

Cuidado Desenvolvidor: assistência de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Developmental Care: assistance of nurses from Neonatal Intensive Care Units
Cuidado de desarrollo: asistencia de los enfermeros de Unidad de Terapia Intensiva Neonatal

**Bruna de Souza Lima Marski¹, Beatriz Castanheira Facio¹,
Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato^{II}, Patricia Carla de Souza Della Barba¹, Monika Wernet¹**

¹ Universidade Federal de São Carlos. São Carlos-SP, Brasil.

^{II} Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Marski BSL, Facio BC, Ichisato SMT, Barba PCS, Wernet M. Developmental Care: assistance of nurses from Neonatal Intensive Care Units. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2758-66. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0912>

Submissão: 10-01-2018

Aprovação: 20-07-2018

RESUMO

Objetivo: analisar o Cuidado Desenvolvidor na assistência de enfermeiros ao Recém-Nascido crítico, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** estudo qualitativo com 11 enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de um município do interior paulista que teve como base conceitual o Cuidado Desenvolvidor. A coleta de dados ocorreu a partir da observação não participante, pesquisa documental em prontuários e entrevista semiestruturada. O Interacionismo Simbólico foi adotado como referencial teórico, e a Análise de Conteúdo de Bardin, como método de análise. **Resultados:** os enfermeiros detêm conhecimento acerca do Cuidado Desenvolvidor, contudo, há dissonâncias com o fazer dos mesmos. A análise está apresentada a partir de duas categorias temáticas: "Cuidado Desenvolvidor na atuação do enfermeiro" e "Enfermeiro, família e Cuidado Desenvolvidor". **Considerações finais:** é necessário avivar reflexões sobre a assistência do enfermeiro quanto ao Cuidado Desenvolvidor, e fomentar sensibilidade e percepção em relação ao executado e registrado.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Crescimento e Desenvolvimento; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Neonatal; Recém-Nascido Prematuro.

ABSTRACT

Objective: to analyze the Developmental Care in nursing care for Newborns in critical Neonatal Intensive Care Units. **Method:** a qualitative study with 11 nurses from Neonatal Intensive Care Units of a city in the State of São Paulo countryside, based on the Developmental Care. Data collection was based on non-participant observation, documentary research in medical records and semi-structured interviews. The Symbolic Interactionism was adopted as theoretical framework, and the Bardin Content Analysis, as method of analysis. **Results:** nurses have knowledge about Developmental Care; however, there are dissonances with doing them. The analysis is presented from two thematic categories: "Nurses' performance in the Developmental Care" and "Nurse, Family and Developmental Care". **Final considerations:** it is necessary to encourage reflections on the care of nurses regarding Developmental Care, and to foster sensitivity and perception in relation to the executed and registered.

Descriptors: Neonatal Intensive Care Units; Growth and Development; Nursing Care; Neonatal Nursing; Premature Newborn.

RESUMEN

Objetivo: analizar el cuidado de desarrollo en la asistencia de los enfermeros al Recién Nacido crítico, en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** estudio cualitativo con 11 enfermeros de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de un municipio del interior paulista que tuvo como base conceptual el cuidado de desarrollo. La recolección de datos ocurrió a partir de la observación no participante, investigación documental en prontuarios y entrevista semiestruturada. El Interaccionismo Simbólico fue adoptado como referencial teórico, y el Análisis de Contenido de Bardin, como método de análisis. **Resultados:** los enfermeros poseen conocimiento acerca del Cuidado de Desarrollo; sin embargo, hay disonancias con el hacer de los mismos. El análisis se presenta a partir de dos categorías temáticas: "Cuidado de Desarrollo en la actuación del enfermero" y

“Enfermero, familia y Cuidado de Desarrollo”. **Consideraciones finales:** es necesario avivar reflexiones sobre la asistencia del enfermero en cuanto al Cuidado de Desarrollo y fomentar sensibilidad y percepción en relación al ejecutado y registrado.

Descriptores: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Crecimiento y Desarrollo; Cuidados de Enfermería; Enfermería Neonatal; Recién Nacido Prematuro.

