER, 1969).

Os objetos ganham sua significação na interação, sendo o que as pessoas buscam indicar ser. Símbolos detêm intencionalidade no uso, ou seja, visam a transmitir significado, compartilhar o mesmo entre as pessoas em interação. Eles integram a socialização dos indivíduos e se correlacionam com aspectos culturais. O simbolismo só é atingido efetivamente se o significado intencionado é compreendido por aquele que o produz e por aquele que o recebe (BLUMER, 1969).

Interação social contém todos os conceitos do IS e inclui o reconhecimento de que, na interação, tornamo-nos objetos sociais para nós e para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self* por meio de atividade mental, tomamos decisões na medida em que definimos a situação e assumimos papéis (BLUMER, 1969).

Assim, a ação humana envolve as indicações recebidas (tanto do outro quanto de mim), sendo um processo contínuo e simbolicamente construído e voltado ao entendimento e à vida social. A ação humana é manifestação presente que imediatamente já se efetiva como um passado e que será aplicada às novas interações sociais, a partir da definição efetivada no presente. Portanto, também é de caráter contínuo e processual e conecta-se à concepção futura prospectada no planejamento do ato social (CHARON, 2010).

Considerando tal referencial, podemos pressupor que o cuidado manifesto por enfermeiros nas UTINs envolva significado de enfermeiro, de UTIN, de cuidado, de criança, de família, de estresse neonatal, de conforto do recém-nascido e de

sucesso prático do cuidado em UTIN, dentre outros. E que as interações ali vividas promovam processos que vão transformando tais significados, mobilizando o *self* e a mente, assumindo o papel do outro e, como resultado, expressam um comportamento de cuidado. A intenção é de acessar a experiência cuidativa e apreciar a presença dos preceitos do cuidado desenvolvimental nela. Há a incorporação deste elemento no cuidado destes enfermeiros? O cuidado de enfermeiros de UTIN integra os preceitos do cuidado desenvolvimental? Como isto está expresso nos comportamentos cuidativos do enfermeiro? Quais significados estão compondo tal comportamento?

### **3.2.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO: ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA DE BARDIN**

Para a compreensão dos dados empíricos obtidos, optou-se pela análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin. Minayo (2012) afirma que tal estratégia possibilita que se sistematize e descreva os dados coletados para além do nível do senso comum e do subjetivismo, sob uma vigilância crítica do comunicado, seja em documentos, seja em textos literários, entrevistas dentre outros. Especificamente a modalidade temática volta-se à descrição do conteúdo das mensagens por indicador temático, com atenção às percepções manifestas acerca de objetos e seus fenômenos, busca a unidade de significação, o tema (BARDIN, 2011; MINAYO, 2012).

A análise de conteúdo temática “[...] comporta um feixe de relação e pode ser graficamente representada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo.” (MINAYO, 2012, p. 315).

O processo analítico está estruturado em três etapas:

- (1) pré-análise: etapa na qual se desenvolve leitura flutuante do conjunto de material (no caso, derivado das entrevistas, notas de campo da observação e dos registros de prontuários – nota de pesquisa), com vistas a prover interação com o conteúdo ali manifesto, já ponderando relações com o foco em exploração e os elementos categoriais que se evidenciam como presentes;
- (2) exploração do material ou codificação: momento no qual se busca o estabelecimento das categorias, entendidas como expressões ou palavras significativas tradutoras do conteúdo presente no material empírico e que se

processa a partir da classificação e a agregação dos dados. Ou seja, buscou-se encontrar termos ou palavras significativas que viabilizassem a organização do material empírico em termos de conteúdo revelado, sempre atenta ao ponto de vista dos atores sociais, sua realidade e ao fenômeno colocado em apreensão.

(3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa ocorrem inferências e interpretações no intuito de inter-relacionar os achados das fases anteriores com o quadro teórico desenhado (BARDIN, 2011).

Portanto, os procedimentos analíticos envolveram a transcrição das entrevistas na íntegra; apreciação do diário de campo e o texto ali registrado, leitura textual minuciosa, identificação e separação de blocos textuais (unidades analíticas) articuladas ao fenômeno estudado e nomeação e interpretação dos blocos textuais, com identificação de temáticas centrais neles presentes.

### **3.3 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido em um município do interior paulista, cuja população foi estimada em 221.950 habitantes, dentro de uma área de 1.137 km<sup>2</sup> (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2010), com taxa de nascidos vivos de 1.638, sendo que, destes, 8,4% são prematuros (DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE).

A cidade supracitada conta com duas UTINs, sendo uma da rede privada e outra filantrópica, denominadas neste estudo como Girassol e Azaleia respectivamente, a fim de preservar suas identidades, Azaleia possui atendimento vinculado à Saúde Suplementar e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto ao número de leitos neonatais, há oito leitos intensivos em Girassol e seis semi-intensivos e oito intensivos em Azaleia. O número de enfermeiros das duas UTINs soma um total de 16 profissionais, sendo cinco enfermeiros atuantes em Girassol e onze em Azaleia. Cabe destacar que a cidade é referência para seis municípios da região no atendimento ao RNPT crítico.

### **3.4 LOCALIZAÇÃO DOS SUJEITOS E ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS**

Para obtenção dos dados empíricos, optou-se por três estratégias: a observação não participante, a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental, neste caso, os registros do enfermeiro no prontuário dos recém-nascidos.

A coleta de dados teve início pela observação não participante, uma experiência sensorial e situacional, na qual o olhar do pesquisador para o campo pode se ancorar em direcionamentos (SANTOS; ARAÚJO; BELATTO, 2016), neste caso, a atenção foi dirigida aos seguintes aspectos: interação do enfermeiro com a criança e família, desenvolvimento de ações articuladas ao cuidado desenvolvimental e ao envolvimento da equipe assistencial para com o mesmo. Buscaram-se dados reveladores da forma e como o enfermeiro insere em seu cotidiano o cuidado desenvolvimental ao RN crítico. Tais evidências foram registradas em diário de campo, na forma de texto descritivo.

O período de observação se deu de 09 de setembro de 2016 a 10 de outubro de 2016, quando onze enfermeiros (sete enfermeiros da instituição Azaleia e quatro da instituição Girassol), atuantes nas UTINs supracitadas, foram observados durante dois plantões de doze horas cada um pelo mesmo investigador. Não foram observados e/ou entrevistados enfermeiros que estiverem/entraram de férias ou de licença-saúde na época de desenvolvimento da coleta de dados. Dessa forma, cinco enfermeiros não integraram o estudo. Cabe ressaltar que esses enfermeiros não possuíam conhecimento pormenorizado do que estava sendo observado, a fim de evitar contaminação dos dados, mas estavam cientes e tinham aceitado de forma livre e esclarecida participar de pesquisa que se volta a olhar o enfermeiro de UTIN e o cuidado por ele desenvolvido.

Nesse tipo de observação, o investigador não participa ativamente da situação, apenas “assiste” as ações dos sujeitos para desvelar as práticas individuais e sociais existentes em um dado contexto (BELEI et al., 2008). Além disso, a observação é considerada estratégia auxiliar em pesquisa qualitativa que triangula com a entrevista (POUPART et al., 2008), recurso também aqui adotado.

Em paralelo à observação, mas em momento distinto a ela, realizou-se a coleta de dados dos registros de enfermeiros em prontuários dos recém-nascidos. Diante do entendimento de serem os prontuários um documento assistencial, esta fase aproxima-se da pesquisa documental caracterizada como busca de informações em documentos originais que ainda não receberam nenhum tratamento



analítico (OLEIVEIRA, 2007). A referida pesquisa permite a observação do processo de evolução de indivíduos, conceitos, comportamentos e práticas (CELLARD, 2008).

Destaca-se que a Resolução nº429/2002 do Conselho Federal de Enfermagem considera que o registro do enfermeiro em prontuário faz parte da sua responsabilidade e dever e nele devem constar informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, tradutores da assistência prestada (COFEN, 2012).

O acesso aos prontuários foi obtido após a autorização e assinatura dos responsáveis (pais dos RNPTs) do Termo de Autorização Para a Pesquisa em Prontuário (Apêndice A), conforme exigência das instituições. Os dados correspondem ao período da observação não participante, sendo ele: 09 de outubro de 2016 a 10 de outubro de 2016, totalizando dez prontuários, dos quais informações dos registros dos enfermeiros relacionados ao cuidado desenvolvimental foram apreciadas. Da anotação inicial no diário de campo, produziu-se um texto descritivo que emergiu de cada prontuário, e esse sofreu análise e interpretação à luz dos referenciais elencados ao estudo. Os dados de oito prontuários não foram analisados frente à recusa familiar em autorizar o acesso da pesquisadora, nas situações de óbito ou de abandono familiar.

A terceira estratégia de obtenção de dados foi a entrevista semiestruturada, processo de interação social com finalidade de obtenção de informações do entrevistado. A entrevista semiestruturada é técnica de coleta de dados na qual se utiliza um roteiro com perguntas abertas preestabelecidas que possam ser complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista (DUARTE, 2004). Para Minayo (2012), a entrevista tem a potencialidade de revelação de condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e como estes são articulados ao cotidiano social. Creswell enfatiza que a pesquisa qualitativa volta-se a compreender um fenômeno social a partir do ponto de vista dos sujeitos nele envolvidos. Assim, seus participantes são captados propositadamente, considerando a experiência relacionada ao fenômeno em estudo, ou seja, são escolhidos por terem vivenciado, estar vivenciando ou ter alguma correlação com ele (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007; MINAYO; GUERRIERO, 2014).

O convite para contribuir por meio da entrevista foi realizado ao fim da observação àqueles enfermeiros que sofreram o processo de observação não

participante, no caso, onze enfermeiros. Frente ao interesse e concordância livre e esclarecida em participar, local e hora foram compactuados de acordo com a disponibilidade do pesquisador e do sujeito de pesquisa/enfermeiro, para a realização da entrevista semiestruturada.

Ela foi desenvolvida individualmente com enfermeiros atuantes das UTINs supracitadas, durante a jornada de trabalho e em horário previamente acordado com eles, neste momento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi lido em conjunto (pesquisador e sujeito de pesquisa). Um instrumento com as questões norteadoras foi adotado para realização das entrevistas (Apêndice C). Cabe ressaltar que todas as entrevistas foram gravadas em dispositivo áudio e digital com a anuência dos sujeitos, tanto para facilitar a obtenção da narrativa como para evitar a perda de dados significativos. Posteriormente, a entrevista foi transcrita em sua íntegra e analisada à luz dos referenciais descritos acima.

Cabe destacar que cinco enfermeiros não foram observados pelos seguintes motivos: um de licença-maternidade, um de férias, dois deixaram os cargos na UTIN e um por participar do grupo de pesquisa no qual foi discutido este estudo.

A oportunidade de efetivar três estratégias de coleta de dados contribuiu com uma compreensão multidimensional do fenômeno, na direção da triangulação recomendada a pesquisas qualitativas (OOLAIK; ZILLER, 2012).

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Em relação aos procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos, esclarece-se que o projeto de pesquisa foi apresentado à Comissão de Gerenciamento das Unidades Neonatais de ambos os serviços hospitalares mencionados acima e, com a anuência dessas, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos para análise, segundo as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Após análise do Comitê de Ética, foi recebido parecer favorável, registrado sob nº 1.904.898 e CAAE 55329516.0.0000.5504 (ANEXO). Todos os participantes que aceitaram integrar o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), destacando-se ainda que com relação aos prontuários,

os pais assinaram o Termo de Autorização para Pesquisa em Prontuário (APÊNDICE A).

#### **4. RESULTADOS**

Onze enfermeiros integraram este estudo, sendo eles dez mulheres e um homem, com idade entre 25 e 44 anos. O tempo de formação como enfermeiros variou entre dois e oito anos. Enquanto o tempo de atuação em UTIN variou de dois meses a sete anos. Cabe destacar que, dos enfermeiros sujeitos deste estudo, quatro tinham lastro de ter sido auxiliar ou técnico de enfermagem em UTIN. E sete possuem especialização em neonatologia. Para preservar o anonimato dos enfermeiros e para o sigilo, não ocorrerá descrição de pormenores dos participantes. Eles foram identificados com a letra E, seguido de algarismos ordinais de 1 a 11, aferidos a partir da ordem com que participaram da entrevista.

As taxas de ocupação referentes ao período de coleta de dados em Girassol e Azaleia foram de 50% e 60%, respectivamente.

Após análise dos dados empíricos obtidos (texto advindo das observações de campo e análise de prontuário, assim como da transcrição das entrevistas), emergiram cinco categorias temáticas: CD e gestão do cuidado; CD e família; CD e ambiente da UTIN, CD e dor e CD e pele.

Os resultados apontam para uma prática assistencial do enfermeiro de UTIN em termos de cuidado desenvolvimental (CD) com incongruências entre o conhecimento verbalizado nas entrevistas e o efetivado, assim como quase que uma ausência de registros sobre o mesmo na documentação da assistência de enfermagem.

##### ***Categoria temática: CD e gestão do cuidado***

As entrevistas revelam que os enfermeiros reconhecem a íntima relação entre cuidado desenvolvimental (CD) e o cuidado humanizado, sobretudo por ressaltar a relevância de se tomar a singularidade de cada RN, suas demandas e necessidades. Diante de tal entendimento, atuam valorizando a proximidade física da criança e a vigilância a ela. Entendem que podem efetivar prontas ações e diminuir as chances de estímulos danosos, em especial por terem o RN como um

sujeito que está em pleno processo de desenvolvimento, interpelado pela saída precoce do útero e submetido a um ambiente agressivo em termos de estímulos ambientais, a UTIN.

