

FLÁVIA ANDRADE FIALHO

**A ARTE DE CUIDAR EM ENFERMAGEM: TECNOLOGIAS
APLICADAS NO CUIDADO NEONATAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem, Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Iêda Maria Ávila Vargas Dias

JUIZ DE FORA

2012

FLÁVIA ANDRADE FIALHO

**A ARTE DE CUIDAR EM ENFERMAGEM: TECNOLOGIAS
APLICADAS NO CUIDADO NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Aprovada em _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Iêda Maria Ávila Vargas Dias - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Leila Rangel da Silva
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Zuleyce Pacheco Lessa
Universidade Federal de Juiz de Fora

Fialho, Flávia Andrade.

A arte de cuidar em Enfermagem: tecnologias aplicadas no cuidado neonatal/ Flávia Andrade Fialho.

– 2012.

77 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Enfermagem. 2. Tecnologia. 3. Recém-nascido. I. A arte de cuidar em Enfermagem: tecnologias aplicadas no cuidado neonatal.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por essa conquista, por guiar-me em todos os momentos, derramando sua benção e amor em minha vida.

Aos meus pais, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade; iluminaram os caminhos obscuros com carinho e dedicação para que trilhasse sem medo; se doaram inteiros e renunciaram a alguns de seus sonhos, para que, muitas vezes, eu pudesse realizar os meus; em meio a tantas incertezas e dificuldades, ainda são capazes de transmitir amor e carinho ajudando a crescer como pessoa, incentivando a buscar aquilo que queria; ensinou a não ter medo de arriscar e de cair... E, na queda, ensinou a levantar e aprender com as derrotas, transformando-as em vitórias. Um obrigada especial pelo amor e dedicação incondicional.

Aos meus irmãos Vivian, Rogerinho e Paulinha pela amizade, companheirismo, amor e por sempre torcerem por mim. Obrigada por tudo! Amo vocês!

Ao Bruno, meu amor, por todos esses anos de companheirismo, incentivo e dedicação. Torcendo por mim em todos os momentos. E vibrando a cada vitória minha. Te amo!

A minha amiga e orientadora, lêda, não tenho palavras suficientes, para expressar tamanha admiração e carinho que tenho por você. Como você sempre disse, você me orientou para a vida, e não só para a obtenção de um título. E esse é o verdadeiro mestre... “O verdadeiro mestre é um amigo, um irmão, um facilitador, da nossa eterna e infinita aprendizagem; está sempre nos ensinando como viver, como ser, como agir. Mestre verdadeiro é aquele que ajuda a esculpir nas almas as mais belas lições de sabedoria; é aquele que segue à frente, sinalizando a estrada com os próprios passos, com o exemplo do otimismo e da esperança”.

E quando você deveria ser simplesmente professora, foi mestra, transmitindo seus conhecimentos e experiências; quando deveria ser mestra foi amiga; e em nossa amizade nós nos compreendemos e nos incentivamos a seguir nosso caminho, sempre no bem. Expresso o meu maior agradecimento e profundo respeito, que sempre será pouco diante do muito que você me ofereceu.

Aos meus amigos da turma do Mestrado, obrigada pelos momentos maravilhosos e de companheirismo.

Aqueles professores que foram fundamentais para a conclusão não somente do curso, mas que contribuíram para minha formação pessoal e intelectual.

A todos que são especiais pra mim e que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Hoje, estou comemorando uma conquista, recebendo o título de "Mestre em Enfermagem". Mas não pensem que esta vitória é apenas minha. Muito pelo contrário, esta vitória é de uma equipe, a melhor equipe que formamos em nossa vida: a nossa família, a pessoa que amamos e os verdadeiros amigos.

“Eu creio em mim mesmo. Creio nos que trabalham comigo, creio nos meus amigos e creio na minha família. Creio que Deus me emprestará tudo que necessito para triunfar, contanto que eu me esforce para alcançar com meios lícitos e honestos. Creio nas orações e nunca fecharei meus olhos para dormir, sem pedir antes a devida orientação a fim de ser paciente com os outros e tolerante com os que não acreditam no que eu acredito. Creio que o triunfo é resultado de esforço inteligente, que não depende da sorte, da magia, de amigos, companheiros duvidosos ou de meu chefe. Creio que tirarei da vida exatamente o que nela colocar. Serei cauteloso quando tratar os outros, como quero que eles sejam comigo. Não caluniarei aqueles que não gosto. Não diminuirei meu trabalho por ver que os outros o fazem. Prestarei o melhor serviço de que sou capaz, porque jurei a mim mesmo triunfar na vida, e sei que o triunfo é sempre resultado do esforço consciente e eficaz.”

(MAHATMA GANDHI)

RESUMO

É inquestionável como a evolução da tecnologia modificou o prognóstico e a sobrevivência dos recém-nascidos de alto risco, mas atualmente se sabe que apenas atender aspectos clínicos não é suficiente, por isso busca-se a implantação de tecnologias do cuidado em que outros aspectos sejam também considerados. Nesse sentido, foram traçados os seguintes objetivos: identificar as tecnologias do cuidado empregadas em unidades de terapia intensiva neonatal dos hospitais universitários federais da região sudeste do Brasil; descrever a visão dos enfermeiros a cerca da humanização em unidade de terapia intensiva neonatal; e discutir as tecnologias do cuidado aplicadas em unidades de terapia intensiva neonatal sob a luz da Teoria do Cuidado Humano Transpessoal. Estudo de abordagem qualitativa, no qual elegeu-se como sujeitos da pesquisa, enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal dos Hospitais Universitários Federais da região sudeste do Brasil. Na análise dos dados, foi empregada a técnica da Análise Temática. Como resultados foi possível construir as seguintes categorias: Tecnologias do cuidado em enfermagem empregadas nas UTIN; O olhar dos enfermeiros sobre a humanização neonatal; Propostas de aprimoramento do cuidado em UTIN. Finalizando o estudo foi possível perceber que a assistência prestada ao neonato nas UTIN se mantém intrinsecamente relacionada à tecnologia dura, sendo as tecnologias do cuidado ainda pouco vislumbradas. Percebe-se que muito ainda pode ser feito para humanizar a assistência neonatal, pois diante das várias tecnologias do cuidado disponíveis poucas ainda estão sendo empregadas, ou quando são é de forma fragmentada. Tornando imperativa a investigação científica que aborde estas questões.

Palavras-chave: Enfermagem. Humanização da assistência. Tecnologia. Recém-nascido. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

It is unquestionable as the evolution of technology has changed the prognosis and survival of newborns at high risk, but it is now known that only meet the clinical is not enough, so the goal is to deploy technologies of care in that other aspects are also considered. In this sense, we trace the following objectives: to identify the technologies employed in the care of neonatal intensive care units of hospitals federal university of southeastern Brazil, to describe nurses' views about the humanization of neonatal intensive care unit, and discuss the technologies applied in the care of neonatal intensive care units in the light of Transpersonal Theory of Human Care. Qualitative study, which was chosen as research subjects, nurses working in Neonatal Intensive Care Unit of the Federal University Hospitals of southeastern Brazil. For data analysis, we used the technique of thematic analysis. As a result it was possible to build the following categories: cost of nursing care used in the NICU; The look on the humanization of neonatal nurses; Proposals for improvement of care in the NICU. Finally the study it was revealed that the care provided to newborns in the NICU remains intrinsically linked to the hard technology, the technology is still not glimpsed care. It is noticed that more can be done to humanize the neonatal care since before the various technologies available care a few are still being used, or when it is so fragmented. Making it imperative to scientific research that addresses these issues.

Keywords: Nursing. Humanization of Assistance. Technology. Newborn. Intensive Care Units Neonatal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 ESTADO DA ARTE: História da saúde do recém-nascido.....	13
2.1Tecnologias do cuidado em enfermagem	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO: Teoria do Cuidado Humano	
Transpessoal de Jean Watson.....	26
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	32
4.1. Tipo de estudo e abordagem metodológica.....	32
4.2. Cenário e sujeitos da pesquisa.....	35
4.3. Procedimento da pesquisa	37
4.4. Análise dos dados.....	38
4.5. Cuidados Éticos	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
5.1 O olhar dos enfermeiros sobre a Humanização neonatal	41
5.2 Tecnologias do cuidado em enfermagem empregadas nas UTIN	45
5.3 Propostas de aprimoramento do cuidado em UTIN	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	72

1 INTRODUÇÃO

O recém-nascido é pleno de potencialidades e vivencia desde sua vida intra-uterina uma série de transformações que são decisivas para o seu crescimento e desenvolvimento. Algumas situações o fazem necessitar de um cuidado mais complexo, levando-o à internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O ambiente desta unidade propicia ao recém-nascido uma experiência bastante diferente daquela vivenciada no ambiente uterino, visto que o introduz em um ambiente inóspito.

É inquestionável como a evolução da tecnologia modificou o prognóstico e a sobrevivência dos recém-nascidos de alto risco, mas atualmente se sabe que apenas atender aspectos clínicos não é suficiente, por isso busca-se a implantação de novas tecnologias do cuidado em que outros aspectos sejam também considerados. Neste prisma é fundamental que as dimensões bio-psico-sócio-espiritual sejam consideradas.

Apesar de o dia-a-dia hospitalar ser permeado pela dimensão técnica e cumprimento das rotinas, entende-se que ao buscar aplicar a humanização do cuidado, novas oportunidades podem ser visibilizadas pelos enfermeiros (CASTANHA; LACERDA; ZAGONEL, 2005). O hospital não é um local só de dor e sofrimento, nele sempre há espaço que deve ser aproveitado para o desenvolvimento de atividades humanísticas, dado que a internação não deve interromper o processo de desenvolvimento natural dos recém-nascidos (CERIBELLI et al., 2009).

Assim, é oportuno repensar as ações em saúde neste âmbito, visando a humanização da assistência em UTIN pautada no atendimento das necessidades de todos os agentes envolvidos nesse processo. A palavra humanização pode ser entendida como a maneira de ver e considerar o ser humano a partir de uma visão global, buscando superar a fragmentação da assistência. Um dos aspectos que envolvem uma prática dessa natureza está relacionado ao modo como lidamos com o outro, tratando-o com dignidade e respeito, valorizando seus medos e sentimentos (FERREIRA; REMEDI; LIMA, 2006).

Humanizar não é uma técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade das pessoas que assistem o paciente, procurando

realizar e oferecer o tratamento que ele merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento no hospital (SANTOS, 2001). No ambiente hospitalar, a humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente (FERREIRA; REMEDI; LIMA, 2006).

Na atualidade, a temática da humanização dos serviços de saúde vem sendo levada em conta pelas políticas governamentais, serviços de saúde e academia. Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização (PNHAH) que prevê a organização dos serviços de saúde considerando dois ângulos interdependentes: a humanização do atendimento ao público e a humanização das condições de trabalho do profissional de saúde (BRASIL, 2000).

Na busca deste cuidado humanizado é imprescindível que o conhecimento das ciências biológicas e sociais se entrelace ao conhecimento de outras áreas como artes e filosofia, permitindo chegar a um conhecimento mais abrangente e preciso da natureza humana, o que permitirá o desenvolvimento de um cuidado integral e personalizado, voltado não para a doença, mas para o ser humano que adoece (CERIBELLI et al., 2009).

Neste sentido, a necessidade de desenvolver tecnologias aplicadas ao cuidado e ao ensino de enfermagem que abranjam o cliente em sua integralidade, e conseqüentemente humanize a assistência, tem estimulado cada vez mais o estudo de recursos e práticas que possam contribuir de maneira efetiva com o campo de saber da Enfermagem. Frente a isso, traçou-se como objeto de estudo tecnologias do cuidado aplicadas em UTIN.

Tecnologia como um conjunto de conhecimentos, especialmente princípios científicos, aplicados a determinado ramo de atividade. Sendo a tecnologia do cuidado inserida na classificação das tecnologias específicas de Enfermagem, que significa todas as técnicas, procedimentos, conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no ato de cuidar (NIETSCHE; LEOPARDI, 2000).

As dimensões humanas e afetivas necessitam do aspecto relacional, desse modo, não se pode desprezar o uso de tecnologias que vão além das convencionalmente adotadas pelo paradigma dominante, que é o paradigma

biomédico. Neste sentido, instituições de saúde de todo o mundo já reconhecem o valor social e terapêutico dessas tecnologias e a tendência de incluí-las entre as atividades hospitalares é crescente (FERREIRA; REMEDI; LIMA, 2006).

Watson na sua Teoria do Cuidado Humano Transpessoal, trata desses aspectos emergentes na Enfermagem ao abordar a visão da unidade transpessoal de mente, corpo e espírito. O processo de cuidado e o relacionamento transpessoal são elementos conceituais originais dessa teoria, que atualmente, incorporou conceitos como: visão expandida de si próprio e da outra pessoa, cuidar-cuidado que é conscientização intencional para promover a cura e o restabelecimento, consciência sobre os cuidados servirem como energia dentro do ambiente humano, e avançada modalidade para curar e restabelecer através da arte da enfermagem. Tal pensamento pede um senso de reverência e respeito à vida e serve como um modelo avançado para a prática de enfermagem (WATSON, 2003).

Neste paradigma é possível incorporar, arte, ciência e espiritualidade, como também redefini-las, reconhecendo uma convergência entre essa tríade. Desta forma, a teoria de enfermagem transpessoal oferece um caminho que difere, contudo, complementa o que conhecemos como enfermagem convencional, pois o uso criativo do conhecimento como parte do processo de cura, gera a arte da prática do cuidado e cria um ambiente cuidativo* em todos os níveis, físico e não físico.

A arte de cuidar em enfermagem busca diversas estratégias para o ambiente cuidativo do neonato, podendo ser usadas como uma qualidade que efetiva o cuidado humano de enfermagem, pois amplia a visão deste cuidado para além da observação puramente fisiopatológica, envolvendo manifestações de afeto ao recém-nascido que está hospitalizado. E assim, contribui para a qualidade da relação humana tão necessária à efetivação do cuidado de enfermagem, o que reforça a dimensão-saúde do neonato para que ela cure a dimensão-doença (MENDES; BROCA; FERREIRA, 2009).

O ato de cuidar não compreende apenas o tratamento da doença mediante uma intervenção puramente técnica, mas envolve principalmente a interação e a

* A origem do termo ambiente cuidativo encontra-se na Teoria do Cuidado Humano Transpessoal de Jean Watson.

troca entre o neonato, sua família e a enfermagem. A realização de pequenas mudanças abre possibilidades para as transformações mais profundas no âmbito do cuidado, e estas mudanças se relacionam não só à produção de recursos tecnológicos, mas também à valorização de relacionamentos que efetivam a arte do cuidar (KUMAMOTO et al., 2006).

Nesse contexto, foram traçados os seguintes objetivos: identificar as tecnologias do cuidado empregadas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal dos Hospitais Universitários Federais da região sudeste do Brasil; descrever a visão dos enfermeiros a cerca da humanização em unidade de terapia intensiva neonatal; e discutir as tecnologias do cuidado aplicadas em unidades de terapia intensiva neonatal sob a luz da Teoria do Cuidado Humano Transpessoal.

A hospitalização não deve constituir-se em uma experiência traumática ou uma interrupção no desenvolvimento. Por isso, se faz necessária a utilização de recursos que permitam de alguma forma minimizar os efeitos da hospitalização para os recém-nascidos. Os esforços realizados pelos profissionais de enfermagem no sentido de humanizar o cuidado em UTIN, é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante.

Por fim, pode-se dizer que é importante a enfermagem estar imbuída da vontade de prestar um cuidado que abranja o neonato em sua integralidade e que as intervenções e estratégias que levam a este cuidado possam ser aprendidas por todos os interessados em assistir a dimensão bio-psico-sócio-espiritual. Dessa forma, a relevância deste estudo encontra-se no fato de que o mesmo pode contribuir para a reflexão sobre as tecnologias do cuidado empregadas em unidade de terapia intensiva neonatal.