AUTOR CORRESPONDENTE Bruna de Souza Lima Marski E-mail: bmarski@gmail.com

INTRODUÇÃO

Em 2011, cerca de 9,8% dos 2.913.160 nascimentos registrados no Brasil foram de prematuros⁽¹⁾. Tais Recém-Nascidos (RN), em função da prematuridade, são usualmente encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)⁽²⁾. Dotada de alta tecnologia e maciça oferta de cuidados, a UTIN tem caráter dual visto que favorece estabilidade clínica e sobrevivência⁽²⁾ dos prematuros, ao mesmo tempo que os sujeita a danos⁽³⁻⁴⁾. Um dos fatores que os torna vulneráveis é sua insuficiente capacidade de autorregulação, diante de elevadas cargas sensoriais vivenciadas nesse contexto⁽³⁾, sobretudo decorrente de efeitos de intervenções ali executadas sem as devidas medidas de manejo da dor⁽⁵⁾, da luminosidade e ruído, aliados a protocolos assistenciais que desconsideram questões de sono e repouso, gerando estresse e desconforto ao prematuro. Tal contexto pode implicar o aumento do risco de maturação cerebral anormal⁽⁴⁾ e se constitui em fator de morbidade⁽²⁾.

A filosofia de Cuidado Desenvolvimental ancora-se na proteção do desenvolvimento global do RN, quando dá especial atenção ao seu comportamento, preservação de sua energia e de sua capacidade de modulação⁽³⁾. O *Neonatal Individualized Development Care and Assessment Program* (NIDCAP)⁽⁶⁾, programa desenvolvido por Heidelise Als, em 1982, é marco no uso dessa filosofia de cuidado, inspirando outras realidades. A prática da UTIN que adota os preceitos do NIDCAP busca minimizar ruídos e luminosidade, fazer manuseio do Recém-Nascido cômico e agrupado, respeitar o relógio biológico do Recém-Nascido/estados de vigília e de sono, além de valorizar a presença, o suporte e a participação colaborativa da família^(3,6).

Na UTIN, o enfermeiro assume o papel de gestor do cuidado e da assistência ao RN e desponha-se como estratégico para a oferta de uma atenção qualificada, humanizada e integral a ele⁽³⁾. Tal atenção deve ser respeitosa e protetiva às particularidades cerebrais do RN⁽³⁾. Isto implica à equipe de profissionais de UTIN, inclusive os enfermeiros, em explicitamente assumir a filosofia do Cuidado Desenvolvimental (CD) na assistência⁽⁷⁾, com compromisso de contribuir com o potencial de desenvolvimento neurocomportamental de cada RN, de forma integrada e colaborativa com sua família⁽³⁾.

Este estudo justifica-se pelo já exposto acima, assim como por contemplar pressupostos evidenciados na Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde em relação a determinantes da condição de vida e do desenvolvimento da criança⁽⁸⁾. Tem como pergunta: “Como enfermeiros de UTIN incorporam o Cuidado Desenvolvimental em sua assistência ao RN crítico?”.

OBJETIVO

Analisar o Cuidado Desenvolvimental na assistência de enfermeiros ao RN crítico, em UTIN.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Para preservar o anonimato dos enfermeiros, optou-se por não descrever pormenores dos participantes e atribuir a cada um a letra E, seguida de números arábicos de 1 a 11, referente à ordem em que foram entrevistados.

Referencial teórico

Adotou-se como referencial teórico o Interacionismo Simbólico que fornece elementos para apreciar e entender o modo como indivíduos interagem com objetos sociais e processam comportamentos individuais e coletivos⁽⁹⁾.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo, documental e qualitativa, que teve o Cuidado Desenvolvimental como base conceitual. Esta filosofia de cuidado tem por intuito minimizar o estresse gerado pelo ambiente de terapia intensiva e evitar complicações, a curto e longo prazo, ao RN crítico e a sua família⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, tem como premissa uma assistência estruturada que suporta, orienta e incentiva a organização do desenvolvimento, com vistas a identificar e agir sobre suas fragilidades físicas, emocionais e psicológicas⁽¹⁰⁾. Somado ao fato de reduzir os impactos deletérios ao desenvolvimento neurológico, ao tempo de internação e ao uso de ventilação mecânica, bem como favorecer ganho de peso e aumentar a participação dos pais nos cuidados de seu filho(a)⁽¹⁰⁾.