*Ahn...no tratamento da criança ela é biopsicomotora, então a gente tenta zelar tanto para favorecer o desenvolvimento dela fisiológico, o amadurecimento dela, toda a parte fisiológica dela para que ela tenha plena... é...suas funções estejam plenas e autônomas. Ahn... De que forma a gente tenta fazer isso? Quando a criança é... Sai abruptamente do útero materno quando ainda não é a hora. A gente tenta diminuir ao máximo os estímulos, que dentro de uma UTI são muitos os estímulos, de uma forma muito grande, muito agressiva. (E1)*

*Estar presente ao lado do recém-nascido, não deixar, é, ver o paciente não como mais um, ter um cuidado como se ele fosse único, um cuidado junto com o funcionário, tomar a frente mesmo, não deixar o paciente sozinho, não deixar o ambiente abandonado. Todos os cuidados pertinentes àquele caso, faço tudo o que cabe a mim. Eu acho que assim eu estou promovendo o desenvolvimento. (E7)*

Apesar de tal afirmativa, a prática assistencial observada denotou forte ancoragem em uma rotina quase que preestabelecida e hodiernamente replicada. Em geral, o dia tem início pela passagem de plantão que ocorre de forma individual entre enfermeiros. Após assumirem o plantão, realizam o exame físico, priorizando os bebês de maior gravidade. Exceto nos dias de exame laboratorial, quando iniciam os cuidados pela coleta. Posteriormente ao exame físico, registram em prontuário as evoluções de enfermagem. Atividades burocráticas são realizadas na segunda metade do plantão, por exemplo, quando atualizam prescrições médicas ou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A atenção está fortemente direcionada à tecnologia dura e à garantia do funcionamento da mesma e ao desempenho ou monitoramento das atividades de cuidado, centradas na oferta de alimentação, higiene e controle de sinais vitais e eliminações fisiológicas. Nesta rotina, efetivar a evolução de enfermagem é dever do enfermeiro em ambas as instituições e prescrever em uma delas. No desempenho das mesmas, denotam a valorização do registro do exame físico cardiovascular, pulmonar, abdominal e tegumentar, das medicações prescritas e sua administração, assim como dados sobre as tecnologias duras e informações a elas relacionadas. Os registros são de estrutura quase que estanque, não denotando a preocupação em trazer a apreciação das particularidades mencionadas como relevantes.

A análise do prontuário, deste e dos demais que venho desenvolvendo, trazem evoluções de enfermagem que seguem o mesmo padrão estrutural, informando os dias de vida da criança, o peso diário com ganhou ou perdas, tipo de leito no qual a criança se encontra, uso de tecnologias assistivas, com predomínio de informações relativas à fototerapia; oxigenoterapia e recursos para a oferta da dieta. Para as duas últimas, evidências que permitem ter a noção da atual situação da criança e a progressão ou regressão do quadro. Além de tais informações, descreve-se sempre a presença do uso de fármacos e a via de sua administração. A seguir listam achados do exame físico descrito de forma cefalocaudal, quando o padrão de reatividade está sempre registrado, assim como o exame cardiopulmonar e gastrointestinal. Para encerrar a evolução, informações relativas às eliminações fisiológicas das últimas 24 horas são apresentadas. Em momentos distintos deste registro, materiais que tenham sido utilizados nos procedimentos são listados. Evolução sob tal estrutura e teor informativo fez-se diariamente presente nos prontuários que analisei até este momento e, poucas informações que extrapolam

o exposto acima são passíveis de serem identificadas. Não percebo os registros como tradutores de singularidades da criança e sua família, nem registros relativos ao ambiente da UTIN em termos de estímulos, seja os negativos ou positivos ou ações nesta direção. (nota de pesquisa)

Compondo com tal situação, na observação do cotidiano assistencial da UTIN, é perceptível que as prescrições de enfermagem não são sempre checadas pela equipe e por vezes checadas sem nem sequer serem lidas por parte dos técnicos de enfermagem. Os enfermeiros, diante de tal ato, não se manifestam.

Os registros nos prontuários também não revelaram prescrições que abarcassem atenção ou consideração às peculiaridades da criança, como referido na entrevista, quiçá de sua família ou ações direcionadas ao ambiente ou a situações de estresse identificadas ou prospectadas. As prescrições guardam uma estrutura que remete a algo comum a todos na UTIN, com destaque para aquelas que se conectam aos diagnósticos de enfermagem, risco de infecção, risco de broncoaspiração, risco de integridade da pele prejudicada, dor aguda, infecção, integridade da pele prejudicada e ventilação espontânea prejudicada.

A realização de prescrição de enfermagem ocorre por meio de sistema informatizado em que são dadas opções de atividades a serem desenvolvidas com base nos diagnósticos de enfermagem selecionados. Dessa forma, há sim cuidados específicos, mas não necessariamente singular a cada paciente ou que tomaram por base o cuidado desenvolvimental e seus preceitos. Parecem terem sido selecionados por remeter a qualquer RNPT, à estada em uma UTIN. Além disto, guardam, predominantemente, um tom de avaliação da evidência que nega o risco levantado. (nota de campo Girassol – observação)

Apesar do exposto acima ser o que se prevalentemente se observa, houve poucas situações, por parte de alguns dos enfermeiros, que traduzem percepção e preocupação em acolher a criança em sua singularidade. Tais situações não são registradas no prontuário e compõem um processo que permanece na oralidade, não ultrapassa os sujeitos envolvidos nas mesmas e, desta forma, nem sempre são passadas entre plantões. Ou seja, o enfermeiro traz a informação e a intervenção por meio da comunicação verbal àquele membro da equipe que está envolvido com o RN e seu cuidado. Denota-se não existir uma valorização destas situações, ficando ela secundária em relação a outros focos assistenciais. Ainda, nas situações que aparecem, sugerem terem sido lembradas em função das repercussões sistêmicas que têm, sobretudo, em termos de oxigenação.

(Enfermeiro, ao perceber a técnica de enfermagem aproximar-se da incubadora para proceder à higiene corporal da criança, fala:

- “Tem que ser banho “tcheco” aí mesmo, porque o negócio é feio (referindo-se à instabilidade térmica da criança).” (nota de campo Girassol – observação)

Concebem a instabilidade da criança, a prematuridade extrema, a oxigenoterapia, a demanda de trabalho e a falta de espaço como fatores limitantes para desenvolver algumas ações atreladas ao CD. Citam como exemplo o banho de *ofurô* que deixa de ser realizado, quando há uso do oxigênio.

*Algumas coisas não chegaram a ser feitas, o banho de ofurô, a gente não chegou a fazer nela, devido... Ela necessitava mesmo de O2, então não dava, tinha alguns procedimentos que não dava pra fazer. (E9)*

*Porque o banho do prematuro extremo tem que ser na incubadora, não tem jeito, para não perder calor (dá ênfase). Não tem como. (E2)*

Em uma das instituições, atribuem à não realização de ações cuidativas ou correlacionadas com o CD diante do aumento da demanda de trabalho e percebem que os momentos de orientação à equipe tornam-se mais diminutos. Um profissional, inclusive, nota-se mais agitado e percebe isso como negativo. Diferentemente, na instituição Azaleia, trouxeram como potencialidade, para a prática do CD, o número de funcionários como ideal e a possibilidade de capacitações e palestras ofertadas em diferentes espaços do município e pelo próprio hospital. Mas se dizem sobrecarregados quando os técnicos de enfermagem deixam de realizar procedimentos de sua competência, ficando o enfermeiro responsável por realizá-los.

*Eu acho que quando a UTI está mais tranquila é bem mais fácil da gente trabalhar, da gente orientar (se referindo aos funcionários), é mais fácil fazer tudo bonitinho como tem que ser. Agora quando a UTI está cheia é muito difícil, tem muita coisa e acaba escapando e eu fico mais agitada. (E7)*

*Tem uma equipe com um número bom de funcionários, é, eles tão sempre sendo capacitados com algumas palestras, cursos, procurando conhecimento. (E2)*

Outro fator limitante está nas divergências entre as classes, médica e de enfermagem, sobretudo pela submissão da segunda. Tal situação foi observada quando, diante da discordância de conduta do médico, a enfermeira foi submissa a ele, preferindo calar-se. Ou quando trouxeram situações que necessitam da autorização médica para realizar cuidados simples e passíveis de serem tomados pelos próprios enfermeiros.

*[...] aí olha [risos] algumas coisas eu gostaria muito de fazer diferente, mas não depende da gente, aí bate muito com questão médica né...a gente é submissa, a classe [de enfermagem], não tem jeito, dependendo do que está acontecendo, a gente tenta fazer o nosso melhor mas*



*tem coisas que só depende da resposta deles, né ? E as vezes não é do jeito que a gente queria, né? (E3)*

Ao sentir-se desconfortável diz: “Tá frio aqui, né? Vou aumentar a temperatura!”, quando não é possível notar se o faz pensando também nos prematuros ali presentes. Tempos depois a médica de plantão reclama que está quente e abaixa a temperatura. Não há contestação verbal, apenas uma expressão de aceitação, embora pareça não concordar. (nota de campo Girassol – observação)

*Às vezes pra você conseguir pôr um bebê no colo é uma luta, “cê” tem que ficar pedindo autorização sabe?! Não é todo médico que é acessível, que autoriza. (E2)*

*Eu acho que a parte técnica está deixando muita coisa pros enfermeiros, uma punção, uma coleta de exame, isso fica tudo pro enfermeiro, então isso sobrecarrega o nosso trabalho e isso (se referindo ao CD) acaba ficando de lado. (E10)*

Ainda nesse sentido, demonstram incômodo em relação a algumas rotinas das Unidades, mas submissas e coniventes com regras estipuladas pela instituição. Aqueles enfermeiros que são recém-chegados questionam com os mais velhos rotinas que lhes trazem sentimento de estranheza, mas se adaptam e aceitam a rotina com o passar do tempo. Afirmam ter abertura para discutir algumas situações que lhes incomodam, mas não notam mudanças.

Há um bebê de 27 semanas em incubadora aquecida (IA) e umidificada. Enquanto a equipe reclama que não dá para ver coisa alguma, que aquilo dificulta assistência e tudo mais, ela conversa comigo sobre o quanto esse cuidado era

comum nos serviços que trabalhava anteriormente. Conta que tem estranhado muitas coisas que são feitas nos serviços de (município do estudo), mas como é nova, discorda em silêncio e aceita as rotinas. Dá exemplo da incubadora: “Ali, os bebês só saem do berço para IA após passagem de PICC”. Chegou a questionar se não poderia ser colocado em IA, posto no berço quando fosse passar PICC e depois devolvido, mas teve não como resposta de uma das enfermeiras, que atribuiu isto à rotina da Unidade. (nota de campo Azaleia – observação)

*É que a gente tem uma rotina, não pode ficar mudando muito. E tem coisas que a gente não tem muita autonomia pra ficar mudando, então tem que seguir a rotina que já é daqui mesmo e se adequar ao que já é. Mas quando tem uma questão assim, a gente discute...não tem muita mudança mas a gente tenta. (E6)*

*Punção à noite. Tirando o antibiótico tem vezes que precisa puncionar pra passar um soro. Mas se a criança está sendo alimentada, por que não esperar um pouco mais? Aí ficar furando estressa esse bebê, sabia? Estressa o bebê! Eles ficam muito irritados de ficar furando. Eu tiraria também isso. [...] Minha coordenadora por assim dizer, ela é até aberta, conversa muito com a gente. Mas talvez isso pra eles não seja importante. Pra mim seria, mas pra eles não, entendeu? O que me impede de fazer é isso, porque a gente deve obrigações. (E8)*

Percebem que a atuação em equipe multiprofissional seria interessante e exemplificam com a experiência que estão a ter com a fisioterapia. Por outro lado, trazem as dificuldades a percorrer na necessidade de exames mais complexos ou na avaliação de outros profissionais. Comentam, em entrevista, ser mais fácil para paciente com convênio.

*A gente nunca trabalhou com fisio assim. Eles iam, faziam fisioterapia e iam embora. Não, a fisio aqui vem, vê respiratória, aspira, faz manobra, então acho que isso é muito importante pro bebê. Faz shantala, faz hidroterapia, é bem legal esse trabalho junto de equipe. (E3)*

*Às vezes a gente não tem mesmo como fazer, às vezes a gente até pensa: “Nossa, Doutor”, por exemplo, a retinopatia da prematuridade, isso é bem complexo, não tem o médico que faça isso aqui, então quando a gente precisa encaminhar esse paciente ou precisa consultar o reitnólogo, é uma burocracia, precisa pedir autorização pra um superior pra poder pedir pra avaliar esse paciente. Às vezes, o paciente com plano acaba sendo mais fácil, o plano cobre, mas o paciente que depende do SUS isso é bem complexo. Quando tem que fazer intervenção, ou faz o exame e dá alterado, precisa fazer intervenção pra conseguir uma vaga no hospital, é bem, complicado, então o nascimento prematuro traz várias consequências, então, na parte neurológica não é fácil, fazer um ultrassom, se você tem aqui no hospital... Algumas a gente tem acesso, outras fica mais complicado, por exemplo, o fonoaudiólogo a gente não tem aqui no hospital, então fica difícil o acesso. (E10)*

Profissionais da UTIN da rede privada explicitam o desejo de realizar algumas ações de promoção de conforto aos pacientes, porém às vezes enfrentam

a questão do custo de materiais, deixando de realizar tais medidas. Neste sentido, cabe destacar o hábito ou talvez obrigatoriedade, em registrar em prontuário todos os materiais utilizados, durante os procedimentos realizados nos pacientes, quantificando e justificando o uso.

*Porque igual essa bebê que a gente tem ela faz uso de bolsa de colostomia, e a gente coloca placa de hidrocolóide nela, por mim eu arrancava essa placa todos os dias e enfiava ela na banheira todos os dias, mas o convênio não paga...então não tem como eu tirar a bolsa, tirar a placa, deixar ela na água e pegar uma bolsa por dia, todos os dias, o convênio não vai pagar, então isso é uma coisa que cai em cima da gente, tomar cuidado com custo... isso eu gostaria de fazer, mas eu faço sempre que dá, tá começando a descolar a bolsa então a gente tem uma justificativa então eu vou lá e tiro, porque não dá pra você colocar a placa de hidrocolóide e colocar a criança na água porque vira uma pasta e a bolsa acaba descolando, então eu acho que esse é um cuidado que eu gostaria de fazer pra ela que a parte da auditoria pega, não dá pra gente fazer todo dia. (E3)*

Na maioria das evoluções, há descrição de uma lista de materiais que foram utilizados para os procedimentos realizados durante o plantão. Nelas, constam os números de materiais utilizados e a justificativa da troca ou do uso excessivo.

*(Prontuário 3 13/09) Trocado curativo do Cateter de Picc por permanência, inserção sem sinais flogísticos, utilizo 01 tegaderme.*

*(Prontuário 1 19/09) Fixo cateter com tegaderme e aguardo raio X para confirmação do posicionamento. Utilizo para procedimento 2 scrubs, 2 luvas 6,5, 4 comp. de gaze, 1 cateter de PICC 1.9FR, 1 Introduzidor, 1 polifix neo, 1 seringa 10ml, 1 agulha 40x12, 1 SF0,9 % 10ml, 2*

*válvulas de pressão negativa, 1 tegaderme pediátrico, 01 luva 6,5, 01 pacote de gaze. (nota de pesquisa)*

### **Categoria temática – CD e família**

A família foi apontada como elemento essencial e inseparável no cuidado da UTIN, sobretudo pela sua representatividade para a criança, significando-a como contexto da mesma e, assim, seu acolhimento é inerente ao CD e de responsabilidade do enfermeiro.