2 ESTADO DA ARTE - História do cuidado neonatal

O cuidado à criança pode ser resgatado por diversos registros em diferentes culturas ao longo da história. Esses registros refletem concepções e paradigmas peculiares a diferentes povos em seu respectivo momento histórico-filosófico.

Na civilização Mesopotâmica, por exemplo, as malformações congênitas eram um sinal de mau presságio relacionado ao bem estar da família do rei, além de indicar os caminhos que o país seguiria. Desta forma, na maioria das vezes eram vistas como um sinal de cautela, justificando o sacrifício dos neonatos malformados (SOUZA, 2011).

Num outro momento histórico e em outra região geográfica, outras práticas faziam-se presentes no manejo com a criança. Na América Latina, por exemplo, entre os povos pré-colombianos, especialmente os Maias, ocorria a promoção de deformidades no crânio de crianças, prensando-o entre tábuas, para deixá-los mais alongados (braquicefalia), acreditando que assim o adulto se tornaria paranormal (FERRAZ; GUIMARÃES, 2007).

Evidências apontam ainda que, na tentativa de curar doenças povos antigos realizavam a trepanação craniana (abertura de um ou mais buracos no crânio) em crianças com raquitismo e hidrocefalia. Tal prática ocorria no período pré-histórico Neolítico (10.000 a 5.000 a.C.), em todas as regiões do planeta (SOUZA, 2011).

A história registra que no período de 1.500 a.C. já se relatava doenças infantis, porém, em meio a relatos que tentassem explicar essas doenças, havia ainda muitas crendices e mitos que interferiam no cuidar da criança e da puérpera na época. Algumas crendices e mitos se perpetuaram nos séculos seguintes, como por exemplo, no século I era contra indicado o aleitamento materno nas primeiras semanas de vida por acreditar que a mãe se encontrava muito debilitada. Desta forma, o enfaixamento era prática comum daquela época. O aleitamento era realizado pelas amas de leite e seu valor foi questionado até o século XVIII (SOUZA, 2011).

O cuidado do recém-nascido era realizado pela parteira da comunidade, voluntária de prática reconhecida, que assistia ao parto utilizando rezas,

amuletos, a aplicação de compressas e de pressão sobre o ventre. Quase nunca eram recompensadas por sua prática. Somente em meados do século XVI, a Igreja passa a atribuir licença para o exercício da função de parteira (FERRAZ; GUIMARÃES, 2007).

Destaca-se também, outra prática descrita nessa época datada desde o velho testamento que foram as manobras como a reanimação neonatal envolvendo: respiração boca-a-boca, balanço do bebê inconsciente, espancamento, mergulho alternado em tinas de água quente e fria, injeção subcutânea de uísque irlandês misturadas em tintura de beladona, aplicação de bebida alcoólica nas gengivas e administração de drogas estimulantes. Ainda com relação à reanimação neonatal, James Blundell (1834) recomendava a insuflação pulmonar por meio da aplicação de um cateter endotraqueal de prata, princípio seguido por Gibbard e Barkley em 1935, com equipamento semelhante (SOUZA, 2011).

Durante muitos séculos a criança não era conhecida como parte integrante da sociedade, principalmente, no contexto de atenção à saúde. Nesse cenário eram comuns práticas como: aborto, abandono e infanticídio justificando um elevado índice de mortalidade infantil, principalmente, entre os recém-nascidos prematuros (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Afinal, o esperado nessas épocas é que as crianças nascidas prematuramente fossem ao êxito letal, assim como também aquelas nascidas com malformações. Desta forma havia um sentimento de que a seleção natural se encarregaria dessas crianças (AVERY, 1999). Porém, uma mudança de paradigmas em relação aos valores e sentimentos relacionados à criança começou a surgir no século XVIII. Neste momento, começaram a ser observados alguns sentimentos e valores relacionados à criança, havendo um despertar da ciência para com a família e, posteriormente, para com os filhos. Esse interesse promove dentro da medicina, o surgimento da pediatria como uma especialidade, passando a criança a ser vista de forma específica em singularidades, enfermidades e tratamento (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

A pediatria prosseguiu com o decorrer dos tempos e com os avanços técnicos e científicos, ganhou um subgrupo de conhecimentos próprios, denominado neonatologia, definido como o conhecimento do recém-nascido

humano; não um sistema, mas um todo que precisa ser tratado desta forma. O termo Neonatologia foi criado por Alexander Schaffer em 1960, e introduzido na nomenclatura médica somente em 1963 (AVERY, 1999).

A Neonatologia (do grego, neo: novo, nato: nascimento; logos: estudo) surgiu em meados do século XIX. Sendo definida como a ciência e a arte de diagnosticar e tratar os distúrbios do recém-nascido, dedicando-se à assistência e a pesquisa, e tendo como meta a diminuição da morbimortalidade perinatal na busca da sobrevivência dos recém-nascidos com as melhores condições clínicas possíveis (TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

Pierre Budin (1846-1907), obstetra no “Hospital La Charité”, em Paris, considerado o precursor da Neonatologia moderna, estendeu sua preocupação com os recém-nascidos além das salas de parto, criando um ambulatório de puericultura no Hospital La Charité, em Paris, no ano de 1892. Foi o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal (LUSSKY, 2001).

Esse percurso de desenvolvimento da Neonatologia teve um marco em 1880, quando as primeiras incubadoras foram projetadas pelo obstetra Stephane Etienne Tarnier que adaptou câmaras de aquecimento de frangos para aquecer recém-nascido. A instalação da incubadora, em 1880, na Maternidade de Paris foi capaz de reduzir a mortalidade em crianças com peso inferior a 2000g, de 66% para 38% (TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

Ao inventar a incubadora, Tarnier acabou implantando a tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. Pierre Budin, discípulo de Tarnier, aperfeiçoou as incubadoras e foi o primeiro a escrever sobre os cuidados com pré-termos, sendo considerado o primeiro neonatologista da era moderna. As preocupações de Budin baseavam-se no controle e manutenção da temperatura, na prevenção das infecções hospitalares, no aleitamento materno e na permanência das mães junto aos recém-nascidos (PACHECO, 2000).

Budin foi o autor da primeira publicação sobre a prematuridade, datada do ano de 1888, divulgou o aleitamento materno artificial esterilizado e implantou, juntamente com Marchand, a alimentação do recém-nascido por sonda nasal. Martin Coney, assistente de Budin, difundiu os princípios de tratamento neonatal,

sendo considerado o primeiro a oferecer cuidados especializados aos recém-nascidos pré-termos (SOUZA, 2011).

No início do século XX, o neonatologista austríaco August Ritter Von Reuss contribuiu decisivamente para o aprimoramento do cuidado ao pré-termo quando descreveu a ventilação com pressão positiva contínua. Nesta época, as incubadoras já estavam sendo utilizadas com sucesso no tratamento de recém-nascidos pré-termos (LUSSKY, 2001).

E mais inovações ocorreram, em Viena, o médico Carl Credé foi o responsável pela introdução do uso de nitrato de prata na profilaxia da ophtalmia neonatorum, o cirurgião ortopedista inglês, William Little correlacionou o trauma de nascimento com a paralisia cerebral. Foram adotadas ainda medidas de controle de temperatura e de infecção hospitalar, com isolamento restrito do recém-nascido na tentativa de reduzir as taxas de mortalidade neonatal (LUSSKY, 2001).

Entretanto, as taxas de mortalidade entre os recém-nascidos mantiveram-se elevadas e, além da prematuridade, as infecções hospitalares também eram as responsáveis pela maioria dos óbitos. Nesse período, iniciou-se uma disputa pela assistência aos recém-nascidos entre obstetras e pediatras (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Em 1914, o pediatra Julius Hess criou um centro para prematuros no Hospital Michel Reese, em Chicago; e também a incubadora Hess, tornando-se autoridade americana em relação à prematuridade. Através dele o tratamento neonatal entrou na cadeira acadêmica. Em 1923, foi criado no Hospital Sarah Morris de Chicago outro centro hospitalar para pré-termos. Os hospitais Sarah Morris e Michael Reese Hospital promoveram avanços em técnicas assépticas, serviços de transporte neonatal e alimentação por via nasal (LUSSKY, 2001).

Anos após, Julius Hess juntamente com a médica Evelyn Lundeen, em 1922, preconizou a manipulação mínima do recém-nascido, a lavagem frequente das mãos e o uso de indumentária específica na unidade de cuidados ao recém-nascido (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010). No decorrer dos anos, outras descobertas científicas foram reveladas, em 1924, Albrecht Peiper descreveu o desenvolvimento neurológico inicial do lactente pré-termo. Os avanços nas técnicas também foram se ampliando, em 1925, Alfred Hart realizou, com

sucesso, pela primeira vez, a exosangüineotransfusão no recém-nascido com icterícia (DOWNES, 1992).

Em 1932, Faber e Wilson descreveram a síndrome da angústia respiratória e em 1934 foi criado o “Box de Oxigênio Hess” por Julius Hess, sendo utilizado para o tratamento de distúrbios respiratórios. Em 1937, Albrecht Peiper descreveu os distúrbios pulmonares e no ano seguinte, em 1938, Charles Chapple elaborou uma incubadora conhecida como ‘Isollete’, no Children’s Hospital de Filadélfia. Na década de 30, observa-se uma maior atenção dada aos problemas respiratórios (DOWNES, 1992).

Em meados do século XX, ocorreram grandes avanços, como o uso de antibióticos, o advento da terapia intravenosa, inovações na armazenagem do sangue, o cateterismo umbilical para a exosanguineotransfusão e os avanços nas incubadoras que passaram a contar também com os recursos de umidificação (TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

Dando continuidade aos avanços alcançados nas décadas anteriores para com os problemas respiratórios, os anos 50 foram marcados pelas descobertas de soluções para os distúrbios respiratórios (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005). Entre 1949 e 1959, Mary Ellen Avery e Jere Mead descreveram a deficiência de surfactante pulmonar como motivo da síndrome de angústia respiratória e com isto proporcionaram uma explicação para o distúrbio e uma base para a terapia (DOWNES, 1992).

Em 1957, Richard Pattle e John Clemente descobriram as propriedades da parede interna do alvéolo (DOWNES, 1992). No mesmo ano, na Cidade do Cabo, África do Sul, o pediatra Patrick Smythi e o anestesiológista Arthur Bull, cuidaram de recém-nascidos com tétano e ventilaram mecanicamente dez lactentes por até dez dias utilizando traqueostomia e bloqueio neuromuscular. Desta forma, eles comprovaram que os recém-nascidos poderiam ser ventilados mecanicamente com aparelhos de adultos modificados (FERRAZ; GUIMARÃES, 2007).

Nesta mesma década, a anestesiológista Virgínia Apgar desenvolveu um método de contagem para avaliar as condições do recém-nascido nos primeiros momentos de vida, criando o boletim de avaliação do recém-nascido (DOWNES, 1992).

Outros exemplos desses avanços ocorreram a partir da década de 1960, com a criação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Verifica-se nesta década um aumento significativo dos investimentos em pesquisas com neonatos, principalmente, prematuros. Com estes novos conhecimentos, equipamentos, tratamentos e técnicas introduzidos no cuidado neonatal, houve uma diminuição da taxa de mortalidade neste grupo e, conseqüentemente, um aumento da sobrevivência destes (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Foi nessa década ainda que Paul Swyer e outros colaboradores defenderam a regionalização das unidades e a transferência das gestantes de alto risco para centros especializados na assistência perinatal que dispusessem de unidades de cuidados especializados também para os neonatos, promovendo uma efetiva redução das mortes e seqüelas (TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

Robert Guthrie, na mesma década, desenvolve e divulga uma metodologia simples e barata para a dosagem de fenilalanina em amostras de sangue seco, colhido em papel-filtro, para o diagnóstico da Fenilcetonúria, permitindo que fossem enviadas pelo correio a laboratórios especializados, possibilitando a identificação daquela doença metabólica em neonatos (SOUZA, 2011).

Um marco da década de 1970 foi o estabelecimento da ventilação mecânica e conseqüente desenvolvimento das UTIN. Este procedimento juntamente com a monitorização de gases arteriais e sinais vitais passaram a ser a tônica da assistência neonatal (SOUZA, 2011).

Na década de 1980 houve o aprimoramento do suporte ventilatório com a introdução de novas modalidades como: a oxigenação extracorporeal por membrana, pressão positiva nas vias aéreas e óxido nítrico. Além disso, houve melhora no prognóstico da retinopatia da prematuridade com a utilização da crioterapia para o seu tratamento. A nutrição parenteral ganhou espaço e cateteres venosos especiais foram desenvolvidos (SOUZA, 2011).

Ainda nessa década, Fujiwara e cols. demonstraram, com sucesso, o uso do surfactante exógeno extraído de macerado de pulmão bovino em recém-nascidos pré-termo (RNPT) com síndrome do desconforto respiratório grave (ou doença das membranas hialinas). Esta terapêutica modificou a morbimortalidade neonatal (SOUZA, 2011).

A ministração de corticóide à gestante, nas horas que antecedem o parto determina a aceleração da maturidade pulmonar fetal. Seu uso, embora seja conhecido desde a década de 1970, foi popularizado no final do século, simultaneamente à introdução do surfactante exógeno. Introduziu-se ainda, a ventilação de alta frequência (oscilometria), a hipercapnia permissiva, a triagem auditiva, a terapia com laser para o tratamento da retinopatia da prematuridade (SOUZA, 2011).

O diagnóstico pré-natal ganha importância e técnicas diagnósticas não invasivas, como translucência nugal, ultrassonografia, eco-Doppler, coleta de sangue materno para triagem genética, vieram somar-se às técnicas como amniocentese e coleta de vilos corionais, ampliando a capacidade médica para diagnosticar alterações fetais (SOUZA, 2011).

Outras grandes conquistas do final do século XX foram o rastreamento precoce do sofrimento fetal, os progressos da genética e da citogenética, a realização de exsanguinotransfusões na incompatibilidade Rh e os procedimentos cirúrgicos realizados nos primeiros dias de vida (SOUZA, 2011).

Todos esses avanços possibilitaram a melhora no atendimento ao feto e ao neonato, culminando com a viabilização de recém-nascidos considerados, até então, inviáveis, como os que nasciam com menos de 500g ou com idade gestacional inferior a 28 semanas. A prematuridade passou a ser a principal causa de internação. Assim, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, nos grandes centros, passaram a registrar a sobrevivência de recém-nascidos com peso inferior a 400g.

No corolário de todo este progresso da assistência neonatal houve também a implantação de medidas, que embora necessárias, reproduziram um agravante. Um exemplo disso é a privação dos pais de um contato íntimo, intenso e duradouro com o recém-nascido, que interfere na vinculação afetiva dos mesmos. Tamanha é essa interferência que este tema, passou a ser objeto de estudo em investigações científicas e os resultados destes serviram de subsídios para modificar em parte a assistência neonatal prestada.

A permanência dos pais nas UTIN passou a ser valorizada, sendo amplamente aceita e incentivada, favorecendo o estabelecimento do apego materno e paterno-filial. O que traz efeitos positivos, tanto para os pais, quanto

para os recém-nascidos além de favorecer o sucesso da terapêutica (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Com a implantação destas medidas os agravantes da privação materna foram minimizados. Entretanto, nos dias atuais esta realidade ainda permeia este contexto.

Neste sentido, no Brasil, algumas políticas públicas foram criadas a fim de atender os direitos da mulher-mãe e do recém nascido. Dentre estas, destaca-se a regulamentação do alojamento conjunto que proporciona um maior contato entre a mãe e o filho possibilitando a melhor adesão ao aleitamento materno (COSTA et al., 2011).

O Método Mãe Canguru (MMC) surgiu a partir da preocupação em prestar ao recém-nascido e sua família uma assistência humanizada. Este programa tem por objetivo sensibilizar os profissionais de saúde na humanização dos cuidados hospitalares oferecidos aos recém nascidos de baixo peso, numa perspectiva interdisciplinar de saúde integral que abrange pais e recém-nascidos.