Cenário do estudo e procedimentos metodológicos

O estudo foi desenvolvido em um município do interior paulista, com taxa de nascidos vivos em 2015 de 3.812, sendo que destes, 10,2% foram prematuros⁽¹¹⁾. Este município conta com duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, uma localizada em instituição filantrópica e que desenvolve atendimentos vinculados ao Sistema Suplementar e ao Sistema Único de Saúde (SUS), e a outra com atendimento pelo sistema suplementar e privado. As duas unidades juntas somam um total de 22 leitos, dos quais 14 estão na instituição filantrópica e oito, na privada. A relação aproximada de enfermeiros por leito foi de 1:7, e as taxas de ocupação da UTIN referentes ao período de coleta de dados deste estudo foram de 60% e 50%, respectivamente.

Fonte de dados

Dezesseis enfermeiros compunham o quadro da UTIN no momento de convite ao estudo. O critério de inclusão para participação era ser enfermeiro atuante em alguma da UTIN supracitada, durante

todo o período da coleta de dados. Foram excluídos os enfermeiros ausentes no período da coleta de dados pelos seguintes motivos: uma estava de licença-maternidade, um de férias, dois deixaram os cargos na UTIN ao longo do estudo e um por ser integrante ativo do grupo de pesquisa ao qual este estudo está vinculado. Dessa forma, onze enfermeiros integraram o estudo.

Coleta e organização dos dados

Optou-se por três estratégias de coleta de dados: a observação não participante, a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental (prontuário do RN). O período de observação compreendeu a primeira etapa da coleta de dados e ocorreu de nove de setembro a dez de outubro de 2016, nos dois cenários já mencionados. Foram observados individualmente onze enfermeiros, durante dois plantões de doze horas, pelo mesmo investigador. Notas de campo foram realizadas nesse período pelo mesmo, com vistas ao registro das observações para posterior análise. Em momento distinto da observação, mas durante o período de nove de setembro a dez de outubro de 2016, realizou-se a coleta de dados dos registros de enfermeiros em prontuários do RN. Transcreveram-se, de forma integral, os registros dos enfermeiros em caderno designado a este fim. Ao fim das etapas de observação e pesquisa documental (busca nos prontuários), realizou-se a entrevista individual com os onze enfermeiros, a qual foi disparada com a seguinte proposta: "Registre por escrito como você completaria a frase: Para mim, Cuidado Desenvolvemental é...". A seguir, e a partir do registrado por cada enfermeiro entrevistado, iniciou-se a entrevista voltada a explorar o conceito do Cuidado Desenvolvemental, quais ações desenvolvidas por ele eram significadas enquanto prática congruente a esta filosofia de cuidado, entraves e facilidades para a execução de uma prática alinhada com os preceitos do CD. Todas as entrevistas, cuja duração média foi de 30 minutos, foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

Análise dos dados

Os dados empíricos, na forma de textos, advindos das três estratégias de coleta de dados, sofreram os processos analíticos preconizados pela análise de conteúdo na modalidade temática⁽¹²⁾. O processo envolveu três etapas: (1) pré-análise; (2) exploração do material, na intenção de codificação e classificação do material empírico, e (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, com elaboração das categorias⁽¹²⁾. Duas categorias temáticas serão apresentadas neste estudo: "Cuidado Desenvolvemental na atuação do enfermeiro" e "Enfermeiro, família e Cuidado Desenvolvemental".

RESULTADOS

Participaram deste estudo onze enfermeiros, dez mulheres e um homem, com idade entre 25 e 44 anos, e o tempo de formação de dois a oito anos. O período de atuação em UTIN variou entre dois meses e sete anos. Sete enfermeiros eram especialistas em Enfermagem Neonatal.