Concebem o preceito da humanização em saúde como um aspecto que contribui para a busca da incorporação do CD na sua prática assistencial, sobretudo a abertura e esforço para a presença da família. Assim, encorajam-se a assumir riscos, como o de colocar os RNs entubados no colo da mãe.

*A questão da humanização, deixa as mães ficarem aqui dentro. No meu outro serviço só ficava quando amamentava, aqui não, tem criança que não pega o peito mas a mãe fica aqui o dia inteiro, com o nenê no colo, a gente ensina o cuidado então foi abrindo as portas. A questão da humanização mesmo, aqui é bem humanizado, os pais tão sempre junto, deixa as mães entrarem, ficam com o nenê, tem alimentação pras mães, que em outro serviço não tinha, aqui elas podem ficar o dia inteiro, elas têm têm café, almoço, tem tudo.. então eu acho que é bem diferente de outros serviços, acho que é mais isso. (E3)*

Contudo, o testemunhar diário da família na UTIN, seja nas visitas, seja permanecendo um período maior junto a ela, promove reflexões intensas acerca do quanto é de fato benéfico ao familiar estar neste ambiente. Isto se deve ao fato de perceberem reações dos familiares frente à interação com este ambiente. Para muitos dos enfermeiros, o contato com aparelhos, sons, movimentos próprios à UTIN traz sofrimentos à família e de certa forma a desestabiliza. Se a tomam como fundamental à criança, ponderam se os efeitos da presença/permanência neste

espaço são de fato positivas. Por outro lado, acreditam que ela precisa estar junto da criança, se afetar a ela, se vincular e cuidar desta criança. Porém, questionam se o ambiente da UTIN não a estressa e traga repercussões negativas ao papel parental. Portanto, a família e sua presença na UTIN desencadeiam intensas conversas internalizadas, sem uma aparente conclusão.

*Olha, ahn, quando a criança está muito grave é muito sofrido pra família ver a cada momento um alarme, isso deixa muito... a família muito estressada, causa uma ansiedade muito grande pra criança. Então ver aqueles pais chorando, sentir aquelas lembranças que eu acho que não é tão confortável para criança e nem tão saudável para a família. Ao mesmo tempo tento entender que a família quer fazer parte desse momento, quer estar ali, mas eu não sei até que ponto, ainda não consigo definir até que ponto que isso é benéfico pras duas partes. Fico a pensar muito sobre isto. [...] (E1)*

Apesar de tal incerteza, efetivam a busca de aproximar família e criança, sobretudo a mãe. Nesta direção, mencionam o Método Canguru (MC) como uma tecnologia assistencial que favorece a interação da mãe com a criança, por permitir amplo e intenso contato, com oportunidade de carícias, favorecendo o afeto ser manifesto e sentido, trazendo conforto e bem-estar para a díade.

Nas entrevistas, significam o mesmo como um ato que integra o CD e manifestaram o desejo de realizá-lo amplamente, mas depositam na inadequação do espaço físico o fator restritivo a sua prática. Contudo, referem que, diante da solicitação familiar, tentam realizar o mesmo, executando adaptações no ambiente. Vinculam que as famílias que pedem o MC são mais instruídas e as que não solicitam são leigas e/ou têm medo de fazer tal solicitação. De qualquer forma, há aqueles enfermeiros que assumem não ser de praxe realizar a oferta do MC à família. Fato que vai ao encontro de não ter se testemunhado o MC nos momentos de observação desta pesquisa e, nos registros dos prontuários analisados, apareceu a menção do mesmo uma única vez.

*Ah, o Método Canguru é bom né, [...] estar acariciando também, porque ficar ó dentro da incubadora, ou só pegar nos momentos de banho, de manipulação... É gostoso né? A gente gosta de carinho, e eles também, não é diferente. (E9)*

*Às vezes, uma família mais estruturada é instruída sabe, e acaba pedindo, aí a gente tenta, dá uma empurrada na incubadora, coloca uma poltrona e tenta fazer, mas é muito pouco, agora a família leiga não pede, tem medo e a gente também não acaba oferecendo, então acho que é bem falho, o contato com a família é bem pouco. (E10)*

Ainda na direção de incluir a família na dinâmica da UTIN, além do MC reconhecem que permitir atos de cuidado à criança seria de contribuição à criança e família, em especial para os momentos em domicílio.

*Mesmo intubado, se o paciente está estável daria para fazer a mãe prestar alguns cuidados, passar o leitinho, coisas mínimas que ela se sentiria mais útil, mais... eh... está acompanhando o bebe né, mais prestativa. Não teria tanto medo quando o bebê fosse para casa [...].Então, aqui (UTIN) eu acho que daria para estar trabalhando essa parte. E a equipe talvez a gente não tenha esse preparo de acolher as mães, nem espaço. (E2)*

A família gera muitas reflexões aos enfermeiros e, dentre elas, trazem a percepção de que para a família há o entendimento de que as decisões sobre a criança são da equipe da UTIN, tendo ela, família, um direito tímido de participação sobre as mesmas. Nesta direção, assumem que um de seus esforços é o de romper com tal concepção, mas reconhecem que as condutas dos profissionais na UTIN favorecem tal entendimento. Para transformar tal cenário, afirmam que buscam promover a proximidade da mãe à criança, em especial colocando a mesma no colo e incentivando o toque na criança. Adicionam ainda que possuem desejo de permitir

sua presença integral. Ao narrar sobre tal temática, reconhecem no enfermeiro um profissional central para garantir e qualificar a presença dos pais na UTIN, porém, sentem-se correndo risco ao investir em tal ato, pois terão de assumir quaisquer intercorrências que venham a ocorrer. Nas situações em que a criança está entubada ou com muitos dispositivos assistenciais, tal receio se amplia e muitas vezes recuam de ações voltadas à proximidade mãe-criança. Adicionam ainda a falta de estrutura física como outro fator que limita ou restringe maiores investimentos.

*[...] de tentar aproximar o máximo essa família dessa criança pra que eles se sintam... eh, não que nós somos os donos dos filhos deles, que às vezes é essa impressão que eu tenho quando a família chega “aí, eu posso pegar?”, não, é seu filho, você deve pegar! E assim, não tem como não olhar a criança e não olhar a família, é um contexto. Eu acho que para mim o que eu tenho tentado fazer todos os dias de diferente é tentar envolver bastante, pelo menos no horário da visita, como a gente tem horário da visita noturna, tentar envolver mais esses pais. [...]mas é uma coisa que é adaptável, a gente precisa se adaptar porque as crianças não são nossas, a gente tá aqui só pra favorecer esse momento e os pais eles têm que fazer parte desse momento. (E1)*

*A gente deixa os pais virem, as mães acabam ficando o dia inteiro, muitas vezes quando o bebê está entubado a gente coloca ele no colo da mãe mesmo com todos aqueles aparatos inteiro, eu acho que isso é uma coisa que a gente não fazia e ultimamente a gente está fazendo, porque é um risco né, ele pode se extubar porque vai pro colo da mãe, ela não sabe o jeito que pegar e tem aquele monte de coisa na criança, mas ao mesmo tempo é importante pra ele né e a gente é que*



*proporciona né, se a gente não fizer ninguém vai fazer!*  
(E3)

*A presença integral do familiar...mas a nossa UTI não comporta, então você teria que mudar a estrutura da UTI, ela não pode ser estilo salão, ela precisa ser individual e isso encarece. Mas é um resultado muito bom para o RN, porque eu já tive essa experiência do pai e a mãe dentro da UTI, eles ficam mais tranquilos.* (E4)

Aqueles profissionais que vivenciaram em outras instituições situações em que era permitida a presença dos pais ao lado do filho identificam a presença familiar integral na UTIN como positiva. Tal vivência intensifica reflexões internas acerca da relevância de incorporar tal ato cuidativo na sua prática assistencial, sobretudo diante de evidências do sofrimento dos pais diante da criança, quando a falta de informações se sobressai.

*Trabalhei em UTI que o pai ou a mãe, não os dois, eles revezam né? É 24 horas, estavam lá junto com o filho então você vai chegar, vai puncionar, fazer as medicações, vai aspirar, fazer o banho na presença do familiar, porquê? Porque você tem segurança naquilo que você está fazendo, então acho que a presença dos pais aqui seria ótimo mas é inviável porque gera custo, hoje a UTI não comporta, mas pelo menos aumentar o horário de visita, o período, dá pra fazer esse horário diferenciado...meia hora por dia é muito pouco pra quem tem um familiar aqui dentro e vai ficar 23 horas sem informação.* (E4)

Em contradição a respeito do apoio à presença familiar, concerne o relato dos mesmos de sentirem interferência no processo de trabalho diante da presença da família. A descrição é de sensação de limitação e restrição, em especial justificada

pela preocupação com o julgamento que a família faz quanto aos cuidados prestados.

*[...] por mais desconfortável que seja pra nós da enfermagem, que muitas vezes, ahn, dá uma certa limitação da gente chegar, da gente prestar o cuidado mesmo, então a gente se sente um pouco às vezes, ahn, um pouco limitado [...] Limitado porque assim, ahn, os pais eles não querem que a criança tenha nenhum tipo de sofrimento, então eles interpretam, às vezes que, ah, um trocar fraldas “olha, precisa trocar fralda, mas o meu filho está sofrendo”, então assim eles acabam travando um pouco a enfermagem [...] (E1)*

Atrelado a isso, identificou-se nas observações uma postura de incômodo em relação à família devido à demanda informacional, a questionamentos sobre procedimentos realizados e à ansiedade por alta hospitalar. Tal situação se agrava de forma diretamente proporcional ao tempo de internação do neonato.

Diante do comentário de outro enfermeiro na passagem de plantão acerca do comportamento questionador da família no plantão anterior dela acerca do motivo pelo qual o aspecto da ileostomia estava ruim, afirma que os médicos deviam falar a verdade e não enrolar. E, juntamente com tal comentário expressam (ambas as enfermeiras) manifestações não verbais que sugerem ficarem irritadas com tal comportamento familiar, denotando reprová-los ou mesmo banalizá-los, pois após tal atitude não verbal riem com ar de sarcasmo. (nota de campo Girassol – observação)

Como consequência desses pontos destacados acima, de forma geral, o que se percebeu nas observações foi que o enfermeiro tem uma aproximação contida e restrita com a família, com receio de efetivar um maior envolvimento com ela.

O insuficiente investimento na aproximação da criança com seus pais é bem perceptível nos horários de visita. Nas observações, de forma majoritária, não houve interação dos enfermeiros com os familiares e, quando esta acontecia, o movimento de busca fora sempre da família, em especial solicitando algum esclarecimento. Este foi dado de forma breve e com pouco detalhamento, com demonstração de pouco interesse na conversa/interação. Os comentários percebidos na observação entre enfermeiros denotam que o não envolvimento nestas conversas correlaciona-se com a não clareza do que é concernente ao médico e à enfermagem, parece existir um medo do invadir o espaço médico. Desta forma, o enfermeiro evita a família.

Durante a visita o enfermeiro opta por ocupar-se com atividades no computador, sobretudo o desenvolvimento da evolução de enfermagem e a visualização de resultados de exames. Após um tempo, levanta-se e passa por cada pai ou familiar presente e se apresenta pelo nome e função. Alguns pais ou familiares perguntam informações da criança e as respostas dadas ficaram no âmbito de: “está bem”, “está estável”, “está melhorando”, cortando qualquer possibilidade de ser interpelada por outra pergunta, sobretudo por afastar-se rapidamente quase que quando termina de verbalizar o veredito a respeito do estado da criança. (nota de campo Girassol – observação)

Há um pai que parece ansioso, procurando um olhar, alguém que possa lhe informar sobre o filho. Olha o RN sem tocar e com dedos entrelaçados move o corpo discretamente para frente e para trás, mantendo-se no lugar. O pai me olha e faz um sinal, me chamando para ir até ele. Neste momento, aviso o enfermeiro, que se direciona ao pai informando que a médica logo passará de leito em leito dando explicações. Um outro pai aproveita a situação e a questiona sobre os valores de

saturação e frequência cardíaca do filho e o enfermeiro limita a explicar dizendo ser em função das condições clínicas do bebê e o reposiciona. (nota de campo Azaleia – observação)

Na instituição Girassol, à mãe que amamenta é permitida uma presença diferenciada na unidade (ela tem a permissão de permanecer o dia inteiro na unidade, a depender das condições clínicas de sua criança) e, de certa forma, é tratada de forma diferente, com maior abertura e envolvimento. O que sustenta tal movimento parece ser o interesse na produção láctea materna, ou seja, há esforço da equipe em fazer com que a mesma alcance uma boa produção de leite. Assim, o enfermeiro refere desenvolver ações de promoção da amamentação, buscando a proximidade com a mãe, disponibilizando-se a dar orientações e tentando empoderá-la para a prática. Entretanto, nos processos relacionais observados, as insatisfações maternas verbalizadas quanto ao posicionamento do bebê foram desconsideradas em sua particularidade e não houve diálogo entre mãe e profissional receptivo às opiniões da nutriz. As conversas eram genéricas, sobretudo tematizadas em termos da pega e o posicionamento da criança e estruturadas em orientações genéricas, próprias a qualquer aleitamento de RNPT.

Em relação aos registros em prontuário, há informações que relacionam via de administração, absorção e tipo da dieta, porém há certa descontinuidade e escassez de informações, quando se inicia o estímulo em seio materno. Informações relativas à pega e sucção estão presentes até a consumação da transição total para o AM, com poucos relatos de como organizam essa ação e das dificuldades e manejo destas. Progressos ou involuções nem sempre foram descritos, assim como a experiência e sentimento materno, ao realizar o AM.