Outras estratégias foram a criação do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado com todos os órgãos de saúde e Universidades do Brasil; e o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), estratégia de saúde pública que visa rastrear através de exames laboratoriais, as patologias Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias bem como a Fibrose Cística (BRASIL, 2002).

Além disso o aparato tecnológico das UTIN, capaz de garantir a sobrevivência de prematuros extremos e de baixo peso, torna este um ambiente inóspito para o recém-nascido, constituindo-se num importante desafio para os profissionais de saúde.

O intervencionismo tornou-se um dos múltiplos desafios enfrentados pela equipe de saúde, ou seja, utilizar de forma prudente esta tecnologia, garantindo a sobrevivência dos recém-nascidos e a sua qualidade de vida no futuro (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Na trajetória do cuidado neonatal, evidenciamos que o início do século XXI, é um período caracterizado pelo emprego de alta tecnologia nas UTIN. É inquestionável como a evolução dessa tecnologia modificou o prognóstico e a sobrevivência dos recém-nascidos de alto risco, mas atualmente se sabe que apenas

atender aspectos clínicos não é o suficiente, tornando imprescindível que outros aspectos sejam também considerados. Neste prisma é fundamental que as dimensões bio–psico–sócio-espirituais sejam consideradas, visando a humanização da assistência neonatal.

2.1. Tecnologias do cuidado em enfermagem

Atualmente, os hospitais têm se destacado por grandes avanços científicos, devido ao uso de técnicas e tecnologias cada vez mais sofisticadas. No entanto, apesar de todos os recursos tecnológicos e humanos ali existentes, estes ainda são insuficientes para resolver grande parte dos problemas de saúde das pessoas (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Um dos problemas que justifica este paradoxo é a visão de que tecnologia se resume em máquinas modernas, dificultando a compreensão de que quando se fala em trabalho em saúde não se refere somente ao conjunto de máquinas usadas nas ações de intervenção sobre os pacientes (MERHY, 1998).

Quando o termo tecnologia em saúde é referido associa-se este às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), atribuindo-o a máquinas e equipamentos. Este é um conceito reducionista e simplista, que por vezes, cria uma barreira entre o que é humano e o que é artificial (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Tecnologia é um conjunto de informações organizadas, provenientes de várias fontes, obtidas através de diferentes métodos, para a produção de bens e serviços. Inclui pessoas, como aquelas envolvidas na invenção, disseminação, aplicação e uso de tecnologia. Que são os pacientes, consumidores de serviços de saúde em geral, enfermeiras, médicos, técnicos, vendedores e pessoal de manutenção. Inclui os instrumentos como ferramentas e dispositivos, aparelhos e máquinas, desde termômetros até *scanners* de tomografia computadorizada. E inclui técnicas que se referem aos procedimentos que utilizam instrumentos para uso clínico, tais como punção venosa, cateterismo cardíaco e cirurgia (OLIVEIRA, 2002).

Ao olhar com atenção os processos de trabalhos realizados, é possível perceber a predominância das tecnologias duras, que são os instrumentos,

máquinas, normas e estruturas organizacionais. Entretanto é preciso vislumbrar as tecnologias que vão além das várias ferramentas e máquinas que se usa.

O que permite dizer, que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denominamos de leve-dura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado (MERHY, 2002).

E além destas duas situações tecnológicas, há uma terceira, que é denominada de leve. Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2002).

Entretanto, o que prevalece na saúde é o emprego de tecnologias duras, em detrimento de tecnologias leve-duras e leves. Não se pretende desvalorizar os avanços tecnológicos, mas não se pode reduzir os cuidados a instalação de aparelhos e observações fisiológicas (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Na atualidade a preocupação é que a tecnologia vem sendo utilizada em substituição a alguns cuidados antes realizados manualmente. O que nem sempre é salutar, especialmente no caso da enfermagem, pois essa substituição pode gerar um afastamento na relação entre enfermeiro e o cliente. A máquina traduz uma série de dados clínicos que, antes dos adventos tecnológicos só eram possíveis de serem verificados através do toque. Assim essa substituição pode estar redirecionando a enfermagem para realização de funções administrativas e burocráticas, redimensionando o espaço do cuidado com a incorporação das tecnologias de ponta (OLIVEIRA, 2002).

Um possível motivo que justifica o apego das enfermeiras à máquina pode ter origem na crença de que o profissional que domina a tecnologia ocupa uma posição privilegiada dentro de uma instituição hospitalar. Crença esta que confere status às unidades de terapia intensiva, em relação aos demais setores hospitalares, e aos profissionais que atuam nestes setores altamente supridos com tecnologia (OLIVEIRA, 2002).

Pode-se afirmar que os avanços tecnológicos incidem de forma importante na área da saúde, em particular na neonatal, que demonstra uma diminuição do índice de morbimortalidade. Percebe-se que a complexidade das condutas terapêuticas e os procedimentos técnicos favorecem maior sobrevivência aos recém-nascidos, em especial, aos prematuros internados em UTIN, antes, considerados inviáveis (OLIVEIRA et al., 2009).

Mas é comum nessas unidades, deparar-se com situações em que a tecnologia impera sobre as relações sociais, trazendo impessoalidade, frieza e desvalorização do cuidado. Assim, a dimensão da tecnologia, passa a ser representada como uma força desumanizante, que despersonaliza e objetifica as formas de cuidar, quando não é utilizada de modo adequado (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Apesar da notável relevância da UTIN para os recém-nascidos enfermos, há uma incoerência quando se percebe que uma unidade que deveria zelar pelo bem-estar do recém-nascido em todos os aspectos, é considerada um ambiente inóspito, onde acontecem barulhos, intensa luminosidade e desconforto para o recém-nascido (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Diante desse contexto é primordial a ênfase nas ações preconizadas para a humanização no cuidado neonatal, voltadas para o respeito às individualidades, à garantia de tecnologia que permita a segurança do recém-nascido, o acolhimento ao recém-nascido e sua família, facilitando o vínculo afetivo entre a tríade pai-mãe e recém-nascido durante a sua permanência no hospital e após a alta (BRASIL, 2001).

A tecnologia, como fundamento do cuidado neonatal, requer um repensar de todas as formas de relacionamento entre recém-nascidos, profissionais e família, na adequação de sua utilização a diversos saberes, oferecendo cuidado individualizado, seguro, ético e humano. Desse modo, ao cuidarmos do recém-

nascido, não devemos tratá-lo como objeto do nosso fazer, mas perceber que esse ser frágil e indefeso é uma pessoa, e como tal deve ser tratado com dignidade humana (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Assim, ao se refletir sobre o impacto da tecnologia no cuidado neonatal, devemos compreender que o que determina se uma tecnologia é boa ou ruim, se ela desumaniza, despersonaliza ou objetifica o cuidado, não é a tecnologia por si só, mas de que maneira é utilizada pelos profissionais, a sua intencionalidade e atitude face às possíveis complicações e prejuízos advindos do seu uso (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Nesse sentido, um entendimento amplo de tecnologia, permite que o enfermeiro amplie sua maneira de cuidar, principalmente, no cenário hospitalar. Focalizando um olhar abrangente para além do corpo biológico adoecido do recém-nascido, é vê-lo também em suas dimensões, sendo o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do recém-nascido e da sua família, ao conduzir melhores formas de enfrentamento do processo da hospitalização. O que vai ao encontro do proposto na Teoria de Enfermagem do Cuidado Humano Transpessoal da teórica Jean Watson.

Acredita-se que a tecnologia possa ser empregada de forma a aproximar a enfermeira do recém-nascido, humanizando e aliando tecnologia ao cuidado de enfermagem, o que será possível quando esta tecnologia for utilizada de forma crítica e racional (OLIVEIRA, 2002).

A tecnologia revela determinados saberes e maneiras de cuidar. Entretanto, torna-se necessário o aperfeiçoamento e a atualização dos profissionais de saúde para que possam aplicar o conhecimento de forma responsável e racional, desenvolvendo um senso crítico e reflexivo de suas ações. Além disso, há de se repensar novas maneiras de cuidar, utilizando a arte, a sensibilidade e a criatividade na adequação e humanização das tecnologias (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Dentro desta óptica, deve-se usar a tecnologia a favor da harmonização do recém-nascido, promovendo o seu bem-estar. Os recursos tecnológicos estão cada vez mais avançados, logo, deve-se valorizar a técnica, como uma aliada na tentativa de preservar a vida e o conforto do recém-nascido. O enfermeiro, no

desempenho de seu papel, deve lembrar que a máquina não substitui a essência humana (OLIVEIRA et al., 2009).

Cuidar de alguém é estar além da prestação de cuidados básicos, técnicas e procedimentos de enfermagem, é considerar todos os seus aspectos, tendo em vista os processos que o permeiam (SOUZA, 2002).

Diante desta complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, a noção de que uma conformação adequada da relação entre os três tipos de tecnologia, dura, leve-dura e leve, é a condição para que o serviço seja produtor de um cuidado que busca novos caminhos para uma assistência mais ética e humana, em que o recém-nascido internado em UTIN, seja visto como um fim e não como um meio.

3 REFERENCIAL TEÓRICO - TEORIA DO CUIDADO HUMANO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON

A Teoria do Cuidado Humano Transpessoal foi desenvolvida entre 1975-1979, durante o tempo que a Dr^a. Jean Watson lecionava na Universidade de Colorado. A teoria emergiu de sua própria visão da enfermagem, associada às informações obtidas em seus estudos de doutorado em psicologia educacional clínica e social.

A tentativa inicial da teórica era focalizar a enfermagem como uma disciplina emergente e uma profissão distinta da área de saúde, com seus próprios valores, conhecimentos e práticas, com sua própria ética e missão na sociedade. O trabalho também foi influenciado por seu envolvimento com o currículo acadêmico de enfermagem e esforços para encontrar um método para enfermagem que transcendesse populações, especialidade, sub-especialidades e assim sucessivamente.

Jean Watson na sua teoria tentou explicitar os valores da enfermagem, os conhecimentos e as práticas do cuidado humano, buscando agregar os processos subjetivos do cuidado e a história de vida da pessoa cuidada, requerendo unicamente a arte de cuidar e uma metodologia chamada fatores de cuidado que complementaram a medicina convencional. Essa filosofia e teoria do cuidado humano transpessoal serviram para equacionar a orientação de cura da medicina, dando para enfermagem uma disciplina científica única e profissional.

Os principais elementos conceituais da teoria original são: os fatores de cuidado, que mais tarde evoluíram para processos de cuidados; relacionamento transpessoal; cuidados momentâneos e cuidados ocasionais. Atualmente outros aspectos da dinâmica da teoria estão emergindo, e incluem: visão expandida de si própria e da outra pessoa, unidade transpessoal de mente, corpo e espírito; cuidar-cuidado que é conscientização intencional para promover a cura e o restabelecimento; consciência sobre os cuidados servirem como energia dentro do ambiente humano e avançada modalidade para curar e restabelecimento através da arte da enfermagem, como um futuro modelo para práticas de enfermagem (TALENTO; JEAN, 2003).

No sistema de valores humanistas, Watson considera o ser humano como um ser único, indivisível, autônomo e com liberdade de escolha. O cuidado

humano transpessoal de Jean Watson, incorpora dez fatores de cuidados (CHRISTOFFEL; SANTOS, 2003).

De acordo com Watson o trabalho original sobre os dez fatores de cuidado foi organizado em 1979, como método para prover um formato e foco para os fenômenos de enfermagem. Entretanto, Watson em uma análise posterior, evidenciou que enquanto fatores de cuidados ainda for a terminologia corrente para a essência da enfermagem, provendo uma estrutura para o trabalho inicial, o termo fator é muito estagnado para a atual sensibilidade. Por isso, atualmente Watson oferece outra concepção que está mais adequada para a própria evolução e futuras direções da teoria, que é o conceito de *clinical caritas* e *caritas processes* (TALENTO; JEAN, 2003).

Segundo Watson *caritas* vem da palavra grega que significa apreciar, prestar atenção e dar atenção especial. Se não há amor, nem atenção, nenhuma coisa poderá ser muito boa. A palavra também está relacionada com a palavra *carative*, original do livro da autora de 1979. No momento a autora faz uma nova conexão entre cuidar-cuidados e sem hesitação da palavra que refere *caritas*, significa amor, permitindo que o amor e cuidados venham juntos para uma nova forma de atenção transpessoal.

Para Watson *Clinical Caritas* e *Caritas Processes* é um modelo emergente do processo cuidativo transpessoal do cuidar-cuidado. Estas integradas e expandidas perspectivas são ambas pós-moderna e transcendem a indústria convencional dos modelos estáticos de enfermagem, evocando o passado e o futuro simultaneamente.

Tal maturidade e integração do passado com o presente e futuro, requer uma ampla transformação. Como publicamente e profissionalmente afirmamos estas posições teóricas, nossa ética, nossa prática, até mesmo nossa ciência, também localizamos nossa profissão e disciplina dentro de uma nova cosmologia. Tal pensamento pede um senso de reverência e respeito à vida e a todas as coisas vivas. É incorporar arte e ciência, como também redefini-las, reconhecendo uma convergência entre arte, ciência e espiritualidade (TALENTO; JEAN, 2003).

Nesta metodologia cada um é também perguntado, ou se não motivado, a examinar e explorar a relação crítica entre o pessoal e o profissional; para traduzir um único talento, interesses e valores dentro dos serviços humanos de cuidar-

cuidado, para si próprio e para com os outros, e até mesmo para o próprio planeta terra (TALENTO; JEAN, 2003).

Os fatores cuidativos originais serviram como um guia, referido como a essência da enfermagem e apontou determinados aspectos que potencializaram o relacionamento e os processos curativos terapêuticos, afetando o cuidador e aquele que está sendo cuidado. Mais adiante, isso foi fundamentado pela teórica, como sendo filosofia, ciência, e arte de cuidar.

O termo cuidativo é a dimensão maior e mais profunda da enfermagem, vai além das mudanças de tempo, preparação, procedimentos e tarefas funcionais, especializadas e direcionadas em torno da doença e tecnologia de tratamento. Desta forma, a teoria de enfermagem transpessoal oferece outros caminhos que diferem, contudo, complementam o que conhecemos como enfermagem moderna, mais conhecido como modelo médico-enfermagem convencional (TALENTO; JEAN, 2003).

Os dez fatores cuidativos originais consistem em:

1. A formação de um sistema de valores humanísticos-altruístas;
2. A promoção da fé-esperança;
3. O cultivo da sensibilidade para si mesmo e para com os outros;
4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança;
5. A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
6. A utilização do processo de cuidado criativo na resolução dos problemas;
7. O desenvolvimento do ensino e cuidado transpessoal;
8. A provisão de um ambiente de apoio integral;
9. Assistência voltada para a gratificação das necessidades humanas;
10. A permissão de forças existenciais-fenomenológicas.

Enquanto algumas das doutrinas básicas dos fatores cuidativos originais ainda seguram, e são usados como a base para alguns modelos de prática e pesquisa guiados pela teoria, a autora está propondo, como parte de sua própria evolução e evolução das idéias e a da própria teoria em si, transpor os fatores cuidativos dentro dos processos cuidativos clínicos.

Watson refere que como os fatores cuidadosos evoluem dentro de uma perspectiva expansiva, e suas idéias e valores também evoluem, ela oferece agora as seguintes adaptações dos fatores cuidadosos originais, dentro do processo de cuidados clínicos, sugerindo a abertura de outros caminhos que poderão ser considerados, que são (TALENTO; JEAN, 2003):

1. Formação de sistema de valores humanístico-altruístico se torna: prática de bondade e amor ao próximo;
2. Promoção da fé-esperança se torna: autêntica presença e sustentação do sistema de vida no mundo;
3. O cultivo da sensibilidade para si mesmo e para com os outros, se torna: cultivo das próprias práticas espirituais e transpessoal da pessoa;
4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança se torna: desenvolver e sustentar uma relação de ajuda-confiança, autêntica e atenciosa;
5. A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos se tornam: presente e encorajador ao sentimento negativo e positivo como sendo uma conexão com o nível mais profundo de espírito;
6. Uso sistemático e criativo de resolução de problemas de processos curativos se torna: uso criativo de si próprio e de todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cura gerando a arte da prática de cuidados e cuidadosos;
7. Promoção transpessoal do ensino e aprendizagem se torna: parte da experiência do ensino-aprendizagem original que significa permanecer dentro de outras referências;
8. Fornecer suporte, proteção, correções mentais, físicas, sociais e espirituais, se torna: criar um ambiente cuidadoso em todos os níveis, bem como físico e não físico, mas que seja um ambiente de energia, consciência, beleza, conforto, dignidade e paz potencializada;
9. Ajuda com satisfação de necessidades humanas, se torna: ajudando com necessidades básicas, com uma consciência atenciosa intencional, administrando essencialmente os cuidados humanos que alinham e potencializam mente-corpo-espírito;

10. Conceder força, fenômeno espiritual e existencial, se torna: abrindo e prestando atenção as dimensões espiritual-misteriosas e existenciais da própria vida-morte da pessoa; cuidado da alma para o ego e um-porque-ser-cuidado.

O que difere no vigeno de *Caritas Clínico* é que uma dimensão decididamente espiritual e uma evocação pública de amor que se funde em um paradigma novo deste novo milênio. Tal perspectiva coloca a teoria num vigeno mais consistente propiciando sua evolução. Esta direção vai além de teoria e se torna um paradigma convergindo para o futuro da enfermagem.

Assim, Watson considera seu trabalho uma matriz filosófica para a enfermagem que está evoluindo, uma matriz de disciplina profissional, em lugar de uma teoria específica por si só. Essa teoria foi e está sendo usada, como um guia para currículos educacionais, modelos de práticas clínicas, métodos para pesquisa e investigação, como também direções administrativas.

Esta posição de trabalho com uma fundamentação moral explicita valor e objetos relacionados a uma posição específica de respeito ao ser humano como centro do processo, preocupação agora com uma moral e com a ontologia, ou seja, com a natureza do ser, da realidade, do ser enquanto ser. Tem também como um ponto de partida crítico para a existência da enfermagem, a missão do avanço adicional para humanização. Não obstante, o uso e a evolução são dependentes em práticas críticas, reflexivas que devem ser interrogadas continuamente e criticadas para permanecer dinâmica, flexível, e se auto-revisando (TALENTO; JEAN, 2003).

Este trabalho está de acordo com recentes relatórios de cuidado médico e saúde, reforma educacional profissional, que pedem a centralidade das relações atenciosa-curativas como a base fundamental para toda a saúde, educação profissional e reforma da prática.

A tarefa central da educação de profissões de saúde deve ser ajudar os docentes e discentes a aprender formar relações atenciosas, curativas com pacientes e com suas comunidades, e entre si, com conhecimento deles próprios, habilidades e valores necessários para relações efetiva. Esse desenvolvimento leva ao amadurecimento dos estudantes que passam a serem reflexivos, os

profissionais passam a entenderem o paciente como uma pessoa, reconhecem e lidam com contribuições múltiplas a saúde e doença, e entendem a natureza essencial das relações de cura.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa pode ser definida como um procedimento reflexivo, sistemático, controlado e crítico que permite descobrir novos fatos ou dados, soluções ou leis, em qualquer área do conhecimento (RAMPAZZO, 1998).

Para se realizar uma pesquisa é preciso promover o confronto entre os dados, as evidências, as informações coletadas sobre determinado assunto e o conhecimento teórico acumulado a respeito dele. Em geral isso se faz a partir do estudo de um problema, que ao mesmo tempo desperta o interesse do pesquisador e limita sua atividade de pesquisa a uma determinada porção do saber, a qual ele se compromete a construir naquele momento. Trata-se, assim, de uma ocasião privilegiada, reunindo o pensamento e a ação de uma pessoa, ou de um grupo, no esforço de elaborar o conhecimento de aspectos da realidade que deverão servir para a composição de soluções propostas aos problemas (LUDKE; ANDRÉ, 2001).

Desta forma, a pesquisa é uma atividade voltada para a solução de problemas através do método científico. Método científico é o método mais elevado de obtenção de conhecimento e tem sido utilizado de maneira produtiva por pesquisadores que se dedicam ao estudo de uma ampla gama de problemas que interessam ao desenvolvimento de uma área da ciência (POLIT; HUNGLER, 2004).

O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos (GIL, 2007). Portanto, podemos referir que a pesquisa é a atividade básica da ciência no seu questionamento e construção da realidade, vinculando pensamento e ação, embora seja uma prática teórica.

4.1. Tipo de estudo e abordagem metodológica

A presente investigação trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa tem como objetivos estudar as características de um grupo ou de um determinado fenômeno. Sendo que na pesquisa descritiva

o pesquisador analisa, classifica e interpreta os dados sem interferir neles (GIL, 2007).

As pesquisas qualitativas abordam dados subjetivos os quais relacionam valores, crenças, atitudes e opiniões dos atores sociais. É o tipo de pesquisa que se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser mensurado (MINAYO, 2001). A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e analisa a presença ou ausência de determinada característica, basicamente, busca entender um fenômeno específico em profundidade (MARCONI ; LAKATOS, 2008).

A pesquisa qualitativa é sensível ao contexto no qual ocorrem os eventos estudados, sendo um tipo de pesquisa caracterizada como compreensiva e holística (SILVA; SILVEIRA, 2006).

Os métodos de pesquisa qualitativa são entendidos como aqueles capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. O significado é o conceito central para a análise sociológica (MINAYO, 2001).

A Fase exploratória da pesquisa compreende a etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo. A Fase exploratória termina formalmente com a entrada em campo. Na realidade, as etapas se interpenetram e o esforço de delinear esse começo de caminho tem sua raiz na teoria e na prática (MINAYO, 2001).

O olhar sobre o Objeto está condicionado historicamente pela posição social do cientista e pelas correntes de pensamento em conflito na sociedade. Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos (MINAYO, 2001).

No entanto, é necessário admitir que após uma classe ter descoberto algum fato histórico ou sociológico, todos os grupos, quaisquer sejam seus interesses, não só podem levar em consideração as descobertas como as incorporam ao seu sistema de interpretação do mundo. As correntes intelectuais diversas não se desenvolvem isoladamente, mas se afetam e se enriquecem mutuamente (MINAYO, 2001).

Esta concepção de pesquisa por se inserir numa corrente de pensamento acumulado nos remete ao caráter social da pesquisa, na qual o pesquisador está mergulhado naturalmente na corrente da vida em sociedade, com suas competições, interesses e ambições, ao lado da legítima busca do conhecimento científico. Conhecimento este comprometido, portanto com sua realidade histórica e não pairando acima dela como verdade absoluta. A construção da ciência é um fenômeno social por excelência (LUDKE; ANDRÉ, 2001).

A pesquisa, então, não se realiza numa estratosfera situada acima da esfera de atividades comuns e correntes do ser humano, sofrendo assim as injunções típicas dessas atividades. O que se quer é aproximar a pesquisa da vida diária, em qualquer âmbito de trabalho, tornando-a um instrumento de enriquecimento do seu trabalho (LUDKE; ANDRÉ, 2001).

É igualmente importante lembrar que, como atividade humana e social, a pesquisa traz consigo, inevitavelmente, a carga de valores, preferências, interesses e princípios que orientam o pesquisador. Claro está que o pesquisador, como membro de um determinado tempo e de uma específica sociedade, irá refletir em seu trabalho de pesquisa os valores, os princípios considerados importantes naquela sociedade, naquela época. Assim, a sua visão do mundo, os pontos de partida, os fundamentos para a compreensão e explicação desse mundo irão influenciar a maneira como ele propõe suas pesquisas ou, em outras palavras, os pressupostos que orientam seu pensamento vão também nortear sua abordagem de pesquisa (LUDKE; ANDRÉ, 2001).

Os fatos, os dados não se revelam gratuita e diretamente aos olhos do pesquisador. Nem este os enfrenta, desarmado de todos os seus princípios e pressuposições. Ao contrário, é a partir da interrogação que ele faz aos dados, baseada em tudo o que ele conhece do assunto – portanto, em toda a teoria

acumulada a respeito – que se vai construir o conhecimento sobre o fato pesquisado (LUDKE; ANDRÉ, 2001).

O papel do pesquisador é justamente o de servir como veículo inteligente e ativo entre esse conhecimento acumulado na área e as novas evidências que serão estabelecidas a partir da pesquisa. É pelo seu trabalho como pesquisador que o conhecimento específico do assunto vai crescer, mas esse trabalho vem carregado e comprometido com todas as peculiaridades do pesquisador, inclusive e principalmente com as suas definições políticas (LUDKE; ANDRÉ, 2001).

Nesse movimento aparentemente linear de desenho das etapas da pesquisa é enfatizado, de um lado a necessidade, para fins de análise, de dar atenção a cada procedimento; e de outro, para a liberdade de reconhecer as diferentes técnicas e métodos como guias e prescindir deles quando se tornam obstáculos. É nessa interação que se torna possível realizar um trabalho científico criador (MINAYO, 2001).

4.2 Cenário e sujeitos da pesquisa

Frente ao entendimento da abordagem metodológica, elegeram-se como sujeitos da pesquisa, enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal dos Hospitais Universitários Federais da região sudeste do Brasil. Os critérios de inclusão consistem no participante ser enfermeiro e voluntário da pesquisa.

A priori foi identificado os Hospitais Universitários Federais do Brasil, utilizando como fonte o Portal do Ministério da Educação e Cultura (MEC), nesta busca foram localizados 45 Hospitais Universitários (tabela em anexo), sendo que 16 encontram-se na região sudeste do Brasil (BRASIL, 2011). Destes oito possuem UTIN, constituindo o cenário da pesquisa.

Tabela 1 - Hospitais Universitários da Região Sudeste do Brasil

	Universidade Federal do Espírito Santo <u>HU ANTONIO DE MORAES</u>
	Universidade Federal Fluminense <u>HU ANTONIO PEDRO</u>

REGIÃO SUDESTE	Universidade Federal do Rio de Janeiro <u>HU CLEMENTINO FRAGA FILHO</u> <u>HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS</u> <u>INST. DE DOENÇAS DO TÓRAX</u> <u>INST. PUER. PED. MARTAGÃO GESTEIRA</u> <u>INSTITUTO DE GINECOLOGIA</u> <u>INSTITUTO DE NEUROLOGIA DEOLINDO COUTO</u> <u>INSTITUTO DE PSIQUIATRIA</u> <u>MATERNIDADE ESCOLA</u>
	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro <u>HU GAFFRÉE E GUINLE</u>
	Universidade Federal de Juiz de Fora <u>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</u>
	Universidade Federal de Minas Gerais <u>HOSPITAL DE CLÍNICAS</u>
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro <u>HOSPITAL ESCOLA</u>
	Universidade Federal de Uberlândia <u>HOSPITAL DE CLÍNICAS</u>
	Universidade Federal de São Paulo <u>HOSPITAL SÃO PAULO</u>

Vale destacar que a escolha dos hospitais universitários deu-se por acreditar na premissa de que estes são hospitais de referência. Enquanto hospitais escola, na maioria das vezes, dispõem de recursos e incentivos estatal para a realização de pesquisas científicas, o que contribui para que desponham como precursores no desenvolvimento de várias áreas da ciência.

Em consonância com os critérios estabelecidos na metodologia, foi possível entrevistar um enfermeiro de cada unidade selecionada como campo de estudo, totalizando oito participantes. Inicialmente o convite para participar da pesquisa foi direcionado para o gerente da unidade, entretanto, a maioria destes gerentes delegou essa função para os enfermeiros assistenciais da unidade.

O trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento partindo da realidade presente no campo. O trabalho de campo deve estar ligado a uma vontade e uma identificação com o tema a ser estudado, permitindo uma melhor realização da pesquisa proposta (LUDKE; ANDRÉ, 2001).

O campo de pesquisa é concebido como recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação (MINAYO, 2001).

4.3. Procedimento da pesquisa

Referente ao procedimento, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer nº. 302/2010 foi realizado um processo de recrutamento dos sujeitos através de contato telefônico em que foi efetuado o convite para participar da pesquisa. Mediante o aceite foi enviado via e-mail ou correio, conforme a preferência do sujeito, um questionário juntamente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Neste termo foram informados aos sujeitos, os objetivos do estudo, procedimentos e que a pesquisa comportava risco mínimo por se tratar de um estudo em que não seria realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos indivíduos que dele participassem.

Para os participantes que não devolveram o questionário no prazo estipulado de 30 dias, foi realizado um novo contato solicitando a aplicação de um formulário via telefone. O instrumento abordou questões referentes ao conceito de humanização e as estratégias empregadas para a efetivação deste conceito.

É oportuno esclarecer que para os sujeitos que optaram em participar da pesquisa via e-mail, foi solicitada a assinatura digital no TCLE, e quando isso não foi possível foi enviado um e-mail contendo informações sobre a pesquisa e o convite para o sujeito participar da mesma, juntamente com o TCLE. Somente após a resposta deste e-mail em que o sujeito declarou que aceitava participar da pesquisa e que estava ciente do TCLE, foi enviado o questionário.

Frente ao exposto é oportuno distinguir questionário de formulário. O primeiro é um instrumento de investigação composta por um número de questões auto-aplicadas, apresentadas por escrito às pessoas. Este instrumento possibilita atingir grande número de pessoas, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica muito extensa; implica menores gastos com pessoal, posto que não exige o treinamento dos pesquisadores; garante o anonimato das respostas; permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente; não expõem os pesquisados à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistador. Já o formulário é um roteiro de perguntas enunciadas e preenchidas pelo pesquisador, ou orientadas por este (GIL, 2007).

Vale destacar que além da aplicação do questionário e do formulário, para a coleta de dados foi também realizada visita a alguns hospitais que não deram nenhum retorno aos contatos estabelecidos pelos pesquisadores via e-mail e/ou telefônico.

4.4. Análise dos dados

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material coletado, foi empregada a técnica da Análise Temática, também chamada Análise Categorical. Este tipo de análise comporta um feixe de relações que pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase ou um resumo. Funciona pelo desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos (RODRIGUES; LEOPARDI, 2008).

A análise dos depoimentos coletados representa, em qualquer pesquisa, a obtenção de dados precisos da problemática investigada, podendo servir, também, para a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestados (MINAYO, 2001).

Os dados que compõem o material para a análise, não se mostrando diretamente, precisam ser construídos através de categorias representativas, agrupando-se pelas aproximações de conteúdos, em quantidades que permitam uma construção lógica de relação entre o domínio subjetivo e o domínio social.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado. Frequentemente, esta técnica de análise se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definidoras do caráter do discurso; ou ao contrário, qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2001).

Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas. A primeira, denominada pré-análise, consiste na seleção dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, com reformulação frente ao material coletado, e na adequação de indicadores que orientam a interpretação final. A segunda etapa da análise temática é a exploração do material, que consiste, essencialmente, na operação de codificação e realiza-se na transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. A última etapa do processo de análise temática consiste no tratamento dos resultados obtidos e na interpretação (MINAYO, 2001).

Vale salientar que o pesquisador, sem exageros que imobilizem o seu trabalho, em vez de estimulá-lo, deve estar sempre atento à acuidade e veracidade das informações que vai obtendo, ou melhor, construindo. Que o pesquisador coloque nessa construção toda a sua inteligência, habilidade e técnica, cercando o seu trabalho com o maior cuidado e exigência, para merecer a confiança dos que necessitam dos seus resultados (LUDKE; ANDRÉ, 2001).