Ao notar que uma mãe estava enfrentando dificuldades para amamentar, o enfermeiro sentou-se em frente a ela e começou a estimular o RN que estava sonolento. Neste momento, conversou e demonstrou para a mãe como facilitar a pega e apoiar a mama. Sem o sucesso esperado, decide por oferecer a mamadeira, sem compartilhar tal cuidado com a mãe, que ficou

responsável por segurar o prolongamento de oxigênio. Acolhe, nesta interação, as dúvidas sobre a quantidade necessária de leite, tranquilizando a mãe quanto à preocupação com sufocamento ou modo de oferta, quando diz: “Tem que ficar tirando? Não! A gente só segura e ele que suga, oh! Tá indo bem! Tira só se ver que começa a vazar”. Mãe olha para tudo o que está a acontecer com um ar, aparentemente, de ‘perdida’. (nota de campo Girassol – observação)

O bebê insistia em pegar apenas no mamilo e, toda vez, ela retirava e aguardava um pouco antes de nova tentativa. Usou como estratégia mexer nas bochechas para estimular sucção, quando a pega ficou correta por segundos. Em nenhum momento pediu ajuda ou questionou preferências maternas. Não seria válido fazer algo em conjunto? Pedir, por exemplo, para que a mãe apoiasse a mama enquanto ela se envolvia em tracionar o queixinho e realizar demais manobras que auxiliassem na pega correta? Logo em seguida o bebê se contorce e enrijece, pegando somente o mamilo outra vez. A mãe comenta que a forma que está segurando o filho não está tão confortável, mas nada é feito a respeito. (nota de campo Azaleia – observação)

Descrevem se estão em uso de sonda gástrica, qual leite está sendo administrado e como estão absorvendo a dieta ao quantificar resíduo gástrico e episódios de vômito. Quando se inicia o estímulo em seio materno, as informações se resumem aos termos “pega e sucção satisfatória”. Não há dados da resolução de situações em que o bebê apresente dificuldades durante o período de transição. Depois de alguns dias há comentários que o RN está sugando com auxílio respiratório por cateter

nasal, mas não consigo identificar em que momento esta conduta teve início. (Prontuário 01 01/10) Rn mantendo o quadro, estável, com O2 direcionado a 2L/min, quando fora de posição apresenta queda de saturação imediata, sendo estimulado em SM por 5min 3/3h com apresentando boa pega e sucção, porém com presença de dispneia durante sucção.(Prontuário 01 02/10) [...] Em estímulo SM 3/3h por 5 minutos, apresentando boa pega e sucção satisfatória. (nota de pesquisa)

Em contrapartida, na instituição Azaleia, ações voltadas para a promoção do AM foram trazidas pelos enfermeiros como incipientes. Atribuem essa situação aos poucos minutos de visita em que se permite que a mãe esteja junto ao filho na UTIN e de ser esta ação realizada quase que exclusivamente na unidade que segue a estada na UTIN. Neste sentido, acreditam que a restrição do convívio dos pais junto à criança na UTIN dificulte o processo de vinculação e a autonomia da família para o cuidado e tenha desdobramentos ao AM.

*Então, como que você aproxima a mãe do cuidado do bebê se ela não fica aqui pra ver, se ela não sabe como é... né? Então eu acho que uma das coisas é essa. Acho que estímulo ao aleitamento materno, acho que aqui ainda é um negócio que tá devagarzinho ainda, por exemplo, os bebês que vi que foi para o berçário, só um eu vi mamando na mãe aqui, os outros eu não vi nenhuma tentativa de colocar. Mas o horário de visita pra mim é o mais gritante assim. Então como que a família vai se aproximar do cuidado, vai se inteirar, vai criar um vínculo maior, mais eficiente? (E5)*

Em prontuário, além dos apontamentos relativos ao AM, os pais ou familiares somente foram citados para afirmar que estavam cientes do quadro do filho, quando retornaram de procedimentos cirúrgicos ou foram admitidos na UTIN.

Escrevem que os pais foram informados pelo médico responsável da unidade quanto ao estado do filho admitido na UTIN ou quando retornam do centro cirúrgico. A anotação parece ser realizada como um respaldo para evitar complicações. (nota de pesquisa)

### ***Categoria temática – CD e ambiente da UTIN***

Trazem nas entrevistas a concepção de que a UTIN é um ambiente de alta carga sensorial e percebem isso como prejudicial ao desenvolvimento do RN. Diante disto, comentam realizar investimentos para prover um ambiente menos danoso e mais acolhedor à criança, sobretudo referindo intervir para manter a criança bem acomodada, diminuir ruídos e luminosidade, bem como manipulação desnecessária ou desagrupada. Enfatizam sensibilizar e orientar a equipe de enfermagem nesta direção, com destaque aos ruídos ocasionados pela fala da equipe e a relevância do momento do “soninho/psiu”. Ações nesta direção foram de fato observadas.

Por volta de 21h adentra na UTIN e inicia os exames físicos. Enfermeiro denota cuidado com os bebês e conversa com eles durante a manipulação. Reclama com a técnica de enfermagem que está cantando no setor: “Está muito alta sua cantoria, (nome da técnica de enfermagem)!” (nota de campo Azaleia – observação)

*E deixar o sono para o desenvolvimento da criança é primordial! E aí eu sempre falo: “a noite não precisa ficar com todas as luzes ligadas. Vamos cantar mais baixo, vamos rir mais baixo, vamos conversar mais baixo”. Porque ali tem seres que estão precisando desse horário de descanso para o desenvolvimento corporal, quanto intelectual, quanto moral. (E8)*

*Eu já trabalhei em uma unidade intensiva que tinha um período que ninguém mexe nas crianças, tanto na pediatria quanto principalmente na 'Neo', lá chama de 'psiu' né, então apaga-se a luz da UTI, que aqui usa um paninho, né? [...] então deixar aquele período de duas horas sem fisioterapia, sem medicação, sem enfermeiro, sem médico, sem colher exames, isso já faz uma grande diferença. [...] Você pode organizar suas ações, não deixar de fazer porque manipulação mínima não é sinônimo de não fazer as atividades que têm de ser feitas é simplesmente coordenar elas pra que sejam feitas e agrupadas em um intervalo maior de tempo. (E4)*

*E a questão de ruídos também que eu acho que influencia bastante, os barulhos, sempre falar pras meninas [equipe de enfermagem] tomar cuidado, não gritar, não bater na incubadora que o som pra eles a gente dá uma batidinha e pra eles já, né? [...] então tem que ter todo esse cuidado, estar sempre orientando a equipe [enfermagem] pra ter esse cuidado também, que não depende só da gente, elas acabam manipulando eles muito mais mais do que a gente. (E3)*

Cabe apenas destacar que, entre os sujeitos deste estudo, um não significa o ruído da UTIN como danoso, exceto aquele gerado por meio de impactos ocasionados diretamente na incubadora. Sugeriria que a incubadora dava uma proteção acústica à criança.

*Os bebês não se abalam com o barulho [do ambiente da UTIN], a não ser que você vá lá e bata na incubadora, aí eles assustam. Porque a acústica que causa é muito alta. (E7)*



Paradoxalmente, nas observações desenvolvidas ao longo do estudo, muitos dos enfermeiros que afirmaram buscar exercer as ações junto ao ambiente da UTIN descritas acima mostram-se pouco sensíveis a tais aspectos pontuados por eles como importantes. Destaca-se, sobretudo, o uso da cúpula da incubadora para suporte de objetos e execução de ações, promovendo ruídos, embora as incubadoras das duas UTINs tenham em sua composição bandeja auxiliar para apoio.

Hoje a observação em campo ocorreu em dia da nomeada limpeza terminal da unidade, com muito ruído ambiental e sem aparente preocupação com isso. Neste contexto, o enfermeiro, busca contribuir com a mesma e é promotor do incremento do ruído ambiental arrastando lixeiras que poderiam ser carregadas para seu deslocamento. (Nota de campo Girassol – observação)

Ao longo de todo o plantão, o enfermeiro demonstrou preocupação com os alarmes dos aparelhos, respondendo a eles prontamente. Porém, nas coletas de exames colocava a bandeja utilizada para os materiais da punção em cima da cúpula da incubadora. (Nota de campo Girassol – observação)

A cúpula da incubadora enquanto apoio foi frequentemente adotada neste plantão por todos da equipe assistencial. Médico apoiando estetoscópio, enfermeiro e técnicas apoiando objetos utilizados para o desenvolvimento de procedimentos. (nota de campo Azaleia – observação)

Em relação à manipulação, os enfermeiros reconhecem que a dinâmica assistencial das UTINs implica em excessiva manipulação do RN, aspecto que contribui com o estresse do mesmo, com consequências a sua organização, sono e desenvolvimento, atual e futuro.

Mencionam identificação de evidências positivas quando investem na redução da manipulação do RN, como o ganho de peso e a maior duração e qualidade do sono. Diante disto, referem que orientam a sua equipe de enfermagem quanto a este cuidado. Percebe-se nas narrativas ser um aspecto que chama a atenção do enfermeiro longitudinalmente, mencionando, alguns, ser de tempos que se atentam a tal questão.

No bojo desta temática, alguns enfermeiros tematizaram o banho. Acreditam ser ele um dos momentos assistenciais que estressa o neonato em função da forma como é feito; dentro da incubadora, com o uso de algodão. Entendem que se fosse feito de imersão em banheira poderia ter o efeito contrário, de relaxamento, agiria como uma hidroterapia. Além disto, questionam a necessidade da intensidade com que é feito na UTIN. Desta forma, expressam o desejo de poder efetivar transformações na sua execução, quando alguns poucos verbalizam a autonomia em tomadas de decisão, reforçando ser esta uma questão de competência do enfermeiro.

*Eu estou observando isso faz vários anos, que o horário do banho é muito estressante, os bebês choram demais e eles não gostam da manipulação. Quanto mais a gente manipula o bebê ele fica mais estressado. Então a gente está tentando no meu plantão pelo menos diminuir a manipulação, pra diminuir o estresse do bebê e com isso aumenta o ganho de peso, melhora tudo, todas as funções, metabolismo, melhora tudo. E o banho que é um horário que eu quero mudar, de conduzir. Porque antes falava que o banho fazia perder peso, eu só liberava acima de um quilo e meio. Agora já mudou, não é verdade, a gente pode dar um banho morno na banheira, com hidroterapia sem perder calor. (E7)*

*Olha...os prematuros eles precisam daquela manipulação mínima e eu acho que é muito importante, então às vezes eu peço pra não darem o banho à noite...que nem hoje que tem uma criança nessa situação né, baixo peso*

*extremo, então a preocupação da técnica é banho e às vezes não tem esse olhar mais clínico que vai desestabilizar, então assim o cuidado direto do enfermeiro é fazer essas observações. (E4)*

Embora a maioria compreenda malefícios na manipulação excessiva e afirme buscar executar medidas que proveem relaxamento, foi habitual observar uma manipulação desagrupada, sequencial e constante. A cada momento um profissional faz um cuidado e retorna incontáveis vezes ao RN, manipulando-o com constância, inclusive enfermeiros e sua equipe. Nenhum membro da equipe profissional aparenta se dar conta deste hábito e, os enfermeiros, apesar de terem verbalizado responsabilidades nesta direção, não efetivam ação para contribuir com uma manipulação do RN diferente.

A médica havia acabado de examinar a criança, o enfermeiro lava suas mãos e direciona-se à criança para realizar o “seu” exame físico, ao longo do qual a médica avisa que pediu exame. Ele para a realização do exame físico e vai providenciar os materiais para a coleta do mesmo, e a executa prontamente. Depois de dar os encaminhamentos necessários ao exame, retorna à criança para terminar o exame físico. No desenrolar desta cena, não percebi qualquer preocupação de agrupar cuidados, nem de sustentar o que justificou tal atitude, exceto o hábito de ir fazendo, sem a preocupação de agrupar cuidados. Em outras observações, com outros enfermeiros e sua equipe o mesmo acontece. Cumprir procedimentos e atender prescrições médicas parecem ser o eixo central do fazer da equipe de enfermagem, sem reflexões acerca do das manipulações e seus desdobramentos, efetivando as de forma desagrupada contuamente. A impressão é de que nem se dão conta de tal questão. (nota de campo Girassol – observação)

Examina um RN, sendo carinhoso na manipulação. Depois já faz evolução e checa exames. Divide essa função com o enfermeiro em treinamento, porém, houve casos em que examinaram e manipularam o mesmo RN de três a quatro vezes. Na conversa entre eles, nenhum fez qualquer observação acerca deste fato. (nota de campo Azaleia – observação)

Considerando o entendimento que possuem sobre CD apontam e exemplificam na entrevista ações que praticam em seu cotidiano de trabalho, destacando: realização de ninhos e intervenções junto ao posicionamento com predileção à postura flexora e atenção ao conforto da criança na posição; uso do toque suave nas manipulações; esforços para reduzir estímulos nocivos e para minimizar e tratar a dor. Justificam que essas ações favorecem o desenvolvimento da criança, tanto neurológico quanto motor, e têm reflexos na vida adulta.

*Ah o toque no pegar o bebê agressivamente, ter uma delicadeza, virar o bebê certo quando for pegar, sustentar a cabeça, pegar no corpinho, né...sempre sustentar ele, não virar ele de uma vez, ver a posição do bracinho quando se coloca em prona, que jeito que fica os bracinhos, que fica as perninhas, a cama, ter um ninho bem confortável porque dependendo do jeito que você deixa a cama vai prejudicar esse desenvolvimento, as perninhas do jeito que você vai colocar ela dentro da incubadora. (E3)*

*A questão do posicionamento, o ninho, que eu acho que é uma coisa que ainda vai entrar em discussão aqui, que ainda vai ter treinamento, tudo. Mas no geral assim, os bebês são mal posicionados aqui, né? Então eu acho que isso, eh, faz parte do nosso cuidado também, porque é uma coisa que vai refletir no desenvolvimento motor do bebê, de dor, de... enfim, né? Bebê que num fica bem*

*posicionado ele conseqüentemente vai ter algum problema do desenvolvimento motor, um pouco mais pra frente. Motor físico, mesmo, né? (E5)*

*Até uma glicemia, um dextro no lugar certo ele vai andar corretamente. Eu vi uma reportagem de um bebê andando na ponta do pé porque fizeram o dextro no meio do calcâneo. (E7)*

Apesar disso, durante a manipulação do RN, existiram ocasiões onde não foi possível notar preocupação em retornar o bebê à forma confortável que estava após a realização do exame físico ou algum procedimento técnico, os deixando desorganizados.

O enfermeiro foi cuidadoso na manipulação do RN, mas após procedimentos não se preocupa em deixá-lo novamente confortável. Alguns RNs ficaram desorganizados. (Nota de campo Girassol – observação)

Ainda na direção acima, percebe-se, nas observações e registros, que a atenção à particularidade e busca das necessidades próprias a cada RN fica, no fazer do enfermeiro na UTIN, é irrevelado.

### ***Categoria temática: CD e dor***

Quando a questão algica está em pauta, percebe-se uma maior conexão entre o verbalizado e efetivado na sua prática assistencial. Nesta direção, a oferta de sucção não nutritiva durante e após procedimentos dolorosos, além de contenção e enrolamento para favorecer reorganização do neonato após o estímulo estressor, foram amplamente mencionados nas entrevistas e observados na prática das mesmas, mas não em seus registros.