4.5 Cuidados Éticos

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo o ser humano de forma direta, é necessário o encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que é assumido que os aspectos éticos de pesquisa estarão pautados nas

Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, contemplando os aspectos mencionados na Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 2000).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação deste capítulo inicia-se com a caracterização dos sujeitos da pesquisa e a seguir são apresentadas às unidades temáticas elaboradas a partir da análise dos dados.

Dos oito participantes, sete eram do sexo feminino e um do sexo masculino. A idade dos participantes da pesquisa variou de 29 a 47 anos. Referente ao tempo de formação o intervalo foi de 8 a 25 anos, sendo que o tempo de atuação em UTIN variou de 7 a 25 anos, ou seja, praticamente todos atuam em UTIN desde que se formaram. Para preservar o anonimato dos sujeitos a fala destes foi identificada no texto com a letra E seguida de um número identificador.

O número de leitos das unidades em que atuam esses enfermeiros variou de 5 a 60 leitos, sendo 27 a média de leitos das unidades investigadas. E o tempo de existência das UTIN variou de 12 a 40 anos, sendo 14 anos a média de existências das unidades. Uma das participantes não soube informar o tempo de existência da UTIN em que atua.

Os resultados obtidos, após os enfermeiros responderem ao questionário que versou sobre humanização do cuidado neonatal e tecnologias do cuidado empregadas nas unidades para efetivar este conceito encontram-se reunidos nas temáticas emergidas.

5.1. O olhar dos enfermeiros sobre a humanização neonatal

Em relação ao entendimento sobre humanização em unidade de terapia intensiva neonatal, os enfermeiros responderam de uma forma geral que humanizar é buscar acolher a família e inseri-la no cuidado; é adaptar o ambiente às necessidades do recém-nascido; é atender o indivíduo de forma individualizada e integral se colocando no lugar do outro.

Humanizar na unidade neonatal é acolher o recém-nascido e seus pais da melhor forma possível. Sabemos que o ambiente de terapia intensiva é muito estressante tanto para os pais quanto para o RN. (E6)

[...] é buscar o atendimento ao cliente de forma individualizada, tratando das diversas necessidades do cliente, de forma integralizada e inserindo a família no cuidado. (E3)

No que se refere à humanização do cuidado neonatal, sabe-se que acolher e inserir a família neste cuidado é o primordial. Neste sentido, a tônica postulada é propiciar o máximo de contato mãe/filho, o que nos casos de uma internação em UTIN pode ficar prejudicado. Portanto, é indubitável que medidas que favoreçam o estabelecimento desse contato sejam instauradas nessas unidades. Evidentemente, respeitando as condições de saúde do binômio e o desejo da mãe.

A assistência ao recém-nascido passou por intensas transformações que, acompanhadas de novas tecnologias, trouxeram um universo mais amplo ao cuidado nas unidades destinadas a essa clientela. Essas mudanças atingiram também a finalidade do trabalho, realizado na perspectiva da ação terapêutica de saúde ao neonato, no apoio à família e na racionalidade do processo de trabalho.

As transformações foram importantes, pois nesta nova perspectiva do cuidado neonatal há espaço para a família, já que o novo direcionamento permite que o recém-nascido seja visto como parte integrante de um núcleo familiar inserido num determinado contexto.

No que tange a adaptação do ambiente às necessidades do recém-nascido, conforme menção dos sujeitos sabe-se que os fatores ambientais, desde a concepção, parto e nascimento, têm implicações importantes para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido enquanto cidadão (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

A humanização em UTIN compreende as ações do cuidado ao RN focado no seu desenvolvimento; o acolhimento da família, o controle da dor; a adaptação do ambiente às necessidades do RN, como controle de ruídos, iluminação; etc.(E1)

Oferecer informações claras para os pais sobre seu bebê, tornar o ambiente mais confortável para o bebê, diminuindo barulho, luz, etc. (E7)

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, apesar de todo o aprimoramento e progresso tecnológico, proporcionam cuidados especializados que podem favorecer o aparecimento de iatrogenias no processo de desenvolvimento dos recém-nascidos (SCOCHI, 2001). Esse cuidado envolve doenças severas, ruídos, luzes, exposição a analgésicos, sedativos e outras drogas, privação da interação materna normal, exposição do recém-nascido imaturo a variadas fontes de estresse e dor em um período quando ele é em nível de desenvolvimento, menos hábil para enfrentá-las (WHITFIELD, 2003).

As condições do ambiente nessas unidades é um fator contribuinte da morbidade neonatal. O estímulo sensorial anormal pode ser uma fonte de estresse grave em um período sensível do recém-nascido e pode interferir no desenvolvimento cerebral. A exposição a fortes níveis de ruído pode gerar, no prematuro, prejuízo sensorineural, causar estresse e cooperar para o desenvolvimento de distúrbios de linguagem ou auditivos no recém-nascido pré-termo (GLASS, 1999).

Frente ao exposto é salutar que a preocupação com o controle e adaptação do meio, para atender as necessidades do recém-nascido, tenha permeado o discurso dos sujeitos. Uma vez que os fatores ambientais têm significativas implicações no tratamento do recém-nascido.

Atender o indivíduo de forma individualizada e integral num exercício de empatia foi o entendimento de humanização apontado nas falas dos sujeitos. O que se considera essencial para a efetivação de um cuidado em que o recém-nascido não seja visto como objeto do fazer profissional.

[...] é você se colocar no lugar do outro, é tratar da forma que você gostaria de ser tratado, é inovar no sentido de fazer diferente, não no sentido de fazer coisas novas, mas fazer diferente aquelas que já fazemos. (E2)

*[...] significa tornar humano, significa colocar-se no lugar do outro
[...] é ter atitudes que o profissional teria como se o RN que ele cuida fosse seu filho. Oferecer uma assistência de enfermagem individualizada e integral. (E7)*

Nesse sentido, cuidar do recém-nascido resgata a sensibilidade e a intuição do cuidador de perceber o outro em toda a sua integralidade; privilégios

que não podem ser delegados aos aparelhos e aos procedimentos técnicos (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Essas atitudes corroboram a teoria transpessoal de Jean Watson, visto que não pressupõe uma atitude unilateral dos sujeitos envolvidos, mas uma busca mútua para a descoberta e o aprendizado com o outro, uma visão expandida de si próprio e da outra pessoa, unidade transpessoal de mente, corpo e espírito; cuidar-cuidado que é conscientização intencional para promover a cura e o restabelecimento (WATSON, 2003).

Para Watson quando incluímos cuidado e amor em nosso trabalho e em nossa vida, descobrimos que a enfermagem é mais do que a enfermagem que aprendemos, é mais que somente um trabalho, mas uma vida onde se doa e uma vida onde se recebe, uma vida inteira de crescimento e aprendizagem.

Watson em sua teoria do cuidado humano transpessoal, refere que a enfermeira deve entrar e permanecer no outro, por conectar com o mundo interno do espírito e significados do outro; eles se unem numa procura mútua por significados e integralidade de ser e tornar a medidas potencialmente confortáveis, como controle da dor, um senso de bem-estar, integralidade, ou até mesmo a transcendência espiritual de sofrer, ou seja, a pessoa é vista como um todo e é completa.

Assim humanizar a assistência implica em mudanças na atitude, na filosofia de vida e na percepção de si e do outro como ser humano. Humanizar não é uma técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade das pessoas que assistem o paciente, procurando realizar e oferecer o tratamento que ele merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento no hospital (SANTOS, 2001).

A questão de entender a humanização como um processo foi também referida nas falas:

A humanização em UTIN é um processo contínuo, pois se colocar no lugar do outro exige mudanças e mudanças para algumas pessoas refletem resistência. (E4)

Neste sentido, é imprescindível o entendimento de que processo implica em constantes mudanças e para isso, segundo a Teoria do Cuidado Humano

Transpessoal, requer transformação de si próprio, do meio, do trabalho, incluindo a própria profissão. A pessoa é desafiada a se realocar nestas idéias emergentes sendo convidada a um novo relacionamento consigo próprio e com o meio.

Ao discutir essa categoria pode-se aludir que durante muito tempo o cuidado neonatal esteve centrado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e nas práticas curativas. O avanço na área propiciou uma reconfiguração deste modelo e atualmente o que se busca é a efetivação de um modelo de cuidado pautado na humanização da assistência.

Este novo modelo deve estar aliado a uma visão humanista contemplando uma atenção em relação ao contexto social, cultural e econômico no qual estão inseridas a mulher, a criança e a família (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Ao finalizar esta categoria torna-se relevante ressaltar que a real finalidade dessas unidades, no sentido de humanizar a assistência, deve ser proporcionar ao recém-nascido melhores condições de adaptação à vida extra-uterina, sob o ponto de vista físico, emocional e espiritual; prestar assistência de enfermagem integral ao recém-nascido e sua família, proporcionando ambiente e condições adequadas para que os pais desenvolvam um relacionamento harmonioso com seu filho e sejam estimulados a participarem dos cuidados prestados ao mesmo; reduzir o índice de morbimortalidade neonatal; promover e incentivar o aleitamento materno. Sem deixar de estimular e desenvolver atividades de ensino e pesquisa no âmbito da assistência neonatal.

5.2. Tecnologias do cuidado em enfermagem empregadas nas UTIN

Na presente categoria foi possível conhecer as estratégias de humanização empregadas nas UTIN dos Hospitais Universitários da região sudeste. As estratégias relatadas pelos entrevistados foram basicamente: redução da estimulação ambiental como cuidado com a iluminação e os níveis de ruído; musicoterapia; estímulo do contato pele-a-pele; banho de ofurô; sucção não-nutritiva e uso de fármacos durante procedimentos mais invasivos; escala de avaliação para dor; cateter central de inserção periférica (PICC); método mãe-

canguru; aleitamento materno; inserção da família no cuidado, com livre acesso da mãe e visita ampliada da família.

Destaca-se que a diminuição da dor foi uma preocupação constante dos participantes, no sentido de humanizar o cuidado neonatal. Acredita-se que o maior obstáculo para aliviar e tratar a dor neonatal seja a dificuldade para mensurá-la. Assim a capacidade para perceber a manifestação da dor depende de competência técnica, além de sensibilidade aguçada e comprometimento com o bem estar do recém-nascido assistido pelo profissional.

Para uma atuação terapeuticamente efetiva, diante de situações possivelmente dolorosas, não basta saber que o recém-nascido tem maneiras de exprimir a dor. É preciso dispor de instrumentos que decodifiquem sua linguagem, seu modo de se manifestar. Reconhecer sinais e efetivar ações adequadas são metas assistenciais a serem atingidas. Assim a observação das demandas sutis, como as demonstrações de desconforto, contempla o cuidado humanizado (SOUZA, 2011).

Em se tratando da dor no recém-nascido, sabe-se que no ambiente da UTIN, estes são comumente expostos a múltiplos eventos estressantes e dolorosos. Estima-se que o recém-nascido gravemente doente seja submetido a um número de procedimentos que varia entre 50 e 150 por dia (SOUZA, 2011).

Por muitas décadas, os profissionais da saúde, acreditavam que o recém-nascido não sentia dor. Justificavam este posicionamento pela mielinização incompleta, imaturidade do sistema nervoso e ausência da queixa de dor. Associado a isso tinha o grande temor dos efeitos colaterais dos opióides com ênfase na depressão respiratória, o que acarretou, por muito tempo, a falta de qualquer tipo de procedimento analgésico nos neonatos submetidos a procedimentos dolorosos (CHAVES, 2011).

Hoje se sabe que o estímulo doloroso agudo no recém-nascido promove complicações fisiológicas e comportamentais, que aumentam a sua morbidade e mortalidade no período de internação. Assim, sabe-se que o recém-nascido sente dor e este sintoma precisa ser prevenido, quando possível, diagnosticado precocemente e tratado (CHAVES, 2011).

A dor intensa deve ser manejada com agentes farmacológicos, enquanto os desconfortos e a dor de menor intensidade, com medidas não farmacológicas para alívio e prevenção (SOUZA, 2011). Conforme os relatos a seguir:

[...] Na unidade temos um protocolo de dor, usamos uma escala de avaliação de dor. Temos sucção não nutritiva empregada durante a realização de procedimentos, e para procedimentos mais invasivos usamos opióides como Fentanil. (E2)

[...] Ao realizar procedimentos dolorosos, em bebês que não estão sedados oferecemos solução de glicose a 50% diluída em ABD e este suga o dedo do profissional enluvado com esta solução e podemos perceber que ele fica muito mais tranquilo. (E6)

Algumas intervenções não farmacológicas objetivam prevenir a intensificação de um processo doloroso, a desorganização do neonato, o estresse e a agitação, ou seja, minimizar as repercussões da dor. Podem ser utilizadas individualmente na dor de leve intensidade, mas frente à dor moderada ou severa, deverão ser acrescida por intervenções farmacológicas, prescritas pela equipe médica (SOUZA, 2011).

Algumas intervenções não farmacológicas são possíveis diante da dor, como por exemplo (SOUZA et al., 2011):

- Oferecer sucção não nutritiva durante e após a manipulação, pois isso inibe a excitação e modula o desconforto do recém-nascido;
- Oferecer 1 ml de solução glicosada 25% ao recém-nascido a termo e 0,4 ml ao recém-nascido pré-termo, entre 1 e 2 minutos antes do procedimento doloroso, pois estimula a liberação de endorfina.
- Promover contenção moderada, permitindo movimentos voluntários, posicionando o recém-nascido com equilíbrio entre posturas flexoras e extensoras;
- Falar com o recém-nascido em tom de voz suave, embalar sempre que possível e de preferência envolvendo os pais;
- Executar o procedimento em etapas, permitindo a recuperação fisiológica à dor, para isso é preciso observar o neonato, respeitando seu estado comportamental e interrompendo a intervenção quando necessário;

- Usar o mínimo de adesivos e fixações, trocá-los o mínimo possível, evitando molhá-los. É sugestiva a fixação de eletrodos em braços e coxas, em vez de tórax por ser um local muito manipulado;
- Racionalizar a manipulação do recém-nascido, agrupando cuidados e otimizando a monitorização não invasiva;
- Tornar o ambiente da UTIN mais acolhedor e menos estressante, diminuindo o ruído ambiental e a incidência de luz sobre o berço ou incubadora;
- Estimular o contato com os pais e a participação desses nos cuidados possíveis.

Aqui vale destacar a importância da participação dos pais, pois o toque e o contato físico também acalmam. A presença da mãe, durante e após a manipulação, confortando o bebê, por meio do toque, do contato pele a pele, proporciona o alívio do desconforto físico e emocional provocado pela dor (SOUZA et al., 2011).

O toque físico não é apenas agradável, ele é necessário para o nosso bem-estar, tanto físico quanto emocional. O toque terapêutico, reconhecido como uma ferramenta essencial para a cura constitui agora parte do treinamento dos profissionais de enfermagem, em vários grandes centros médicos. O toque é usado para aliviar a dor, a depressão e a ansiedade. Vários experimentos demonstram que o toque pode: fazer-nos sentir melhor com nós mesmos e com o ambiente à nossa volta, provocar mudanças fisiológicas mensuráveis naquele que toca e é tocado (MONSANTO, 2010).

[...] Implantamos os cuidados integrais e melhoramos os cuidados favorecedores do desenvolvimento, respeitando o manuseio mínimo [...] ainda buscamos melhorar a ambiência e favorecer o contato pele-a-pele. (E3)

[...] Temos a sucção não-nutritiva, propiciamos o contato pele-a-pele, utilizamos escala de dor [...] (E8)

O toque estimula fibras sensitivas superficiais da pele e gera relaxamento muscular e estimulação do sistema límbico (centro do prazer) em nível neurofisiológico, reduzindo o padrão de dor. Por isso, estabelece uma comunicação significativa para o recém-nascido, por ser o tato um componente

importante no modo como este se consola, explora seu mundo e inicia contato (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007).

Atualmente, outra estratégia muito usada, para diminuir a dor e o estresse do recém-nascido é o uso do cateter central de inserção periférica (PICC). Como sua denominação descreve, é um cateter inserido através de uma punção periférica e introduzido até a desembocadura da veia cava em átrio direito (AMORIN; PINTO; SANTOS, 2000).