Chama a atenção como osinhos estão sempre impecáveis. Ao realizarem procedimentos dolorosos, a equipe de enfermagem e os enfermeiros parecem de fato estar refletindo se o conforto está sendo provido. (nota de campo Girassol – observação)

Fala com um RN que estava nitidamente agitado: “Que braveza, (nome da criança)! Por que você está bravo assim? Vamos cobrir!”. Em seguida cai saturação de oxigênio e o enfermeiro se levanta do balcão onde estava, desliga o alarme e oferece sucção não nutritiva, pois até aquele momento o mesmo não havia parado de chorar.” (nota de campo Girassol – observação)

Outro recurso assistencial utilizado pelos enfermeiros voltado à dor é o MC, associando-o a um efeito de relaxamento e organização. Afirmam ser sua adoção um ato de CD.

*Ah, o Método Canguru é bom né, sentir o calorzinho, no momento de cólica. (E9)*

Outra ação muito presente nos momentos de potencial à dor ou em sua vigência foi a busca de efetivar uma interação acolhedora da parte dos enfermeiros. As observações demonstraram que a maior parte deles, no contato com o RN, buscou a interação visual durante a manipulação e desenvolveu conversas em tom suave e com palavras de carinho, reforçando que eles estavam percebendo o seu desconforto. Na presença materna durante procedimentos de potencial algico, tal atitude também era manifestada, com o diferencial de desejarem deixar claras a necessidade do procedimento e a não intencionalidade de nenhum dano.

Diante da presença materna, o comum durante o plantão foi que ao realizar procedimentos o enfermeiro buscasse contato ocular e verbal com o RN. As falas dirigidas a ele denotam que ele se imaginava em sua posição e,

simultaneamente volta-se a justificar/explicar a ele o motivo pelo qual a ação estava sendo desenvolvida. Como quando durante a troca do curativo do PICC, a qual estava sendo realizada na presença da mãe, fala para o neonato que estava chorando e esboçando movimentos faciais e corporais de desconforto: “*Sua mãe vai pensar que estou judiando. Calminha!! Faz manha não. Oh, tem até biquinho!*”. (Nota de campo Girassol – observação)

Como já mencionado, não é hábito registrar em prontuário diagnósticos de enfermagem articulados ao CD, nem intervenções adotadas ou prescritas pelos enfermeiros, exceto o diagnóstico “dor aguda”. Contudo, este diagnóstico aparece para todos os bebês, com intervenções semelhantes. Diante da análise dos prontuários, somente um registro foi constatado nesse sentido, quando o não alcance do conforto da criança foi relatado, e as medidas com vistas a amenizá-lo foram listadas enquanto ações desenvolvidas para tal fim, conectadas de certa forma com a prescrição de enfermagem, quando registra a realização das medicações prescritas para dor, conforme prescrição médica.

Noto que o diagnóstico de enfermagem “dor aguda” se repete diariamente em todas as prescrições de enfermagem para todos os pacientes. As intervenções também se assemelham, sempre baseando-se nas medicações prescritas pelo médico e na realização de escala de dor a cada 4 horas (feita pelos técnicos de enfermagem e registrado na folha de controle de enfermagem).

Não encontrei mais registros que comentem manobras realizadas no ambiente pensadas para o CD, exceto um registro feito por um enfermeiro com o intuito de conforto para um RN com feição de dor, transcrito a seguir: (*Prontuário 6, dia 20/09*) *RN manteve-se estável hemodinamicamente durante o plantão, porém, bastante*

*chorosa, irritada à manipulação, agitada, realizada as medicações CPM e medidas de conforto, como: massagem corporal, luz apagada e mamãe canguru, houve pouca melhora. Segue sob cuidados. (nota de pesquisa)*

### **Categoria temática – CD e pele**

O CD não abarca, no entendimento dos enfermeiros deste estudo, os cuidados com a pele da criança. Contudo, os mesmos efetivam intervenções com vistas a manter a integridade deste tecido e uma das Unidades conta com equipe para intervir neste momento. Destaca-se, dentre as ações: uso de produtos/recursos para a retirada de adesivos/fixações; disponibilidade de recursos atuais para a realização de curativos como cavilon®, tegaderm®, placa de hidrocloide e estomahesive®. Todavia, a avaliação e a preocupação com a hidratação da epiderme pareceram insuficientes. Na observação foi comum perceber crianças com a epiderme ressecada e raras foram as condutas testemunhadas nesta direção ou registros de intervenções com este fim. Ademais, o exame físico diariamente desenvolvido não pareceu despertar para tanto. Contudo, algumas vezes observaram-se os técnicos comentando o sinal e questionando o enfermeiro acerca de alguma intervenção.

A integridade da pele e tissular constitui um núcleo de preocupação dos enfermeiros desta UTIN e nas distintas observações realizadas percebe-se diálogos nesta direção. Contudo, hoje chamou-me a atenção a não percepção do ressecamento da pele. O ressecamento é pormenorizado em relação à lesão em si? (nota de campo Girassol - observação)

Em vários momentos de atuação do enfermeiro deste plantão houve preocupação com a integridade da pele dos RNs, seja aquela lesada ou propensa a. Neste sentido, as ações que costuma adotar são: orientações



verbais à equipe de enfermagem do como proceder, busca de opiniões e pareceres de outros profissionais da equipe para pensar a intervenção. Preocupa-se em fazer com que tal informação seja veiculada na passagem de plantão, quando salienta: “Cuidado com a pele porque íleo corrói, né? Cavidon, placa de hidrocoloide, hidrohesive e saco coletor. Foi chamado comissão de curativo para avaliar.” (nota de campo Azaleia – observação)

Por comentário da técnica de enfermagem, pede que médica prescreva algo para períneo hiperemiado. Já havia feito exame físico naquele RN, por que não tomou essa decisão? Por que partiu da funcionária? Não sabia que estava sem tratamento? O mesmo também tem a pele ressecada, mas nada foi feito em relação a isto. (nota de campo Azaleia – observação)

Nos registros em prontuário, o cuidado com a pele e lesões da mesma é descrito de forma descontínua, pontual e sem evoluções cronológicas. Usualmente está registrado o relato da lesão com classificação em grau e tratamento adotado, porém raras são as vezes em que aparecem informações conseguintes ao primeiro registro de lesão. Ainda nesta direção, entre as intervenções mais adotadas em uma das instituições está o acionamento da denominada Comissão de Curativos, recurso institucional, formado por distintos profissionais que avaliam e indicam a terapêutica a ser adotada.

Há vários registros das lesões, principalmente aquelas localizadas no períneo. Mencionam o aparecimento da lesão, descrevem até mesmo o grau e as medidas cabíveis (tratamento e acionamento da Comissão de Curativos), mas quando passo a leitura para as evoluções seguintes, não vejo mais nenhum registro relacionado à lesão inicial. Ou seja, abrem um diagnóstico de

enfermagem, desenvolvem ação para ele, mas não possuem uma avaliação estruturada para seu seguimento. O comum é que depois de vários dias, alguém volta a registrar sobre a lesão de forma pontual e novamente tal informação desaparece. Quando a Comissão indica algum tratamento/curativo, sempre que aplicado pelo enfermeiro há registro detalhado do procedimento, como se nota no trecho extraído de um prontuário: *(Prontuário 7, dia 09/09) 18h36 - Solicitado à enfermeira [nome da enfermeira] (comissão de curativos) para avaliar estoma de RN. A mesma avalia e realiza curativo aplicando cavilon® em pele, placa de hidrocoloide em abdome expondo estoma e aplicando stomahesive® em volta de estoma cpm. Após, colocado coletor de urina como bolsa coletora até providenciar bolsa específica para RN. (nota de pesquisa)*

*(Prontuário 4, dia 23/09/2016) 08h18 - Apresenta lábios ressecados, com presença de fissura pouco sangrante. Oriento equipe a realizar higiene oral e utilizar Dersani para hidratação. (nota de pesquisa).*

## **5. DISCUSSÃO**

Os resultados revelam que os enfermeiros detêm conhecimentos sobre grande parte dos aspectos implicados no CD, reconhecem o mesmo como relevante a uma prática de qualidade e segura ao RN e sua família e desejam ampliar sua presença na prática assistencial. Contudo, há incongruências entre o verbalizado e o executado, assim como incipiências importantes no registro de sua atuação no que se relaciona ao CD. Diante de tal contexto, é interessante trabalhar tal situação diagnóstica, com vistas à ampliação do CD na prática assistencial do enfermeiro, nas UTINs. Um dos caminhos indicados pelo Ministério da Saúde nesta direção é a educação permanente (EP), uma vez que se pauta no trabalho reflexivo, buscando a transformação da prática a partir de investimentos na visão crítica em relação ao

executado cotidianamente (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b). O processo favorece interações com aqueles envolvidos na EP e com o que é exposto por eles, aspecto que pode desencadear reflexões internalizadas ao próprio sujeito. Diante disso, podem surgir novas significações com desdobramentos às ações. Os integrantes da EP são estimulados a se relacionarem em complementaridade/interdependência, movimentando conhecimentos e percepções, fato que possibilita avanços (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2010).

Especificamente os enfermeiros deste estudo trazem as dimensões centrais do CD, mas, de forma global não as executam, nem registram. Frente a isto, um núcleo interessante de ser refletido e que pode dar vazão a transformações é o uso do processo de enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE é uma atividade realizada pelo enfermeiro que subsidia a prescrição e a implementação das ações de Assistência de Enfermagem, o método é composto por cinco fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação e avaliação. Permite a organização da assistência de enfermagem e contribui para um cuidado individualizado, humano e pertinente às necessidades dos sujeitos sob o cuidado dos enfermeiros (OLIVEIRA et al., 2012).

A individualização do cuidado na UTIN como meio de alcançar o bem-estar da criança foi verbalizada pelos enfermeiros deste estudo e está descrita na literatura (KLOCK; ERDMANN, 2012; MELO et al, 2013). Incorporar os preceitos do CD na UTIN é estratégia de atenção humanizada ao recém-nascido, a seus pais e família. É vital que a assistência de enfermagem invista no atendimento das necessidades daqueles que são por ela cuidados (PELZANG, 2010), e a SAE potencializa tal alcance (FAEDA; PERROCA, 2016).

Embora a SAE seja integralmente assumida e realizada em uma das UTINs deste estudo, e estar em implementação na outra, denotando investimento institucional nesta direção, ela ocorre de forma incipiente. Assumir a SAE requer explicitar reflexão clínica e crítica contextualizada na assistência prestada, com nítida articulação entre todas as etapas do processo de enfermagem. É necessário conseguir identificar, nos registros de enfermagem, a correspondência entre todas as etapas, investigação e diagnóstico de enfermagem, planejamento e prescrições de enfermagem, anotações e evolução de enfermagem. Assim como acompanhar os desdobramentos frente aos desfechos buscados. Ou seja, evoca-se o raciocínio clínico e gerencial no desempenho da prática assistencial, a gestão do cuidado.

Posto isto, ficam reflexões acerca do significado da SAE para os enfermeiros, pois os mesmos a executam (nas fases adotadas pelas instituições), contudo de forma protocolar, sem incorporar as particularidades das necessidades daqueles que estão sob seus cuidados. Acatam as sugestões apresentadas pela formatação prévia do sistema informatizado para diagnósticos e intervenções de enfermagem, com uma quase ausência de diagnósticos e, conseqüentemente, intervenções que remetam ao CD.

Romper com a mera replicação das sugestões do sistema informatizado demanda assumir compromisso com o CD, ou seja, ele precisa ser significado como um estruturante de seu fazer e, ao assim ser, naturalmente se manifestará em seus atos e registros. Tal significado ainda está incipientemente acomodado, carecendo que o enfermeiro vivencie interações que os provoque a tomá-lo como de fato central à qualidade e humanização do cuidado.

Tal realidade está refletida em sua equipe, a qual checa suas prescrições sem uma leitura pormenorizada. Talvez isto ocorra por não identificar nela um recurso que contribua para a individualização do cuidado, ou não tenha sido alertada para as questões que o CD traz à tona diante da assistência na UTIN. É dever de o enfermeiro tomar tal situação e investir para modificá-la, sobretudo se ele realmente assume o CD como um direcionador assistencial.

Prover aos enfermeiros interações que apresentem de forma densa e tensa símbolos relacionados ao CD pode vir a ser um estímulo que promova efeitos no *self* e transforme o significado de CD e do papel da SAE e do enfermeiro na efetivação do mesmo. O que significa para eles a SAE? Como ela se articula com um cuidado individualizado? Qual relação possui com o CD? As EPs, como apontado acima, podem ser um recurso interventivo. Deixa-se a sugestão de que nela se evidencie o diagnóstico situacional da SAE, assim como os desrespeitos e possíveis danos diante da prática assistencial que adotam no que se relaciona ao CD. Isto pode favorecer transformações, em especial por terem eles afirmado que o CD volta-se ao bem-estar, à não provisão de estresse, além de afirmarem que o CD é um aspecto que envolve o enfermeiro e sua responsabilidade.

Em termos de novos estudos, pode-se sugerir que analisar o significado atribuído pelos enfermeiros à SAE seria um passo relevante para qualificar a assistência de enfermagem e seu registro nas UTINs, inclusive buscando a articulação que identificam com as recomendações do CD.

Faeda e Perroca (2016), ao desenvolverem um estudo descritivo com abordagem qualitativa e documental, sobre a concordância entre as prescrições de enfermagem e as necessidades de cuidados dos pacientes, chegaram à conclusão de que muitas instituições brasileiras vêm utilizando a documentação eletrônica para registro do cuidado aos pacientes. Contudo, apesar dessa ferramenta favorecer o direcionamento do trabalho, nota-se frequente cópia das prescrições anteriores, favorecendo a reprodutibilidade acrítica das mesmas, com necessidades de cuidados parcialmente contemplados e desatualizados. Dizem ainda que essa omissão pode trazer influências à qualidade de cuidado ao paciente, uma vez que interfere na tomada de decisão. Esses achados corroboram os dados obtidos neste estudo, como já discutido acima.

Moreira et al (2012) entrevistaram enfermeiros de uma UTIN do Ceará, de forma a explorar dificuldades e contribuições da SAE na UTIN, pela percepção dos enfermeiros concluíram que sua realização confere segurança e otimização ao cuidado do RN, mas a falta de formulários específicos para o registro dificulta sua implementação e a compreensão da equipe de enfermagem sobre a mesma, assim como a demanda de outras atividades e falta de recursos humanos. Ela foi percebida como essencial para subsidiar o trabalho da enfermagem, além de conferir credibilidade ao mesmo e manter os profissionais informados.

Nos relatos dos enfermeiros deste estudo, palavras como integralidade, especificidade e individualidade foram utilizadas para conceituar CD. E, diante deste desafio assistencial, esses enfermeiros reconhecem a valorização de outros profissionais para conseguir buscar atender às necessidades dos sujeitos cuidados. Assim, deram destaque à oportunidade de contar com o fisioterapeuta no quadro assistencial da UTIN. O trabalho multiprofissional potencializa as ações individuais, com vistas a suprir as limitações de cada profissional e complementar o atendimento às necessidades de saúde específicas de cada RN e, de certa forma, fortalecendo a dimensão cuidadora (DUARTE; SENA; XAVIER, 2009). Para tanto, é necessário buscar uma ação conjunta dos profissionais de saúde, somando o trabalho do enfermeiro aos demais profissionais de saúde, considerando seus múltiplos olhares e saberes, de forma a integralizar o cuidado que almejam (ALVES, 2012; DUARTE; SENA; XAVIERI, 2009). O CD ganha potência de efetivar-se na UTIN, quando a instituição reconhece e dá suporte a tal aspecto. Terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, musicoterapeutas, assistentes sociais

e psicólogos são alguns dos profissionais que podem vir a somar às equipes assistenciais de UTIN, tradicionalmente ancoradas e limitadas ao médico, enfermeiro e sua equipe.

Os enfermeiros aqui estudados detêm uma disponibilidade restrita de outros profissionais na realidade das UTINs em que trabalham. Uma das UTINs tem vivenciado maior proximidade com o profissional fisioterapeuta, quando os enfermeiros destacaram na ação de tal profissional, o uso da música, da água e a técnica de massagem shantala. Cabe destacar, porém, que tais intervenções estão na forma como foram adotadas, na autonomia da prática assistencial do enfermeiro, podendo ter sido intervenções prescritas e executadas também por eles.

Ficam questionamentos se eles significaram deter autonomia para tanto, pois foram notórios a valorização e o reconhecimento aferido a tal profissional no desempenho destas intervenções. Será que os enfermeiros detêm tal entendimento, ou seja, que aquelas intervenções estão no escopo de sua atuação? Estudos podem explorar quais diagnósticos e prescrições de enfermagem o enfermeiro pondera ao considerar o CD na UTIN. De qualquer forma, ter a presença do fisioterapeuta na UTIN foi significada pelos enfermeiros deste estudo como a garantia de que ações em direção ao CD estão sendo efetivadas. Pergunta-se, diante disto, quais são as situações relativas ao CD que os enfermeiros consideram ser relevante à integração com outros profissionais? Por quê? Como? Responder a tais indagações pode se constituir em conhecimento que amplia a compreensão do CD e a prática assistencial do enfermeiro que não foi possível de ser atingida pelo desenho deste estudo. Esta nuance da interdisciplinaridade ainda é carente de discussão e merece explorações científicas, pois há sugestibilidade de que cada profissional faz isoladamente a sua ação, e o cerne da interdisciplinaridade perde seu sentido e valor. No âmbito do CD, a interdisciplinaridade é de muita contribuição e precisa ser amplamente buscada no cotidiano assistencial. Para Duarte, Sena e Xavier (2013), uma assistência orientada para a integralidade requer o envolvimento da equipe multiprofissional, mas também da família, aspecto que foi pautado pelos enfermeiros deste estudo.

No que tange à família, os enfermeiros detêm a clareza que precisam qualificar o cuidado exercido, uma vez que a integração da família à prática assistencial é um preceito do CD. A família foi mencionada como fundamental para o desenvolvimento da criança, em especial por representar acolhimento afetivo a

ela. Dessa forma, afirmam ser a favor de sua permanência na UTIN, sobretudo a mãe. No entanto, foi notório e verbalizado que a presença dos pais na UTIN gera desconforto e incômodo a eles. Denota-se que se sentem inaptos para lidar com a família, em especial com a demanda informacional que é constantemente reclamada. Diante dela, a atitude manifesta foi de evitá-los e/ou não favorecer interações que efetivem diálogos.

Apesar disso, reconhecem a si como alguém que luta pela ampliação da presença da família na UTIN, sobretudo por identificarem contribuições ao vínculo e apego. Esse dado vai ao encontro de uma revisão desenvolvida em Portugal que discutiu a emocionalidade no ato de cuidar do RN. Nela, os pais reconhecem nos enfermeiros aquele que faz, na UTIN, a gestão emocional, da comunicação efetiva e do apoio informacional, além da promoção da vinculação e das competências parentais (FERNANDES et al, 2014).

Outra revisão de Salimena et al (2012) explora a comunicação entre enfermeiros e pais de RN de UTIN e identifica estar nas ações de escuta, quando atenta e sensível, a redução de sentimentos como ansiedade e medo dos familiares. Mas que informações concedidas aos pais, durante o período de hospitalização do filho, podem não ser compreendidas em virtude dos momentos que estão a viver, sob estresse. O que explica a demanda informacional com repetição dos mesmos questionamentos. Ainda afirmam ser fundamental oferecer o conforto necessário à família e oportunizar momentos para o levantamento de novas questões. Contudo, trazem ser estratégia de enfrentamento dos enfermeiros o distanciamento da família, em atitude defensiva de preservação pessoal, fato que guarda aproximação com o comportamento dos enfermeiros deste estudo.

Estudo voltado à experiência materna na UTIN revelou que as mães têm no profissional da UTIN alguém que se dirige a ela para transmitir informações, reforçar o comando dele e explicitar a necessidade de obediência, além de evitar o diálogo. Diante disto as mães sentem-se expectadoras do cuidado do filho e vivenciam suporte profissional insuficiente na UTIN (Wernet et al, 2015).

Os achados de Custodio et al (2016) corroboram Wernet, onde afirmam ser usual negar a participação materna nas etapas decisórias em relação ao filho. Diante dessa situação, vivenciam sentimentos de coação, não pertença ao filho e de ser a UTIN um ambiente do profissional. Além disso, sentem medo à medida que

são responsabilizadas pelo cuidado do filho e devem estar vigilantes ao seu estado de saúde.

Neste estudo, a receptividade à mãe é diferenciada no contexto de empenho para efetivar o AM, quando ampliam sua permissão de permanência e/ou inserem ações relativas ao MC. Contudo, há fragilidades em vistas das limitações de acolhimento da família na UTIN e de um suporte ao AM inespecífico ao binômio mãe-filho.

Uma revisão publicada em 2013 acerca da manutenção do aleitamento materno de RNPT confirma ser o apoio e o estímulo do enfermeiro ao AM especialmente necessários, a fim de auxiliar as mães a manejar problemas precoces no estabelecimento do AM, sobretudo, nos momentos iniciais (RODRIGUES et al, 2013). Além disso, a prática precoce do contato pele a pele e a afetividade entre mãe e filho são fatores preponderantes para o êxito da AM, como apresentado por outra revisão de literatura sobre a percepção materna diante do AM do filho prematuro (ARMANDO et al, 2016). Para tanto, reforçam a permanência dos pais na UTIN, estimulando o toque e a conversa com o bebê, o que traz efeitos positivos ao AM, desenvolvimento e crescimento da criança (RODRIGUES et al, 2013; ARMANDO et al, 2016).

Contudo, o espaço físico e o não consentimento médico a respeito da presença da família na UTIN foram frequentemente trazidos nas falas dos enfermeiros deste estudo. Foi aparente o desejo de fazê-lo de outra forma, mas, sob a alegação de estarem submissos à classe médica e limitados pela planta física, não transformam a situação com a qual não coadunam. Essa questão foi esplanada no estudo de Frota et al. (2013), onde afirmam que o modelo assistencial da UTIN vem se transformando, de forma a sustentar a permanência integral dos pais ao lado do filho hospitalizado, mas que essa dinâmica ainda tem se mostrado diferente, justificada pela realização de procedimentos invasivos, horário da visita médica, espaço físico limitado e pela escassez de recursos humanos.

Em defesa, o MC foi citado como recurso favorável ao estímulo do AM, em uma revisão integrativa, com evidências que o contato pele a pele com o filho traz impactos positivos sobre a liberação de ocitocina, que por sua vez, tem papel importante no comportamento materno, com efeitos benéficos ao seu humor, de forma a facilitar o contato e o relacionamento afetivo com o bebê (SOUTO et al, 2014).



No estudo de Zulin et al (2015), relata-se ser fundamental estar atento às necessidades maternas, bem como aos seus sentimentos e atitudes, com buscas a compreendê-las, sanando suas dúvidas e promovendo o vínculo com o bebê de forma humanizada, diminuindo o sentimento de exclusão pela permanência do filho na UTIN. Ainda, destacam a relevância do apoio da equipe multiprofissional nesse processo, a fim de avaliar a prontidão oral nos processos de translação. Recurso não mencionado pelos enfermeiros das UTINs deste estudo.

A família e o AM precisam ganhar um sentido diferente para os enfermeiros, pois apesar de deterem um caráter essencial à criança e seu desenvolvimento, são incipientemente acolhidos e suportados na UTIN.

Dessa forma, insuficiências neste sentido podem trazer desdobramentos para a prática do AM, como inferido por Abreu et al. (2015), ao concluírem que o contexto relacional da UTIN por vezes desperta a mãe para a criticidade do estado clínico da criança e o ganho de peso através da fórmula como recurso nutricional, tomando destaque frente às questões do AM. As mães entrevistadas por Abreu pouco tinham a relatar sobre a prática do AM e o apego ao filho.

O enfermeiro precisa qualificar sua atuação neste contexto e, para tanto efetivar interações dialógicas com vistas à singularidade das situações. Dessa forma, investimentos em elementos que agreguem um simbolismo diferente em relação ao motivo pelo qual devam se aproximar de famílias e de seus planos e práticas de AM podem ser um primeiro passo. É urgente tencionar o entendimento acerca das limitações (espaço físico e ordem médica) e diluir seu simbolismo enquanto força que recua o enfermeiro na aproximação deste contexto e do interesse em conhecer a singularidade para efetivar intervenção.

A prática assistencial do enfermeiro é bem marcada pelas rotinas preestabelecidas pela Unidade, as quais guardam íntima relação com a prática dos médicos. A prática assistencial do enfermeiro/enfermagem precisa integrar-se à do médico, mas não ser dirigida e direcionada por ela. São as necessidades do RN e sua família que devem assumir tal papel, respeitando a missão e filosofia institucional. Tal questão precisa ganhar transformações nos cenários do estudo, com vistas a não tolher a prática assistencial do enfermeiro.

Tomando o referencial teórico deste estudo, o aqui revelado conecta-se com a conversa internalizada no *self* e que direciona o ato. No caso dos enfermeiros deste estudo, as interações com o médico, as normas e diretrizes institucionais

abafam os efeitos das interações com o RN e sua família, e do enfermeiro enquanto si mesmo, seus valores e princípios. Ou seja, o “mim”, fase analítica que pondera o outro relacional, ao interagir com a fase analítica “eu”, aquela que toma a si como referência principal e detém caráter impulsivo, faz surgir e manter um *self* ancorado fortemente no atendimento do médico e de diretrizes institucionais, igualmente impregnadas de valores biologicistas. A força da interação com estes outros sociais faz subsumir os efeitos das interações com os demais elementos sociais e que poderiam ter papel de tencionar tal manifestação.

Os dados obtidos neste estudo permitem apontar que os enfermeiros reconhecem a importância da presença da família e vivenciam limites para fazê-la copartícipe do cuidado ao RN na UTIN.

Outro grande núcleo de atenção revelado pelos enfermeiros e que integra o CD foi o posicionamento do RN, com destaque à grande preocupação e cuidado com a confecção dos ninhos e busca do conforto e organização na postura flexora. Atentam-se a suas preferências e agem em conformidade com elas. São cuidadosos em termos de toque e contato com a criança, buscando suavidade e doçura na manipulação e nas conversas.

Nos relatos, demonstram preocupações com o ambiente em termos de estímulo danoso, quando destacam necessidade de cuidados relacionados com a luminosidade, ruído e manipulação. E, de forma articulada, adicionam a questão da relevância do sono. Todavia, nas observações, há dissonâncias entre o verbalizado como importante ao cuidado e o efetivado, assim como ficam novamente incipientes os registros de enfermagem nesta direção.

Silva, Mandetta, Balieiro (2015) exploraram em um estudo a ação de cuidar de técnicos de enfermagem em relação ao sono e à vigília dos RNPTs e observaram ser a meta dos profissionais a manutenção de uma rotina ao prematuro, com horários rígidos para alimentação, trocas de fraldas, e sono, nem sempre lhes garantindo sua individualidade, distanciando do preconizado pelo modelo do CD, assim como constatado neste estudo. Contudo, apontam que ações pensadas no CD são influenciadas pelos conhecimentos e vivências passadas, o que requer do profissional responsabilidade na elaboração de um cuidado holístico, atualizado e com o compromisso na aplicação diária.

Há estudos que permitem inferir que o tempo de sono do prematuro é menor, quando não ocorre o manejo do ambiente. Ações simples como, redução do ruído,

da luminosidade e da manipulação são ações simples que deveriam ser protocoladas na prática clínica, com a finalidade de promover e proteger o sono dos neonatos hospitalizados frente às suas demandas, quando se pensa no cuidado individualizado (ORSI et al, 2015).

Quanto à manipulação, esta foi em grande parte dirigida pela rotina estanque das unidades e pronto-atendimento às solicitações médicas, sobretudo em termos de exames laboratoriais. Não se evidencia uma reflexão que pondera a necessidade das ações serem prontamente efetivadas, ou de qualquer tentativa em realizar agrupamentos com a intenção de diminuir a exposição a manipulações. Contudo, ao evidenciar, posteriormente, sinais nítidos de estresse e/ou dor articulados à manipulação, os enfermeiros denotam certa reflexão acerca de sua contribuição para tal quadro. Entretanto, tal passado vivido não é tomado para decisões no presente, ou seja, não se identifica o apontado no referencial teórico do estudo em termos de aplicação deste passado vivido para definir a situação no presente (CHARON, 2010). O *self* é mediador deste processo, e algo acontece que o simbolismo da manipulação e do estresse ao RN não é integrado às tomadas de decisão relativas a esta dimensão da prática assistencial.

Estudo de Pereira et al. (2013) destaca a relevância do RN e suas necessidades serem concebidas como organizador da prática assistencial, e que as manipulações deveriam ser realizadas de forma individual, quando agrupadas, pensadas de forma sistemática, sem acúmulo de procedimentos altamente dolorosos e estressantes de uma única vez. Tal recomendação está integrada de forma incipiente à prática assistencial dos enfermeiros aqui observados.