[...] Em nossa UTIN realizamos a inserção de cateter PICC, que diminui a dor e o estresse [...] (E5)

Este tipo de cateter tem sido utilizado no tratamento de recém-nascidos há quase três décadas, particularmente nos recém-nascidos pré-termos que necessitam de acesso venoso prolongado. Suas vantagens estão relacionadas a inúmeros benefícios que este procedimento traz para o recém-nascido, principalmente, no que tange à diminuição do número de punções, e conseqüentemente, diminuição do estresse e da dor, pois este dispositivo, em sua maioria, permanece o tempo necessário para o tratamento.

No contexto de humanização do cuidado neonatal, o banho de ofurô foi uma estratégia que, apesar de ser empregada em apenas uma UTIN campo de estudo, vale ser destacada.

Este banho é realizado com o recém-nascido na posição vertical imerso num balde, sendo uma opção diferente para o banho tradicional, porque oferece uma oportunidade de relaxamento, proporcionando também segurança e estímulos vivenciados no útero materno, na posição fetal, além de transmitir limites ao corpo, auxiliando em sua organização sensorial (RICHETTO; SOUZA, 2011).

[...] Dentre as estratégias que utilizamos, a mais nova é o banho de ofurô [...] (E5)

A água quente (37 a 38°C) é relaxante, simula o ambiente intrauterino e permite melhora nos estados de agitação, insônia, diminuindo inclusive episódios de cólica intestinal. A água no banho de balde esfria lentamente, em razão da menor superfície de contato com o ar. Para segurar o recém-nascido, nos primeiros dias, pode ser utilizada uma mão abaixo dos glúteos, duas mãos na

região dorsal ou em cervical, assim o recém-nascido flutua (RICHETTO; SOUZA, 2011).

Este procedimento visa o ganho de apetite, que resulta em aumento do peso, e o relaxamento do recém-nascido, que fica mais tranqüilo e mama melhor. Há também um ganho nas questões afetivas. Por isso, é importante que a mãe acompanhe o banho, que ela fale com o recém-nascido e mantenha contato visual. Tudo isso proporciona maior proximidade entre mãe e recém-nascido.

Os banhos podem ser dados desde o primeiro dia de vida. Com o crescimento do recém-nascido, pode ser necessário um ofurô, propriamente dito, mas o balde de tamanho grande possibilita banho de criança com até cerca de 6-8 meses. O recém-nascido pode usar o ofurô só para relaxar, depois de um banho na banheira tradicional e ser banhado embrulhado (se for para relaxamento) ou nu (quando a higiene também é realizada) (RICHETTO; SOUZA, 2011).

Outra estratégia mencionada e, que também, se mostrou utilizada, apenas por uma instituição, mas que tem um grande valor terapêutico é a musicoterapia. A Musicoterapia, ciência organizada como tal no século XX, estuda os efeitos terapêuticos da música nos seres humanos, como por exemplo: torna mais lenta e profunda a respiração; aumenta a resistência às excitações sensoriais; combate o estresse; permite o domínio das forças afetivas e auxilia no bom funcionamento da fisiologia (TABARRO et al., 2010).

[...] Utilizamos também a Musicoterapia, tem sessões as terças e quartas que são realizadas numa sala separada, é aberta aos pais, familiares, profissionais e bebês que estejam em condições [...] as mães passam pelas sessões utilizando a música como terapia sendo uma oportunidade de expressarem seus sentimentos através da musicoterapia. (E2)

A enfermagem e a musicoterapia possuem interfaces que se relacionam com a visão integral do sujeito e a busca por promover uma assistência holística que atenda aos aspectos físicos, emocionais e sociais deste, estimulando que expresse seus desejos e subjetividades e que exerça seu direito de escolha. Por meio da música suave pode-se alcançar a humanização na assistência,

propiciando um ambiente calmo e menos estressante para os recém-nascidos internados.

Os estímulos musicais podem alterar a respiração, circulação sanguínea, digestão, oxigenação e dinamismo nervoso e humoral. Também estimulam a energia muscular, reduzem a fadiga e favorecem o tônus muscular. Podem aumentar a atenção e estimular a memória, baixar o limiar da dor e se constituir como um importante recurso contra o medo e a ansiedade (BERGOLD; ALVIM, 2009).

É praticamente impossível encontrar alguma parte do organismo humano que não reaja à influência da música. Os sons são capazes de afetar o corpo diretamente sobre as células e órgãos, e indiretamente sobre as emoções, que conseqüentemente influenciam os sistemas orgânicos. A música influencia as dimensões física, psíquica, emocional e social, promovendo relaxamento, diminuindo a ansiedade, reduzindo a percepção da dor, alterando os estados de ânimo, promovendo a distração e o conforto (ANDRIOLA; OLIVEIRA, 2006).

Desse modo, verifica-se que a música pode ser utilizada como instrumento terapêutico alternativo, contribuindo na evolução do quadro clínico, no alívio da dor e redução dos traumas ocasionados pela hospitalização tão precoce. A utilização da música como recurso terapêutico pela equipe de saúde na instituição hospitalar constitui-se em um desafio (ANDRIOLA; OLIVEIRA, 2006).

Outra estratégia importante e essencial na humanização do cuidado neonatal é a presença da família do recém-nascido, de preferência com a inserção da mãe no cuidado prestado a esse. A humanização do cuidado ao recém-nascido deve ser uma preocupação constante, e significa principalmente propiciar o máximo de contato mãe/filho, logo após o parto, reduzindo estritamente ao necessário as intervenções médicas.

É importante estabelecer o vínculo materno-filial, sempre que possível, respeitando as condições de saúde do binômio e o desejo da mãe. As separações desnecessárias de mãe e filho podem prejudicar o aleitamento e provavelmente alguns aspectos do cuidado posterior do recém-nascido (TRONCHIN; TOMA, 1996).

A mãe tem livre acesso, procuramos fazer a inclusão da família na unidade, temos a visita ampliada. Os avós e os irmãos podem visitar duas vezes na semana em horário específico, os irmãos após uma intervenção do psicólogo [...] (E2)

[...] vários projetos vêm se desenvolvendo, um deles é a visita ampliada com a permanência da mãe, a visita dos irmãos que tem o direito de vim visitar com o acompanhamento da psicologia [...] (E8)

A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança e os profissionais e o serviço de saúde como temporários e flutuantes. Além disso, pressupõem que os profissionais de saúde considerem as potencialidades e a individualidade de cada família, suas diversidades étnicas, culturais e socioeconômicas, entre outros aspectos (CABRAL; RODRIGUES, 2006).

A maioria das maternidades está fazendo alterações importantes nos sistemas de visitas, permitindo a visita ampliada, tais como permitir à criança mais velha, visitas. Quando o irmão mais velho fica mais envolvido com o recém-nascido durante a permanência no hospital, a volta para casa é freqüentemente menos carregada de ansiedades (KLAUS; KLAUS, 1989).

Essa maneira de cuidar proporciona adequado crescimento e desenvolvimento, além da recuperação do recém-nascido de forma satisfatória, contribuindo para minimizar os efeitos nocivos provocados pela hospitalização, tornando os pais elementos ativos dentro do processo de hospitalização, além de contribuir para a qualidade de sobrevivência do recém-nascido (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Aproveitando a abordagem da família no cuidado ao neonato, não se pode deixar de mencionar um dos principais ganhos na assistência ao neonato internado em UTIN, e que foi uma das estratégias mais citadas pelos participantes da pesquisa utilizada nas UTIN em que trabalham que é o Método Mãe-Canguru.

Este Método Mãe Canguru (MMC) se apresenta como uma abordagem de intervenção complementar à tecnologia neonatal para promover o contato direto do neonato com a mãe, desde o momento em que ambos apresentam condições clínicas para desenvolvê-lo (BRASIL, 2002).

Na proposta brasileira de desenvolvimento do método, ele não substitui as condutas e/ou tratamentos terapêuticos, mas tem contribuído para o processo de recuperação da saúde e a melhoria da qualidade de vida do neonato, promover o aleitamento materno e o vínculo mãe e filho, além de aumentar o potencial de oferta dos leitos neonatais (LAMY et al., 2005).

[...] Empregamos a estratégia mãe canguru nas três etapas; procuramos fazer a inclusão da família na unidade, temos a visita ampliada [...] (E2)

[...] Iniciamos os passos do Canguru, digo, postura Canguru, quando o bebê está estável, independente de estar no tubo orotraqueal ou não [...] Temos poltronas 'do papai' para mães e para os pais que desejam fazer o Canguru. (E5)

Todos os neonatos clinicamente estáveis, com peso superior a 1.250g, ao invés de permanecer na incubadora até atingir o peso de 2.000g, podem participar do método, desde que suas condições clínicas permitam. O método consiste na manutenção do neonato no tórax da mãe (contato pele-a-pele), na posição vertical, sustentado por uma faixa que imita a bolsa marsupial do canguru. O neonato é mantido nessa posição pelo tempo em que ambos se sintam confortáveis e tenham prazer em desenvolvê-lo (BRASIL, 2002).

Entre os critérios para participação no MMC destacam-se a disponibilidade materna, as estabilidades clínicas da mãe e do neonato, o peso do neonato, a preparação da equipe para desenvolver o método, e a preparação da instituição para adotá-lo como uma metodologia assistencial.

A implementação do método traz benefícios institucional, materno e para a saúde do neonato, pois todo o processo implica humanização do atendimento, promoção de segurança física, biológica e emocional da mãe e do recém-nascido (CABRAL; MORAES; SANTOS, 2003).

O método propicia o incremento da amamentação, ajuda no desenvolvimento físico e emocional do neonato, reduzindo o estresse e o choro; estabiliza a frequência cardíaca, a oxigenação e temperatura corporal do neonato, além de transmitir calma e serenidade pela escuta do som cardíaco materno e da voz da mãe (LAMY et al., 2005).

É importante salientar que o leite materno é universalmente aceito como o melhor alimento para os recém-nascidos, tanto de risco como normais, por oferecer vantagens econômicas, imunológicas, nutricionais, endocrinológicas e emocionais (TOMA; MONTEIRO, 2001).

Além disso, o aleitamento materno tem vantagens que não são oferecidas por nenhuma outra técnica. Na área de desenvolvimento alimentar, as habilidades motoras orais parecem estar relacionadas com o tipo de alimentação do recém-nascido, pois é a partir dos reflexos orais e especialmente, da sucção realizada nos primeiros meses de vida, que essas habilidades se aprimoram.

[...] Incentivamos o aleitamento materno exclusivo. Não usamos chupa e nem chupetas, exceto quando há indicações [...] (E5)

A amamentação natural promove o desenvolvimento craniofacial do recém-nascido pelos movimentos adequados da musculatura oral, fechando um circuito fisiológico da sucção, respiração e deglutição corretas e prevenindo assim alterações de hipodesenvolvimento, mal oclusões e problemas articulatorios (LAAN, 1995).

A habilidade de sucção é considerada uma atividade flexora que facilita a alimentação bem sucedida. Para tanto, o recém-nascido deve obter uma postura apropriada e fisiológica. Assim sendo, o tipo de alimentação, natural ou artificial, recebido pelo recém-nascido; a forma como é oferecido, seio materno, mamadeira, sondas naso ou orogástricas; e ainda, a qualidade do contato inicial da mãe durante a alimentação, deve ser levada em consideração (DELGADO; ZORZETTO, 2003).

Em relação aos fatores ambientais da UTIN, um dos graves problemas dessas unidades, é o ambiente repleto de interferências. Apesar de sua importância para os recém-nascidos doentes, essa unidade que deveria zelar pelo bem-estar da criança em todos os seus aspectos, é por excelência um ambiente agressivo, impessoal de difícil adaptação (SOUZA; SILVA; ARAÚJO, 2008).

Esse ambiente é repleto de luzes fortes e constantes, barulho, mudanças de temperatura, interrupção do ciclo do sono, visto que são necessárias repetidas avaliações e procedimentos, acarretando, muitas vezes, desconforto e dor (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Em algumas unidades, os níveis de ruído e luz são maiores que os permitidos pela Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) e que a exposição dos recém-nascidos a esses estímulos excessivos pode acarretar alterações tanto fisiológicas quanto comportamentais no seu desenvolvimento, especialmente se o neonato for pré-termo (CARVALHO, 2005).

As alterações fisiológicas provocadas no recém-nascido pelo excesso de ruído são: alterações no ritmo cardíaco, vasoconstrição periférica, hipóxia, aumento da pressão intracraniana e da pressão sanguínea, aumento da secreção de adrenalina, maior sensação de dor, dilatação da pupila e o estímulo inadequado das células cocleares, predispondo o neonato de risco à hemorragia craniana intraventricular, alterações no sono e repouso, maior consumo calórico, dificuldade em ganho de peso, traumas e perda auditiva (CARVALHO, 2005).

O ruído intenso é apontado também como responsável por distúrbios comportamentais nos recém-nascidos, influenciando na personalidade e diminuindo a capacidade de enfrentamento, o que leva ao isolamento social (CARVALHO, 2005).

Diante dos efeitos deletérios do estímulo sonoro das unidades campo de estudo, foi mencionado pelos participantes estratégias de controle desses estímulos, como:

[...] Em alguns momentos do dia apagamos as luzes e vigiamos o ruído...temos o 'Guardião do silêncio' que é um profissional da unidade (pode ser enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, etc) que fica responsável em monitorar o silêncio no setor.(E6)

[...] Para diminuir o ruído temos pessoas que são chamadas de 'capitão do silêncio', estes são responsáveis em sinalizar com bolinhas verdes, amarelas e vermelhas o ruído na unidade. O capitão levanta a bolinha vermelha quando a unidade está muito barulhenta, aí os profissionais vão reduzindo o ruído até atingir a bolinha verde. (E8)

Evidenciar essa preocupação é salutar, pois a influência tanto da luz quanto do ruído intensos no padrão sono/repouso do neonato comprometem a manutenção do ciclo circadiano (dia-noite), prejudicando a produção cíclica de hormônios como o cortisol, a melatonina e a gonadotrofina; a regulação da temperatura; a função cardiorrespiratória; a permanência do estágio REM (*Rapid*

Eye Movement ou Movimento Rápido dos Olhos) do sono, momento que ocorre a integração das experiências aprendidas, portanto interfere no desenvolvimento neurológico e cognitivo (ALMEIDA et al., 2007).

Neste mesmo sentido, se encontra os efeitos do estímulo luminoso. A incidência de luz intensa e contínua na incubadora diminui a saturação de oxigênio, podendo causar estresse, apnéia, taquicardia, retinopatia e quando essa iluminação não é proveniente do ambiente e sim da terapêutica, como na fototerapia, o recém-nascido está sujeito ao risco de queimaduras (SOUZA; SILVA; ARAÚJO, 2008). Diante destes riscos, os participantes mostraram preocupação em proteger os recém-nascidos deste estímulo:

[...] Mantemos no mínimo duas vezes por dia as luzes apagadas, silêncio dentro da unidade; mantemos o paninho em cima da incubadora para diminuir a luminosidade [...] (E5)

[...] A gente usa algumas estratégias... como redução da estimulação ambiental, temos um horário que as luzes da unidade são apagadas (das 15 as 18 horas) [...] (E2)

[...] Para diminuir a luminosidade colocamos lençóis em cima da incubadora e adotamos luz beira leito, diminuindo assim a luminosidade central da unidade. (E8)

O controle pupilar do recém-nascido para regulação da quantidade de luz incidida na íris não existe antes da 30^a semana de gestação e entre a 32^a e 34^a semanas esse controle é variável. Além disso, a fina pálpebra se mantém semi-aberta, por isso o controle da intensidade de luz deve ser rigoroso (ALMEIDA et al., 2007).

A introdução de um período de repouso com luzes e ruídos amenizados, representando a noite, possibilita a regulação dos sistemas corporais do neonato, diminui o gasto de energia e acelera o ganho de peso (LAMEGO et al., 2005).