Com relação ao evento álgico, há preocupação dos enfermeiros com a identificação da dor e com uso de medidas não farmacológicas e farmacológicas, sobretudo diante de procedimentos invasivos, com destaque à punção venosa, fato que vai ao encontro de estudos contemporâneos junto à UTIN (COSTA; CORDEIRO, 2016; CRUZ et al, 2015). Assim como enfermeiros de UTIN de um hospital paulista (CRESCÊNCIO et al, 2009), os deste estudo utilizam como parâmetros para avaliar a dor no RN, predominantemente a expressão facial, choro, agitação e alterações nos sinais vitais. Também recorrem a métodos não farmacológicos como sucção não nutritiva e acolhimento contentor. O estudo de Presbytero (2010) afirma ser necessário o uso de escala de dor, a fim de analisar os parâmetros comportamentais associados a algumas respostas fisiológicas à dor.

Medidas como a redução da manipulação e agitação desnecessária, promoção da organização do RN e dos estímulos estressores, sendo eles ruídos e luminosidades, foram cuidados trazidos pelo autor como importantes para controle da dor, além de serem de baixo custo.

Para este estudo, a compreensão da relevância de se tratar a dor está incorporada à prática assistencial do enfermeiro, apesar de ele não realizar o registro de tal fato. A documentação acerca do diagnóstico de enfermagem dor precisa ser qualificada. E cabem as reflexões do início destas discussões em termos do simbolismo que o registro oficial tem para os enfermeiros. Qual representatividade é esta? Explorações científicas nesta direção ampliariam compreensão e contribuiriam com o CD.

Outra dimensão do CD que aparece neste estudo é a relativa ao cuidado com a pele do RN, sobretudo os pré-termos. A pele do prematuro possui características diferentes de neonatos a termo, as quais a torna mais suscetível a desordens: um tecido fino, por menor espessura das camadas que o compõem, com pouca coesão celular dermoepidérmica, menor desenvolvimento de anexos cutâneos e menor quantidade de colágeno e elastina potencializam o risco de lesões; e a menor quantidade de tecido adiposo implica em menor termorregulação, principalmente pela redução de gordura marrom disponível. Tal realidade pode trazer complicações devido às rotinas assistenciais na UTIN, que incluem banhos (por vezes prolongados e com uso de sabonetes) e inúmeros procedimentos invasivos. Esses procedimentos podem ser responsáveis por alteração do pH da pele, perda de calor e infecções por rompimento da barreira de proteção (OLIVEIRA et al, 2015).

O papel do enfermeiro é garantir a integridade da pele do RNPT, quando se destaca a necessidade de conhecer as alterações fisiológicas próprias deste contexto e manipular de forma consciente, com vistas a evitar danos até que a maturação seja alcançada, além de padronizar procedimentos e protocolos, incluindo-os na SAE. Entre os cuidados diretos para preservação da integridade cutânea podem ser ressaltados a mudança de decúbito, proteção de proeminências ósseas e locais com adesivos fixadores com placas de hidrocoloide, realizar cuidados que reduzem perda de água e calor, evitar punções repetitivas, uso de emolientes, manter pele limpa e seca, rodiziar sensores, realizar cuidados com o coto umbilical e prevenir extravasamentos e infiltrações de medicamentos

(SCHAEFER; NAIDOM; NEVES, 2016; SANTOS; COSTA, 2015). Embora os enfermeiros deste estudo tenham a preocupação em evitar lesões de pele, com orientações para o uso de proteções como a placa de hidrocoloide, rodízio dos sensores de pulsos e mudança de decúbito, é comum direcionarem intervenções somente após a lesão já estabelecida. Além disso, durante o exame físico, o ressecamento da pele pareceu não despertar a atenção do enfermeiro.

Um estudo na Malásia encontrou pouca diferença entre o conhecimento de enfermeiras com e sem especialização em cuidados neonatais, o que pode ser relacionado à limitação de abordagem na temática do cuidado com a pele ou à dificuldade do primeiro grupo em articular a prática com a teoria. Para o grupo como um todo parece haver conhecimento sobre como fazer, porém sem identificar os fundamentos por detrás da decisão ou mesmo as causas dos problemas de pele (MOHAMED et al, 2014).

Outra pesquisa com enfermeiros de UTIN, também baseada em entrevistas e observação da assistência, corrobora os resultados do estudo em questão, ao identificar que há conhecimento profissional acerca do cuidado com a pele, mas a valorização de necessidades que entendem ser de cunho vital e a sobrecarga ambiental e de trabalho causam, na prática, pouca atenção e dedicação acerca deste tema. Apontam como possível solução o desenvolvimento de diretrizes para efetivação da SAE, com oferta de cuidado individual (ROLIM et al, 2008).

Os enfermeiros deste estudo atuam diante da pele ou tecido lesado, mas pouco explicitam em termos de atenção ao diagnóstico de enfermagem, risco para integridade da pele prejudicada e, quiçá, sua articulação com o CD. Estudos teóricos que exploram tal diagnóstico de enfermagem e o fazer do enfermeiro densificariam evidências disponíveis neste âmbito.

Percebe-se, pelo exposto nas discussões, que os enfermeiros conhecem as principais balizas do CD, mas não as trazem com plenitude em suas atitudes, quiçá em seus registros. Um estudo de caso que discutiu a promoção da saúde do RN e sua família apontou que a efetivação da assistência pode ser dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho e falta de sensibilização dos profissionais, atrelado à ausência de reflexões acerca dos paradigmas de atenção à saúde (OLIVEIRA et al., 2009). E destacou ser fundamental ir para além do corpo biológico adoecido da criança e enxergá-la em suas dimensões

biopsicossocioespíritual, o que implica ao profissional responsabilidade para assumir compromisso com um cuidado holístico (OLIVEIRA et al, 2009). E se adiciona ser relevante, neste contexto, renovar reflexões acerca do papel profissional e implicações sociais, inclusive aquelas relacionadas ao desenvolvimento infantil e CD, desde os tempos da UTIN.

Posto isso, há necessidade de mudanças de atitude do profissional enfermeiro no que tange à incorporação do CD a sua prática profissional e estas guardam relação com transformação comportamental. Alinhado a isto, o presente diagnóstico situacional deixa a necessidade de EP junto a tais enfermeiros na direção de um processo educativo dialógico, fortalecendo a autonomia do enfermeiro para a efetivação do cuidado, permitindo que ele tenha espaço para explorar os determinantes micro e macrosociais que estão implicados nesta questão aqui diagnosticada como de incongruência entre o saber e o fazer diante do CD, na prática assistencial destes enfermeiros de UTIN.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O uso da triangulação dos dados foi recurso de potencialidade para a análise da prática assistencial de enfermeiros na UTIN, por favorecer evidências relativas ao conhecimento (saber) e atitudinal (fazer). Permitiu afirmar que os enfermeiros detêm conhecimentos e o reconhecimento da importância do CD para a qualidade da assistência na UTIN, porém não mostram correspondência entre estes e o executado/ registrado (elementos atitudinais), em quase todas as dimensões por ele tocadas.

A maior correlação entre conhecimento e atitudinal esteve presente na assistência ofertada diante do risco ou vigência da dor. Nas demais dimensões do CD mencionadas ou trazidas na sua prática (família, ambiente, pele, manipulação, AM/nutrição), foi diagnosticada falta de correlação entre o fazer e o saber.

A família foi mencionada como fundamental para o desenvolvimento da criança, mas suas necessidades pouco acolhidas. Sentem-se responsáveis por aproximar a família e criança, mas simultaneamente inaptos para lidar com sua presença e permanência na UTIN. Além disso, vivenciam limites da gestão da unidade para fazê-la copartícipe do cuidado à criança nos períodos de UTIN.

Nos momentos em que os enfermeiros detêm a oportunidade de interação e intervenção junto à família, revelam-se com uma tímida autonomia, sustentada pela preocupação de não infringir diretrizes assistenciais, em especial nas fronteiras com a prática médica e diretrizes institucionais, como foi na questão do ato informacional junto à família ou das ações de proteção e apoio ao AM. Dessa forma, as demandas específicas de cada criança e família ficam sucumbidas, e edificam-se necessidades desacolhidas.

A questão da importância da interdisciplinaridade na prática assistencial nas UTINs, com vistas a um cuidado humano e singular a cada criança e família, foi mencionada. Todavia, apesar de reconhecerem sua relevância, não se identificou movimento da equipe, nem do enfermeiro para um planejamento de cuidado compartilhado e integrado. Nesta presença de profissões na UTIN, predominam atos isolados, pouca interface e diálogo no estabelecimento do plano terapêutico a cada criança e família.

Quanto ao ambiente, demonstraram preocupações com o seu manejo, quando destacam a necessidade de cuidados na direção da redução de estímulos nocivos e estressores à criança, assim como de atitudes deletérias ao seu neurodesenvolvimento. Paradoxalmente, a prática assistencial foi timidamente planejada e desenvolvida a partir das necessidades da criança e família, resultando em ações contraditórias ao verbalizado.

A confecção de ninhos e a promoção da postura flexora foram ações muito presentes, contudo, ao ponderarem a manipulação da criança, esta se revelou pouco agrupada.

Todas as dimensões do CD são incipientemente registradas nos documentos que concernem ao enfermeiro. Os registros revelam atenção do enfermeiro ao cumprimento das ordens médicas e das recomendações de auditoria (sobretudo em termos de custos), da valorização da dimensão biológica da criança associada a informações acerca da tecnologia assistiva dura em uso.

Tal diagnóstico situacional suscitou reflexões acerca da gestão do cuidado, com destaque ao significado da SAE e como este se articula com o CD, uma vez que há conhecimento profissional acerca do CD sem sua efetiva inserção na prática assistencial e com grandes fragilidades em termos de documentação desta nuance do cuidado.

Frente a tal diagnóstico, o estudo recomenda EP na direção de avivar reflexões sobre a prática no que se relaciona ao CD e seu registro, ou seja, fomentar a percepção do executado e criticidade em relação a ele. Tal caminho tem potencialidade de promover novas significações e, dessa forma, transformações na assistência do enfermeiro de UTIN no que tange ao CD.

Trata-se de um estudo limitado a enfermeiros de UTIN de município do interior paulista e circunscrito a uma abordagem qualitativa. Porém, permitiu elucidar como o enfermeiro incorpora em sua prática assistencial o CD, apontando possibilidades de intervenções para qualificar a assistência do enfermeiro nas UTINs, com desdobramentos ao alcance do cuidado integral e humano. E, assinala, em especial, a relevância da correlação entre saber e fazer, entre conhecimento e atitude, entre teoria e prática, aspecto que se efetiva em nó crítico no cuidado em saúde, sendo urgente investimento nesta direção. Tal investimento implica em transformações nos atos educacionais, seja na formação profissional técnica e de graduação, seja naquela direcionada à continuidade da formação. A qualidade assistencial guarda íntima relação com a manutenção e qualidade de processos educacionais.



## 7. REFERÊNCIAS

1. ABDEYAZDAN, Z.; GHASEMI, S.; MAROFI, M.; BERJIS, N. Motor Responses and Weight Gaining in Neonates through Use of Two Methods of Earmuff and Receiving Silence in NICU. **The Scientific World Journal**, 2014.
2. ABREU, F. C. P.; MARSKI, B. S. L.; CUSTODIO, N.; CARVALHO, S. C.; WERNET, M. Aleitamento materno do prematuro em domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 4. p. 968-75, 2015.
3. AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, v.16, n.1, p.167-184, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772011000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772011000100009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 fev. 2017.
4. ALMEIDA, J. M; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p.355-362, 2015.
5. ALS, H. Toward a synactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality. **Infant Mental Health J**, v.3, p. 229-243, 1982.
6. ALVES, E. F. Qualidade de vida do cuidador de enfermagem e sua relação com o cuidar. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 36-44, 2013.
7. AMANDO, A. R.; TAVARES, A. K.; OLIVEIRA, A. K. P.; FERNANDES, F. E. C. V.; SENA, C. R. S.; MELO, R. A. Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na Unidade Neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 4, p. 1-11, out./dez. 2016.
8. Laurenci, BARDIN. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011. 229p.
9. BELEI, R. A.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; NASCIMENTO, E. M.; MATSUMOTO, P. H. V. R. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cad Educação**, v. 30, n. 1, p. 187-99, 2008.
10. BETOLOSSI, M. C. et al. Os posicionamentos dos recém-nascidos no leito como prática assistencial da equipe de enfermagem. **R. pesq.: cuid. Fundam**, v. 4, n. 3. p. 2521-2528, jul-set. 2012.
11. Herbert, BLUMER. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1969.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde**. Brasília, ed. 2, 2011b.
13. \_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.
14. \_\_\_\_\_. **Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para profissionais da saúde**, v.4 Cuidado com recém-nascidos pré-termo. Brasília, v.1, 2011a.
15. \_\_\_\_\_. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso de baixo peso: método mãe-canguru**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
16. \_\_\_\_\_. Portaria GM nº 1.683. Aprova, na forma do anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2007.

17. \_\_\_\_\_. DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Informações de saúde, indicadores de saúde: nascidos vivos 1994-2012.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvSP.def> Acesso em 13 dez. 2016.
18. \_\_\_\_\_. **DATASUS.** Informações em Saúde. Nascidos vivos – Brasil [Internet]. Brasília. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> Acesso em: 01 de nov 2016.
19. \_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** 2009b. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_sgtes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2017.
20. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 2009a Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2017.
21. BYERS, J. F. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v. 28, n. 3, p. 174-80; 2003.
22. CARVALHO, J. B. L. de; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. do C. C.; DE BRITO, R. S.; DE SOUZA, N. L. Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. bras. enferm.** v.62 n. 5. Brasília Sept./Oct. 2009.
23. CELARD, A et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. **Petrópolis: Vozes**; p. 54-62, 2008.
24. Joel, CHARON. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration.** 10 ed. Boston: Prentice Hall; 2010.
25. COFEN, Código de Ética: Resolução COFEN nº311/2007. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>> Acesso em 02 de nov de 2016.
26. COSTA, R.; CORDEIRO, R.A. Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro v. 24, n. 1, 2016.
27. COUGHLIN, M.; GIBBINS, S.; HOATH, S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. **Journal of Advanced Nursing.** v. 65, n. 10. p. 2239-2248, 2009.
28. CRESCÊNCIO, E. P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L. C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev Eletr Enf**, v. 11, n. 1, p. 64-9, 2009.
29. John, CRESWELL. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches.** 3ª ed. Thousand Oaks: Sage, 2013.
30. CRUZ, C. T. DA.; STÜBE. M.; BENETTI, E. R.; GOMES, J. S.; KIRCHNER, R. M.; STUMM, E. M. Evaluation of pain in newborns hospitalized to a neonatal intensive care unit. **Rev Nurs UFPE.** Recife, v. 9, n. 7, p. 8504-11, 2015.
31. CUSTODIO, N.; MARSKI, B. S. L.; ABREU, F. C. P.; MELLO, D. F.; WERNET, M. Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2016.