Ao protocolar um momento de silêncio por dia em que não se toca no recém-nascido e a iluminação é reduzida, isso se não houver uma situação emergente ou prioritária, consegue-se que o neonato apresente mais períodos de sono profundo, menos períodos de choro e diminuição dos níveis de estresse. Durante esse período, os sons de alarme dos equipamentos devem ser reduzidos ou desligados. Uma estratégia válida é a designação de “guardiões”, por exemplo,

um profissional que fique como responsável pelo monitoramento do silêncio no período designado para tal (LAMEGO et al., 2005).

Finalizando esta categoria em que várias e importantes estratégias de humanização foram discutidas ressalta-se que a transformação do cuidado ao recém-nascido evoluiu em duas vertentes que se complementam: o avanço tecnológico, com equipamentos e drogas cada vez mais sofisticadas e a preocupação com a humanização do cuidado.

Diante desse contexto, o uso de tecnologias para melhorar a sobrevivência dos recém-nascidos tem levantado algumas questões polêmicas da bioética. O importante é oferecer um tratamento que seja benéfico a longo prazo, principalmente quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. O desafio atual para os profissionais é o uso destas tecnologias com muito bom senso, de forma criteriosa, com a finalidade de oferecer qualidade de vida aos neonatos (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Quando se fala em tecnologia na atenção ao recém-nascido de risco, geralmente nos referimos aos aparelhos, fios e equipamentos, a um ambiente frio e inóspito, onde as técnicas e os procedimentos invasivos determinam a complexidade do tratamento.

Entretanto esta visão reducionista, por vezes, cria uma barreira muito grande entre o que é humano e o que é artificial. O próprio aspecto de um recém-nascido em uma incubadora, muitas vezes, evidencia equipamentos, podendo transformar o recém-nascido em apenas um detalhe para os olhos de alguns. Assim, a dimensão da tecnologia, como desdobramento da racionalidade científica, passa a ser representada como uma força desumanizante, que despersonaliza e objetifica as formas de cuidar, quando não é utilizada de modo adequado (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Na contemporaneidade, esta visão, parece contraditória quando falamos de cuidado humanizado, já que a tecnologia do cuidado é um conjunto de técnicas, ferramentas e saberes científicos que aborda o indivíduo em sua integralidade. Assim, a tecnologia, imprescindível no cuidado neonatal, requer um entendimento de sua amplitude. Neste sentido é primordial que tanto tecnologias duras como tecnologias de conhecimento, permeiem a rotina das unidades, o que conforme

depoimento dos participantes, ainda se constitui num desafio para a enfermagem neonatal.

5.3. Propostas de aprimoramento do cuidado em UTIN

Esta categoria aborda as estratégias apontadas como sugestão de humanização do cuidado neonatal em unidade de tratamento intensiva, pelos participantes do estudo, e as dificuldades para a implementação das mesmas. Entre as sugestões destaca-se: manter os pais mais tempo junto do recém-nascido; atender a família em todas as suas necessidades; implantar o Método Mãe Canguru em algumas unidades que ainda não o estabeleceram; diminuir a iluminação e ruído no setor; implantar musicoterapia; instituir protocolos de dor.

Não discutiremos essas estratégias apontadas como sugestão, porque as mesmas já foram discutidas na categoria anterior, não havendo nenhuma estratégia diferente. Esperávamos que surgissem estratégias inovadoras que apesar de ainda não serem empregadas nas unidades campo de estudo, fossem de conhecimento dos enfermeiros e que estes manifestassem a intenção de empregá-las quando possível.

No que tange as sugestões apresentadas, foi mencionado pelos participantes que as mesmas, muitas vezes, não são implementadas por diversos fatores, como: pouco investimento e envolvimento das chefias e direção da instituição; falta de humanização do próprio profissional; dificuldades relacionada a estrutura física; falta de treinamento e de conscientização das equipes quanto à necessidade da atenção humanizada ao recém-nascido.

Em se tratando da falta de investimento e envolvimento das chefias e direção da instituição, é possível perceber que os esforços realizados pelos profissionais de enfermagem no sentido de humanizar o cuidado em UTIN, é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais que vai de encontro a todo um sistema dominante.

[...] podem ser aplicadas todas as estratégias que contemplam o cuidado focado no desenvolvimento do recém-nascido, mas falta investimento e envolvimento das chefias imediatas e direção da instituição. (E1)

[...] vincular a família é difícil por conta da dificuldade financeira como transporte. As dificuldades são questões mais voltadas para estrutura de maneira geral, estrutura física e social. (E2)

A Política Nacional de Humanização possui um eixo de atuação na gestão do trabalho e apresenta algumas estratégias que propõem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão, além de preconizar a gestão participativa (SOUZA; FERREIRA, 2010). Estratégias estas que se efetivamente empregadas ajudariam no enfrentamento do desafio imposto nestas situações.

As orientações, que visam favorecer os caminhos para que a proposta da política seja alcançada, contrasta em alguns casos com a pouca participação dos profissionais nas decisões. Por isso, entende-se que algumas das situações de impasses dentro do processo de trabalho podem apontar para uma necessidade de mudanças na organização da rotina, nas quais se conte com a efetiva participação dos trabalhadores em algumas instâncias do gerenciamento institucional para padronizar as ações ou legitimar as rotinas construídas ao longo dos anos (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Para tanto, tal ação implica em identificar os problemas de cada situação juntamente com os sujeitos envolvidos no processo, não cabendo tão somente ao gestor a tarefa de pensar e replanejar. São medidas que minimizam conflitos, uma vez que visam diminuir a distância entre o planejamento da gestão e a atividade profissional.

No que tange à participação dos profissionais, a literatura aponta que a disponibilidade de espaços públicos de discussão e administração de conflitos pode representar um fórum estratégico para a politização dos problemas e a construção de intervenções (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Os conflitos deveriam ocupar de maneira formal a agenda de gestão, pois o não esclarecimento destes, e a sua conseqüente não resolução, pode afetar qualquer tipo de assistência, inclusive a que denomina-se como humanizada (CECÍLIO, 2005).

Além dessa interlocução entre gestão e equipe, é imprescindível para um cuidado humanizado, que algumas questões específicas do ambiente das unidades de terapia intensiva sejam consideradas. Um fator de desgaste está no tempo de atuação do profissional, em especial da enfermagem, nestas unidades.

Considera-se que, além do desgaste emocional, existe também um desgaste físico importante. Neste sentido um dado preocupante evidenciado em estudos científicos é que devido à sobrecarga de trabalho e superlotação da unidade, muitos profissionais em alguns casos, sequer se afastam do local para pausa ou almoço (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Além disso, por ser a UTIN um ambiente fechado onde a entrada das pessoas é restrita, os profissionais de enfermagem, que ali atuam não têm a oportunidade de muita integração com as demais equipes do hospital. Esta conjuntura demanda que estes profissionais também recebam uma atenção que atenda as suas necessidades. Apesar da relevância desta questão, apenas um participante do estudo mencionou esta preocupação:

[...] Temos muito o que fazer ainda com relação a humanização do profissional [...] uma das propostas é implantar a ginástica laboral; realizar reuniões semanais para discussão de rotina; favorecer a questão do descanso; ampliar o vestiário que está deficitário. (E8)

A satisfação no trabalho é algo a ser perseguido cotidianamente e deve estar incluída nas aspirações de cada profissional, bem como, de seus gestores. Portanto, além do preparo técnico é necessário que o profissional receba outros tipos de suporte, o que repercutirá no seu bom desempenho.

Para uma efetiva intervenção é de suma importância que os profissionais estejam preparados, tanto cientificamente quanto emocionalmente. Este preparo demanda que lhe seja oferecido além de capacitações, suportes, em especial suporte emocional, pois homens e mulheres estão constantemente submetidos a pressões e sofrimento no trabalho, já que é sempre necessário um ajuste entre subjetividade e trabalho (DIAS; SANTOS, 2007).

A organização do trabalho da produção de saúde pode produzir no trabalhador o sentimento de impotência profissional. A impotência pode resultar das situações conflituosas que emergem das formas objetivas impostas pelas prescrições e das exigências subjetivas dos aspectos afetivos e relacionais presentes no cotidiano (DIAS; SANTOS, 2007).

Neste sentido, destaca-se a importância dos recursos humanos, na organização do trabalho em saúde. As UTI neonatais de forma geral, funcionam com um déficit de profissionais, sobretudo na enfermagem, o que interfere de

forma direta na qualidade da produção de cuidados, provocando uma sobrecarga de trabalho (SOUZA; FERREIRA, 2010). Este déficit foi evidenciado em alguns depoimentos:

[...] contratar mais psicólogos, mais profissionais da enfermagem que está em déficit, porém a diretoria não tem contratado devido a crise. Então, não sei onde vamos chegar. (E6)

[...] é necessário contratar mais funcionários para evitar a sobrecarga de trabalho, infelizmente tivemos até que fechar nossa enfermaria canguru por falta de recursos humanos [...]. (E5)

Os elementos relativos à organização do trabalho, como divisão do trabalho, situações adversas das condições e relações de trabalho, carência de recursos humanos ou materiais, escassez de espaço físico, impotência do profissional, podem se constituir como fontes laborais de tensão e provocar sofrimento, o desgaste e o sofrimento podem ser gerados não somente pela atividade que o trabalhador executa, mas também na atividade que ele tem como impedida, ou seja, aquela atividade não realizada. Trata-se do que não se pode fazer, o que se desejaria ou que pensa ou sonha fazer (SOUZA; FERREIRA, 2010).

A limitação de espaço físico se configura como entrave para o profissional, sobretudo quanto se trata do assunto humanização, considerando que podem permanecer por um período de até 24 horas no ambiente de trabalho.

Espaço físico é razão de muitos problemas, a construção de novas sub-especialidades e novas práticas acabam por demandar espaços concretos de funcionamento dentro da instituição. Na UTI neonatal, não é diferente, estudos mostram que há casos em que o espaço físico utilizado pelos profissionais é crítico, chegando até mesmo o local de descanso ser dividido com a copa (SOUZA; FERREIRA, 2010).

No âmbito da estrutura física, cada atividade de trabalho sugere a utilização de um espaço físico específico. Em relação ao ambiente de cuidados humanizado, a atmosfera de integração, segurança e confiabilidade deve ser compartilhada e de forma coletiva, tanto para pacientes como para os profissionais de saúde (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Portanto a falta de espaço atinge diretamente a equipe em especial a de enfermagem, bem como, os usuários da unidade e suas famílias, conforme foi demonstrado nos depoimentos:

Por falta de estrutura física ainda não foi implantado o método canguru, por isso promovemos o contato pele a pele a beira leito sempre que possível [...] (E3)

[...] nosso sistema de iluminação não possui luz indireta, por isso utilizamos apenas a cobertura das incubadoras com tecido para diminuir a incidência de luz, quanto a isso solicitaremos avaliação quanto a possibilidade de mudar o sistema de iluminação. (E3)

[...] é difícil manter as mães que não estão em método mãe canguru por um período muito longo porque não tem acomodações para elas. (E2)

Associado as dificuldades estruturais os participantes mencionaram a falta de treinamento e de conscientização das equipes quanto à necessidade da atenção humanizada ao recém-nascido. É importante ressaltar que uma equipe de Enfermagem com uma escuta sensível é tão importante quanto o procedimento técnico, uma vez que nem sempre os conhecimentos técnicos são o suficiente diante das situações de estresse.

[...] é necessário maior treinamento e conscientização da equipe para continuar o cuidado integral, os cuidados favorecedores e manter o manuseio mínimo sempre que possível. (E3)

[...] é preciso retreinamento da equipe quanto à Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso [...] (E5)

[...] o principal ainda é todos os profissionais entenderem a importância das ações, uma vez que alguns permanecem com atitudes que não contemplam medidas que vislumbrem estratégias para a humanização da assistência. (E4)

Nem sempre o trato dispensado aos usuários é homogêneo, havendo acentuadas distinções. Ainda que exista uma tensão presente no ambiente, situações de hostilidade são consideradas um desgaste que pode interferir diretamente na relação terapêutica (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Neste sentido, é importante todos estarem atentos para o fato de que as propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de

formação do profissional, ainda centrado, predominantemente, no aprendizado técnico e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da criatividade e sensibilidade levando a cristalização dos sentimentos do profissional (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

A humanização não pode ser pensada sem que seja repensada, paralelamente, a educação como prioridade numa agenda de mudanças, pois apesar de já existirem iniciativas neste sentido, de forma geral, a educação no campo da saúde ainda se encontra reduzida à informatização e a instrumentalização em detrimento dos aspectos éticos e humanos que estas ações implicam.

Finalizando esta categoria pode-se aludir que a utilização de tecnologias aplicadas ao cuidado, que abranjam o cliente em sua integralidade constitui-se em um desafio contemporâneo para a Enfermagem. Assim, humanizar a assistência implica em mudanças na atitude, na filosofia de vida e na percepção de si e do outro como ser humano.

Neste sentido, acena-se para a necessidade de um olhar cuidadoso dos gestores em relação à qualidade da produção de cuidados em saúde neonatal e das condições de trabalho atualmente disponíveis para o alcance das metas instituídas pelo Ministério da Saúde, no que concerne à produção de cuidados humanizados (SOUZA; FERREIRA, 2010).

É reconhecido que ainda temos lacunas a vencer na busca da promoção efetiva de uma assistência humanizada, o que torna necessário, seguir ampliando os conhecimentos e incorporando atitudes baseadas em evidências científicas que humanizem o cuidado neonatal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos avanços já ocorreram na assistência neonatal, tecnologias duras foram desenvolvidas num curto espaço de tempo, e hoje se tem UTIN com tecnologia de ponta. Os avanços não ocorreram somente nesse aspecto relacionado aos aparatos tecnológicos, ocorreu também aprimoramento do conhecimento científico a respeito da saúde e desenvolvimento do neonato, bem como, de suas necessidades.

Esses avanços visam à humanização do cuidado neonatal, entretanto, apesar de muito ser falado, ainda estão mais em nível teórico. A assistência prestada ao neonato nas UTIN se mantém intrinsecamente relacionada à tecnologia dura, sendo as tecnologias leve-dura e leve, ainda pouco vislumbradas.

É preciso questionar se somente essa tecnologia, que atende o aspecto biológico do neonato, é suficiente para proporcionar o desenvolvimento deste em sua integralidade, para que na fase adulta ele seja um indivíduo que não carregue marcas de sua internação em uma UTIN enquanto recém-nascido.

Hoje apesar de já se ter tecnologias do cuidado leve-dura e leve com seus benefícios comprovados, as mesmas têm sido utilizadas ainda de forma tímida na assistência prestada aos neonatos. Quando analisamos a prática, vemos que poucos passos foram dados em direção à implantação dessas tecnologias.

Muitas vezes associa-se a humanização do cuidado ao neonato, somente a questão da inserção da família e permanência das mães nas UTIN, ou até mesmo o emprego do Método Mãe Canguru, que sem dúvida é um grande avanço no cuidado neonatal.

É claro que é primordial ao neonato o apego materno filial e o desenvolvimento do Método Mãe Canguru para humanizar a assistência neonatal. Mas junto dessas estratégias primordiais que são recomendadas pelo Ministério da Saúde, se encontram várias outras tecnologias que influenciam de maneira positiva a saúde do neonato, e que não estão sendo utilizadas como poderiam. Demonstrando assim, certa dificuldade das tecnologias leve-dura e leve, empregadas diretamente ao neonato, serem vislumbradas.

Várias dessas tecnologias têm seus benefícios comprovados, como por exemplo a musicoterapia, o banho de ofurô, o momento *psiu* (momento do silêncio) a rede na incubadora, o momento de apagar as luzes, os *black out* nas incubadoras para diminuir a luminosidade, o cuidado de não colocar nenhum objeto em cima das incubadoras, ou seja estratégias que não precisam de recursos financeiros altos, e sim a vontade e comprometimento dos profissionais com o bem estar desses neonatos internados em UTIN.

Quando analisamos as tecnologias do cuidado que estão sendo empregadas nas UTIN dos Hospitais Universitários Federais da região Sudeste, referência no ensino e pesquisa, por ser a região mais desenvolvida na área da saúde, percebemos que muito ainda pode ser feito para humanizar a assistência neonatal, pois diante das varias tecnologias do cuidado disponíveis poucas ainda estão sendo empregadas, ou quando são é de forma fragmentada. Tornando imperativa a investigação científica que aborde estas questões, bem como, a divulgação dos resultados.

Isso nos faz refletir, que muito se tem que caminhar para concretizar a assistência que se busca que é uma assistência humanizada, que atenda o neonato em sua integralidade, em suas dimensões sociais, psicológicas e espirituais, assistência na qual não seja valorizado somente os aspectos técnicos e biológicos do sujeito.

Diante desse contexto, podemos aludir que o enfermeiro deve buscar conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne o cuidado de enfermagem mais humano. Pois, como agente de mudança, o enfermeiro deve buscar novos horizontes, já que caminhamos bem no desenvolvimento das tecnologias duras que proporcionam a sobrevivência de recém-nascidos que até um tempo atrás eram considerados incompatíveis com a vida, tecnologias que dão dias de vida a esses recém-nascidos. Mas agora o que se espera da assistência atual, é o desenvolvimento de tecnologias que dê vida aos dias desses recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. et al. **Luz na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Proposta de Consenso**. Porto, 2007. Disponível em: <<http://www.aveiromar.com/rnmbp/gruposdetrabalho/documentoscomuns/documentoscomuns.html>>. Acesso em: 10 jan. 2009.
- AMORIN, F.A.; PINTO, M.C.M.; SANTOS, S.R. Vantagens, desvantagens e dificuldades percebidas pelos enfermeiros na utilização do PICC em crianças. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 95, n. 9, p. 771, 2000.
- ANDRIOLA, Y.M.; OLIVEIRA, B.R.G. A influência da música na recuperação do recém-nascido prematuro na UTI Neonatal. **Revista Nursing**, v. 99, n. 8, p. 973-978, agosto, 2006.
- AVERY, G.B. Perspectivas em neonatologia. In: AVERY, G.B. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- BERGOLD, L.B.; ALVIM, N.A.T. Música terapêutica como tecnologia aplicada ao cuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 537-42, jul-set, 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Educação. **Hospitais Universitários**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article>. Acesso em: abr. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso- método mãe-canguru**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília, 2002.
- CABRAL, I.E.; MORAES, J.R.M.M.; SANTOS, F.F. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 211-8, Jul-Ago, 2003.
- CABRAL, I.E.; RODRIGUES, E. da C. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.4, p. 629-36, Out-Dez, 2006.

CARVALHO, W.B. et al. Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátrico. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 6, 2005.

CASTANHA, M.L.; LACERDA, M.R.; ZAGONEL, I.P.S. Hospital: lugar para o enfermeiro cuidar do imaginário? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 94-9, 2005.

CECILIO, L.C.O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima de gestão em saúde? **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005.

CERIBELLI, C.; NASCIMENTO, L.C.; PACÍFICO, S.M.R.; LIMA, R.A.G. A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças hospitalizadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, jan/fev, 2009. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

CHAVES, L.D. A avaliação da dor no recém-nascido. In: Souza ABG e colaboradores. **Enfermagem Neonatal: Cuidado integral ao recém-nascido**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2011.

CHRISTOFFEL, M.M.; SANTOS, R.S. **Navegando no Mar da Neonatologia**: um mergulho no mundo imaginal do recém-nascido na UTIN. 1. ed. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2003.

COSTA, R.; PADILHA, M.I.; MONTICELLI, M. et al. **Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil**: reflexos para a assistência neonatal. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br>> Acesso em: fevereiro de 2011.

CRUZ, D.C.S.; SUMAN, N.S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 690, dez, 2007.

DELGADO, S.E.; ZORZETTO, M. A amamentação de bebês pré-termo: um caminho possível para a construção da comunicação. **Revista Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 53-62, 2003.

DIAS, I.M.A.V.; SANTOS, R.S. Os profissionais de enfermagem diante do nascimento da criança com malformação congênita. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 73-9, Mar, 2007.

DOWNES, J.J. Evolução histórica, estado atual e desenvolvimento prospectivo do tratamento intensivo pediátrico: terapia intensiva neonatal e neonatologia. **Clínica de Terapia Intensiva**, v. 1, p. 1-25, 1992.

FERRAZ, A.R.; GUIMARÃES, H. **História da neonatologia no mundo**. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia. Disponível em: <<http://www.lusoneonatologia.net>>. Acesso em: 31 out. 2007.

FERREIRA, C.C.M.; REMEDI, P.P.; LIMA, R.A.G.L. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 689-93, set-out, 2006.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas 2007.

GLASS, P. O recém-nascido vulnerável e o ambiente na unidade de tratamento intensivo neonatal. In: AVERY, G.B.; FLETCHER, M.A.; MACDONALD, M.G. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 4. ed. Belo Horizonte: Medsi, 1999. cap. 8, p. 79-96.

KLAUS, M.; KLAUS, P. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1989.

KUMAMOTO, L.H.M.C.C.; GADELHA, E.C.M.; MONTEIRO, F.R.; SILVA, L.R.M.S.; LEITE, M.C.; SANTOS, R.G.C. Apoio à criança hospitalizada: uma proposta de intervenção lúdica. **Revista Eletrônica de Enfermagem Extensão Cidadã**. 2006. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/extensaocidada/article/view/1340>>. Acesso em: jan. 2011.

LAAN, T.V.D. A importância da alimentação no desenvolvimento facial infantil. Pró-Fono, **Revista de Atualização Científica**, v. 7, n. 1, p. 3-5, 1995.

LAMEGO, D.T.C. et al. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

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. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 659-68, Jul-Set, 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2001.

LUSSKY, R.C. **A century of neonatal medicine**. Minnesota Med Assoc. 1999. Acesso em: jan. 2011. Available from: <<http://www.nmed.org/publications/MnMed>>.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MEHRY, E.E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo (SP): HUCITEC, 2002.

MENDES, L.R.; BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 530-36, jul-set, 2009.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: **O SUS em Belo Horizonte**. São Paulo: Xamã, 1998.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 14. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2001.

MONSANTO. **A Terapia do Abraço**. Disponível em: <<http://www.monsanto.interdinamica.pt/artes/jj/x23yv125w.htm>> Acesso em: 07 abr. 2010.

NIETSCHE, E.A.; LEOPARDI, M.T. O saber da Enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 129-52, jan-abr, 2000.

OLIVEIRA, I.C. dos S. A história da tecnologia e suas repercussões no cuidar em saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 101-106, dez, 2002.

OLIVEIRA, I.C.S.; RODRIGUES, R.G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 498-505, out-dez, 2005.

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. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 44-52, jul./set, 2009.

PACHECO, S.T.A. **O cuidado prestado pelo acadêmico e enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal na ótica da mãe, uma análise compreensiva** [dissertação]. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ), 2000.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

RAMPAZZO, L. **Metodologia Científica para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. Lorena: Stiliano, 1998. 139 p.

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 200-13, jan/abr, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>.

RICHETTO, A.M.; SOUZA, A.B.G. A higiene do recém-nascido e cuidados com o coto umbilical. In: SOUZA, Aspásia Basile Gesteira; e colaboradores.

Enfermagem Neonatal: Cuidado integral ao recém-nascido. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2011.

RODRIGUES, M.S.P.; LEOPARDI, M.T. **O Método de Análise de Conteúdo.** Uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2008.

SÁ NETO, J.A. de; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-7, abr-jun, 2010.

SANTOS, A.R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento.** 4. ed. Rio de Janeiro: DPEA, 2001.

SCOCHI, C.G.S. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 9-16, jan-abr, 2001.

SILVA, D.C. da; ALVIM, N.A.T; FIGUEIREDO, P.A. de. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 291-8, jun, 2008.

SILVA, J.M.; SILVEIRA, E.S. **Apresentação de Trabalhos Acadêmicos: Normas e Técnicas.** 4. ed. Juiz de Fora: Tempo, 2006.

SILVA, R. da S.; CHRISTOFFEL, M.M.; SOUZA, K.V de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n.4, p. 585-593, out-dez, 2005.

SOUZA, A.B.G. e colaboradores. **Enfermagem Neonatal: Cuidado integral ao recém-nascido.** 1. ed. São Paulo: Martinari, 2011.

SOUZA, A.B.G. História da neonatologia. In: SOUZA, A.B.G. **Enfermagem Neonatal.** São Paulo: Martinari, 2011.

SOUZA, I.M.C. de. O toque no cuidado de enfermagem à criança: uma abordagem introdutória. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 141-146, dez, 2002.

SOUZA, K.M.O. de, FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 471-480, mar, 2010.

SOUZA, M.W.C.R. de; SILVA, W.C.R. da; ARAÚJO, S.A.N. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. **Conscientiae Saúde**, v. 7, n. 2, 2008.

TABARRO, C.S. et al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 445-52, 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J.B. et al. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**. Tradução de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

TOMA, T.S.; MONTEIRO, C.A. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 409-414, out, 2001.

TRAGANTE, C.R.; CECCON, M.E.J.; FALCAO, M.C. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. **Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 121-130, 2010.

TRONCHIN, D.M.R.; TOMA, E. Estrutura e organização da Unidade Neonatal: Aspectos de Enfermagem. In: LEONE, C.R.; TRONCHIN, D.M.R. **Assistência Integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. Porto: Lusociência, 2003.

WHITFIELD, M.F. Psychosocial effects of intensive care on infants and families after discharge. **Seminars in Neonatology**, London, v.8, p. 185-193, 2003.

APÊNDICES

TABELA 1 – HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS DO BRASIL

REGIÃO GEOGRÁFICA	HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL
REGIÃO NORTE	Universidade Federal do Amazonas <u>HU GETÚLIO VARGAS</u>
	Universidade Federal do Pará <u>HU BETINA FERRO DE SOUZA</u> <u>HU JOÃO DE BARROS BARRETO</u>
REGIÃO CENTRO-OESTE	Universidade Federal do Goiás <u>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</u>
	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul <u>HU MARIA APARECIDA PEDROSSIAN</u>
	Universidade Federal de Mato Grosso <u>HU JÚLIO MÜLLER</u>
	Universidade de Brasília <u>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</u> Universidade Federal de Grande Dourados <u>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</u>
REGIÃO NORDESTE	Universidade Federal do Piauí <u>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</u>
	Universidade Federal de Alagoas <u>HU PROF. ALBERTO ANTUNES</u>
	Universidade Federal da Bahia <u>HU PROFº EDGARD SANTOS</u> <u>MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA</u>
	Universidade Federal do Ceará <u>HU WALTER CANTÍDIO</u> <u>MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND</u>
	Universidade Federal de Campina Grande <u>HU ALCIDES CARNEIRO</u>
	Universidade Federal do Maranhão <u>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</u>
	Universidade Federal da Paraíba <u>HU LAURO WANDERLEY</u>
	Universidade Federal de Pernambuco <u>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</u>
	Universidade Federal do Rio Grande do Norte <u>HU ANA BEZERRA</u> <u>HOSPITAL DE PEDIATRIA PROF. HERIBERTO FERREIRA BEZERRA</u>

	<u>HU ONOFRE LOPES</u> <u>MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO</u>
	Universidade Federal de Sergipe <u>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</u>
REGIÃO SUL	Fundação Universidade Federal do Rio Grande <u>HU Dr. MIGUEL RIET CORREA JUNIOR</u>
	Universidade Federal do Rio Grande do Sul <u>HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE</u>
	Universidade Federal do Paraná <u>HOSPITAL DE CLÍNICAS</u>
	Universidade Federal de Pelotas <u>HOSPITAL ESCOLA</u>
	Universidade Federal de Santa Catarina <u>HU POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO</u>
	Universidade Federal de Santa Maria <u>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</u>
REGIÃO SUDESTE	Universidade Federal do Espírito Santo <u>HU ANTONIO DE MORAES</u>
	Universidade Federal Fluminense <u>HU ANTONIO PEDRO</u>
	Universidade Federal do Rio de Janeiro <u>HU CLEMENTINO FRAGA FILHO</u> <u>HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS</u> <u>INST. DE DOENÇAS DO TÓRAX</u> <u>INST. PUER. PED. MARTAGÃO GESTEIRA</u> <u>INSTITUTO DE GINECOLOGIA</u> <u>INSTITUTO DE NEUROLOGIA DEOLINDO COUTO</u> <u>INSTITUTO DE PSIQUIATRIA</u> <u>MATERNIDADE ESCOLA</u>

	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro <u>HU GAFFRÉE E GUINLE</u>
	Universidade Federal de Juiz de Fora <u>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</u>
	Universidade Federal de Minas Gerais <u>HOSPITAL DE CLÍNICAS</u>
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro <u>HOSPITAL ESCOLA</u>
	Universidade Federal de Uberlândia <u>HOSPITAL DE CLÍNICAS</u>
	Universidade Federal de São Paulo <u>HOSPITAL SÃO PAULO</u>

Fonte: Brasil (2011)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Instrumento de Coleta de Dados

Nome: _____ sexo: _____

Idade: _____ Tempo de formação: _____

Tempo de atuação em UTIN: _____

Hospital: _____

Nº de leitos na UTIN: _____

Tempo de existência da UTIN: _____

Quais os profissionais de saúde atuam na unidade

() Enfermeiro - quantos? _____ () Técnico de enfermagem –
quantos? _____

() Médico – quantos? _____ () Psicólogos –
quantos? _____

() Fisioterapeuta – quantos? _____ () Terapeuta ocupacional -
quantos? _____

() assistente social – quantos? _____ () Outros:

Escala de plantão dos enfermeiros:

- 1) Descreva o seu entendimento sobre humanização em unidade de terapia intensiva neonatal.
- 2) Quais as estratégias de humanização são empregadas na UTIN que o (a) senhor (a) atua?
- 3) Que outras estratégias o senhor (a) imagina ser possível empregar em UTIN e o que falta para estas serem empregadas em sua Unidade?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar da pesquisa **“A arte de cuidar em enfermagem: tecnologias aplicadas no cuidado neonatal”**. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a importância de uma enfermagem imbuída da vontade de prestar um cuidado que abranja o neonato em sua integralidade e que as intervenções e estratégias que levam a este cuidado sejam aprendidas por todos os enfermeiros interessados em assistir a dimensão bio-psico-sócio-espiritual. Dessa forma, a relevância deste estudo encontra-se no fato de que o mesmo pode contribuir para a reflexão, busca e divulgação de estratégias e tecnologias de enfermagem que favoreçam as condições de saúde dos recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal.

Neste estudo pretendemos conhecer as estratégias de humanização empregadas nas unidades de terapia intensiva neonatal dos hospitais universitários federais da região sudeste do Brasil e descrever o entendimento que os enfermeiros atuantes nestas unidades têm de humanização. A coleta de dados será realizada através de um questionário encaminhado via e-mail ou correio. O instrumento abordará questões referentes ao conceito de humanização e as estratégias empregadas para a efetivação deste conceito e será aplicado aos sujeitos da pesquisa que serão os enfermeiros atuantes nas UTIN.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e implica em risco mínimo, que consiste nos mesmos que o sujeito está exposto em seu cotidiano. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar

desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa - UFJF
Pró-Reitoria de Pesquisa / Campus Universitário da UFJF
Juiz de Fora (MG) - CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102-3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador (a) Responsável: Iêda Maria Vargas Dias e Flávia Andrade Fialho
Endereço: Faculdade de Enfermagem – Campus Universitário da UFJF
Bairro Martelos CEP 36036-330 Juiz de Fora - MG
Fone: (32) 3216-2299 / E-mail: flavinhafialho@bol.com.br