32. DANIELE, D.; PINHEIRO, E. M.; KAKEHASHI, T. Y.; BALBINO, F. S.; BALIEIRO, G. M. M. F. Reduzindo o nível de pressão sonora da unidade de terapia intensiva neonatal: estratégias adotadas pelos profissionais de saúde. **REME**, v. 15, n. 2, 2011.
33. DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Rev Latino-americana Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 183-187, 2007.
34. DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; XAVIER, C. C. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 647-654, Sept. 2009.
35. DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, v. 24, p. 213-225, 2004.
36. FAEDA, M.; PERROCA, M. Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 24, 2016.
37. FERNANDES, A.; TOLEDO, D.; CAMPOS, L.; VILELAS, J. M. S. A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. **Pensar Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2014.
38. FROTA, Mirna Albuquerque et al . Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 277-283, 2013.
39. GAÍVA, M. A. M.; MARQUESI, M. C.; ROSA, M. K. O. O sono do recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva: cuidados de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 3, p. 602-609, 2010.
40. GASPARD, C. M.; MARTINEZ, F. E.; LINHARES, M. B. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 1, p. 77-85, 2010.
41. GIRALDI, A.; ZORZETTO, R. Antes da hora: cesarianas desnecessárias contribuem para o nascimento de bebês prematuros. **Pesquisa Fapesp** 228, São Paulo. p. 19-23, fev de 2015.
42. GORGULHO, F.R.; RODRIGUES, B.M.R.D. A relação entre enfermeiros, mães e recém-nascidos em unidades de tratamento intensivo neonatal. **Rev Enferm UERJ**, v.18, n.4, p.541-6. 2010.
43. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTAT (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/3548906> Acesso 07/02/2017.
44. KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Cuidado do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/ sobreviver à luz da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n.1, 2012.
45. LAMY, Z. C.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M.; HENNIG, M. A. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Cien Saude Colet**, 2005.
46. LOEWY, J.; STEWART, K.; DASSLER, A. M.; TELSEY, A.; HOMEL, P. The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. **Pediatrics**, v. 131, n. 5, p. 902-918, 2013.

47. MAGALHÃES, F.J et al. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 136-43, 2011.
48. MELO, R. C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. P. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. **REBEN – Revista Brasileira de Enfermagem**. v.66, n.5, 2013.
49. MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.621-6, 2012.
50. MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014.
51. MOHAMED, Z.; NEWTON, J. M.; LAU, R. Malaysian nurses' skin care practices of preterm infants: experience vs. Knowledge. **International Journal of Nursing Practice**, v.20, p.187-93. 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12125/epdf> . Acesso em: 01 fev 2017.
52. MONTANHOLI, L. L.; BARBOSA, M. A.; 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**, São Paulo, v. 19, n. 2, mar-abr. 2011.
53. MOREIRA, R. A. N. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade Neonatal. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 4, p. 710-6, 2012.
54. OLIVEIRA, C.S. et al. Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: o conhecimento produzido por enfermeiros. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.06, n.01, p.419-36. 2015. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/837>>. Acesso em: 01 fev 2017.
55. OLIVEIRA, M. M. C.; BARBOSA, A. L.; GALVÃO, M. T. G.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém nascido e sua família. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 44-52, jul./set., 2009.
56. Maria, OLIVEIRA. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.
57. OLIVEIRA, A. P. C.; COELHO, M. E. A. A.; ALMEIDA, V. C. F.; LISBOA, K. W. S. C.; MACÉDO, A. L. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Rene**. v. 3, n. 3, p. 601-12, 2012.
58. OLLAIK, L. G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Scientiae Studia, Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 229-241, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v38n1/ep448.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.
59. ORSI, K. C. S. C. et al. Efeito da redução de estímulos sensoriais e ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 4, p.550-555, 2015.
60. PELZANG R. Time to learn: understanding patient centered care. **Br J Nurs**. [Internet]. V. 19, n. 4, p. 912-7, 2015. 2010 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20647984> Acesso 03/02/2017.
61. PEREIRA, F. L. et al. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 6, p. 1272-8, 2013.

62. Alvaro, PIREZ; Jean-Pierre, DESLAURIERS; Lionel, GROULX; Anne, LAPERRIERE; Robert, MAYER; Jean, POUPART. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2008.
63. PRATES, L, A; SCHMALFUSS, J, M; LIPINSKI, J, M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 310-315, jun, 2015.
64. PRESBYTERO, R.; COSTA, M.L.V.; SANTOS, R.C.S. Os enfermeiros da unidade nerente ao recém-nascido com dor. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v.11, n.1, p.125-32, 2010.
65. PROVENZI, L. et al. Pain-Related Stress during the Neonatal Intensive Care Unit Stay and SLC6A4 Methylation in Very Preterm Infants. **Frontiers in Behavioral Neuroscience** 9, v. 9, n. 99, 2015.
66. RODRIGUES, A. P.; MARTINS, E. L.; TROJAHN, T. C.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; TRONCO, S. C. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.** v. 15, n. 1, p. 253-64, 2013.
67. ROLIM, K.M.C. et al. Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira. **Rev. Rene.**, v.9, n.4, p.107-15. 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/5244/3868> . Acesso em 01 fev. 2017.
68. ROSA, N. R. P. S. Estimulação sensório motora a neonatos pré termos de unidades de cuidados intensivos neonatais: revisão de literatura. 71 p. Dissertação de Mestrado –Escola Superior de Saúde de Viseu. 2013.
69. RUGOLO, L. M. S. S.; BENTLIN, M. R.; LYRA, J. C. Controle térmico do RN pré-termo. **PRORN- Programa de Atualização em Neonatologia.**, v. 1, p. 39–77, 2008.
70. SALIMENA, A. M. O.; OLIVEIRA, C. P.; BUZATTI, J. R.; MOREIRA, A. M. F.; AMORIM, T. V. A comunicação entre enfermeiros e pais de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 38, n. 1 e 2, p.97-101, jan./jun., 2012.
71. SANTOS, P. R. M.; ARAUJO, L.F.S.; BELLATO, R. O campo de observação em pesquisa sobre a experiência familiar de cuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2016.
72. SANTOS, S. V.; COSTA, R. Cuidados com a pele do recém-nascido: o estado da arte. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 7, n.3, p.2887-901.
73. SCHAEFER, T. I. M.; NAIDOM, A. M.; NEVES, E. T. Cuidados com a pele do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Rev Fund Care Online**, v.8, n.4, p.5156-62. 2016.
74. SCOCHI, C. G. S et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 7, n. 2, p. 145-54, 2008.
75. SHONKOFF, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. **Pediatrics**, v. 129, p. 232-246, 2012.
76. SILVA, C. A. et al. Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 29, n. 3, p. 328-335, 2011.

77. SILVA, G. E.; MAXIMINO, D.A.F.M.; LIMA, P.L.L.L.; ANDRADE, F.B. O cuidado desenvolvimental na atenção ao prematuro: saberes e práticas do enfermeiro. **Fiep bulletin**, v.82, Special Edition - article II, 2012.
78. SILVA, S. Q.; MANDETTA, M. A.; BALIEIRO, M. M. F. O típico do cuidado de enfermagem ao prematuro em relação ao sono e a vigília. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 205-11, jun. 2015.
79. SOUTO, D. C.; JAGER, M. E.; PEREIRA, A. C. G. D. Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 35-46, jan./abr., 2014.
80. SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6. p. 1097-1104, 2015.
81. THOYRE, S. M. Developmental transition from gavage to oral feeding en the preterm infant. **Annual Review Nurs. Res.**, New York, n. 21, p. 21-61, 2003.
82. WERNET, M.; AYRES, J. R. C. M.; VIERA, C. S.; LEITE, A. M.; MELLO, D. F. Mother recognition in the Neonatal Intensive Care Unit. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 2, p. 228-34, 2015.
83. WOODWARD, L. J. Very preterm birth: maternal experiences of the neonatal intensive care environment. **J Perinatol**, v. 34, n. 7, p. 555–561, 2014.
84. XAVIER, S. O.; NASCIMENTO, M. A. L.; BADOLATI, M. E. M.; PAIVA, M. B.; CAMARGO, F. C. M. Estratégias de posicionamento do recém - nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 814-818. 2012.
85. ZULIN, N. E.; TECLA, M. T. G. M.; SOUZA, S. N. D. H.; MONTEIRO, A. T. FERRARI, R. A. P. Vivência de mães de prematuros no processo de translactação. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 363-372, ago, 2015.

## 8. APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO

A pesquisa sob o título *EFEITOS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CUIDADO DE ENFERMEIROS DE UNIDADES NEONATAIS* tem como objetivo “Analisar os efeitos de intervenção educativa no conhecimento e práticas de enfermeiros de UTIN nas temáticas do Cuidado Centrado na Família e Cuidado Desenvolvidor”. Para realizá-la, precisamos de sua colaboração, que consiste em autorizar o acesso ao Prontuário Clínico de seu/sua filho(a) para coleta de dados referentes aos registros do enfermeiro no mesmo. O foco é seu teor, conteúdo em termos de dados sobre as temáticas tratadas no estudo. Esta é uma etapa do estudo e acontece antes e após o desenvolvimento de uma intervenção educativa com enfermeiros de UTIN sobre os temas mencionados acima. As informações obtidas nos prontuários são confidenciais, sendo o acesso restrito a mim, à minha orientadora Profa. Dra. Monika Wernet e equipe de pesquisadores que apoiam o desenvolvimento do estudo, a saber: Profa. Giselle Dupas, Profa. Jamile Bussadori e uma mestranda. Todas somos vinculadas à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), especificamente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Garantimos que a forma como trataremos o dado retirado do prontuário não permitirá em momento algum revelar nenhuma identidade.

Como benefício do estudo aponta-se que conhecer os registros de enfermeiros traz um panorama sobre o que vem sendo valorizado no contexto da assistência em UTIN. O estudo tem outras etapas, dentre as quais o desenvolvimento de intervenção educativa e os dados do prontuário contribuirão para o planejamento da mesma. Como risco, aponta-se a revelação de informações pessoais e sigilosas da criança e família ao pesquisador, contudo, assume-se, neste sentido, esforços e o compromisso para manter o sigilo e o anonimato. Ressaltamos ainda que a qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição hospitalar. Destacamos ainda que essa autorizou o desenvolvimento do estudo desde que tenhamos sua autorização. Acrescenta-se ainda que, em caso de dano decorrente de participação na pesquisa, você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país. Você receberá uma cópia deste termo onde constam dados para contato com a pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Adiciona-se que os resultados poderão vir a ser divulgados em eventos científicos e publicações científicas, ressaltando que a forma de divulgação não possibilitará sua identificação.

Nome e assinatura do pesquisador

**Beatriz Castanheira Faccio**

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

**Eu, \_\_\_\_\_, pai/mãe do(a) \_\_\_\_\_ 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@pow.ter.ufscar.br](mailto:cephumanos@pow.ter.ufscar.br)**

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

Sujeito da pesquisa



## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa sob o título *EFEITOS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CUIDADO DE ENFERMEIROS DE UNIDADES NEONATAIS*, desenvolvido como integrante das atividades de meu doutoramento junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Este estudo conta com uma equipe de pesquisadores que apoiam seu desenvolvimento, sendo eles três docentes Profa. Giselle Dupas, Profa. Jamile Bussadori e Profa. Monika Wernet, essa última orientadora do mesmo. Além delas há duas mestrandas do mesmo programa.

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

Assinatura do pesquisador

**Beatriz Castanheira Faccio**

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

Fone: (016) 98213-0664

E-mail: [beatriz.faccio@gmail.com](mailto:beatriz.faccio@gmail.com)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 -



**CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br. Sei também que posso desistir de integrar o estudo a qualquer momento sem ônus disso e, que para tanto devo contatar a pesquisadora principal Beatriz Castanheira Facio.**

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

---

Sujeito da pesquisa

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

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

Como você se sente fazendo ações nesse sentido?

Você gostaria de fazer algo diferente? Por que não o faz?

Você identifica potencialidades para inserir/realizar o cuidado desenvolvimental em sua prática assistencial?

Você valoriza as ações que promovem e protegem o cuidado desenvolvimental do recém-nascido crítico? Por quê?

Quando e como entrou em contato com esse conhecimento?

# ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DA EMENDA

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

**Pesquisador:** Beatriz Castanheira Facio

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 55329516.0.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.904.898

### Apresentação do Projeto:

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

### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: Analisar os efeitos

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.631.717

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

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.631.717

serviço;- Identificar necessidades assistenciais dos enfermeiros das UTINs em relação às temáticas "Cuidado de enfermagem diante distúrbios respiratórios no RN crítico hospitalizado" e "Cuidado de enfermagem à pessoa do RN crítico e sua família";- Desenvolver intervenção educativa a dos enfermeiros das UTINs ancorada nas necessidades identificadas;- Analisar , pós-intervenção, os efeitos da intervenção educativa gerados nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros por meio de relatos (grupo focal);- Analisar comparativamente os registros de enfermeiros de UTIN e a prática assistencial, por meio de observação participante, em relação às temáticas "Cuidado de enfermagem diante distúrbios respiratórios no RN crítico hospitalizado" e "Cuidado de enfermagem à pessoa do RN crítico e sua família", antes e após intervenção educativa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como benefício da pesquisa aponta-se a vivência de uma intervenção educativa em duas temáticas prevalentes na assistência a RNs críticos e sua família, assim como a contribuição para caminhos de qualificação do cuidado em UTIN, com desdobramentos sociais. Ademais, conhecer os registros de enfermeiros nas temáticas tratadas pelo estudo traz um panorama sobre o que vem sendo valorizado no contexto da assistência em UTIN. Quanto aos riscos, elenca-se aos enfermeiros o acesso aos registros escritos por eles, com os quais se assume postura ética, com preservação da identidade, bem como a possibilidade de desconfortos durante o grupo focal em função de dissonâncias de percepção de práticas assistenciais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

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

Todos os termos apresentados

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

Sem pendências

**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