Categoria temática: Cuidado Desenvolvemental na atuação do enfermeiro

Os enfermeiros expunham ter conhecimento sobre o CD e certo desejo de incorporá-lo de maneira mais intensa e ampla

em sua assistência ao RN, contudo verbalizaram relações de poder como restritoras, sugerindo cerceamento de liberdade e autonomia para a incorporação de ações protetoras do desenvolvimento neurocomportamental.

Mas se for pensando na parte de desenvolvimento em cuidado e desenvolvimento... eu penso que tem a ver com o desenvolvimento da criança mesmo. E daí isso inclui a parte motora, a parte afetiva, a parte social, né? Então, por exemplo, acalmar o bebê, né? Ou colocar no colo da mãe, que é uma coisa que a gente faz muito pouco aqui, mas que acho que tende a melhorar, né? Um posicionamento mais confortável que não vai atrapalhar futuramente o movimento. (E11)

[...] aí olha [risos] algumas coisas eu gostaria muito de fazer diferente, mas não depende da gente, aí bate muito com questão médica, né...a gente é submissa, a classe [de Enfermagem], não tem jeito, dependendo do que está acontecendo, a gente tenta fazer o nosso melhor, mas tem coisas que só depende da resposta deles, né? E às vezes não é do jeito que a gente queria, né? (E3)

Verbalizaram íntima relação entre Cuidado Desenvolvemental e humanização, com destaque à relevância de se apreciar a singularidade de cada RN, suas demandas e necessidades. Relataram investimentos na proximidade física com o prematuro, com vigilância a ele e reconhecimento dele enquanto sujeito em processo de desenvolvimento. Derivado disto, ressaltaram a responsabilidade do enfermeiro em desenvolver ações junto ao ambiente e à equipe, com vistas a minimizar a oferta de estímulos danosos ao RN.

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

A gente [equipe de Enfermagem] tenta diminuir ao máximo os estímulos, que dentro de uma UTI são muitos os estímulos, de uma forma muito grande, muito agressiva. É função do enfermeiro olhar. (E1)

Apesar das verbalizações nesta direção, a assistência observada denotou forte ancoragem em uma rotina quase que preestabelecida e constantemente replicada. A atenção do enfermeiro esteve mais direcionada à oferta e ao funcionamento dos aparelhos tecnológicos de suporte à vida e ao desempenho ou monitoramento das atividades de cuidado, centradas na alimentação, higiene, controle de sinais vitais e eliminações fisiológicas. Nesta rotina, os registros revelaram uma estrutura comum, quase que estanque.

Na análise dos prontuários, deste e dos demais que venho desenvolvendo, trazem nas evoluções de Enfermagem o mesmo padrão estrutural, informando os dias de vida do prematuro, o peso diário com ganhos ou perdas, tipo de leito no qual prematuro se encontrava, uso de tecnologias assistivas, com predomínio de informações relativas à fototerapia; oxigenoterapia e recursos para a oferta da dieta. As anotações direcionam para a atual situação do prematuro e

a progressão ou regressão do quadro. Descrevem o uso de fármacos e a via de sua administração. O exame físico descrito acontece de forma cefalocaudal, com ênfase no aspecto cardiopulmonar e gastrointestinal. Para encerrar a evolução, informações relativas às eliminações fisiológicas das últimas 24 horas são apresentadas. Em momentos distintos deste registro, materiais utilizados nos procedimentos são listados na instituição privada. (nota de pesquisa)

A partir da observação do cotidiano assistencial da UTIN, somam-se a este contexto prescrições de Enfermagem nem sempre checadas pela equipe de Enfermagem e, segundo os participantes, muitas vezes checadas sem nem sequer serem lidas. Os registros nos prontuários não evidenciaram prescrições que abarcassem atenção ou consideração às peculiaridades do RN, quicá de sua família.

A realização de prescrição de Enfermagem ocorreu por meio de sistema informatizado em que eram dadas opções de atividades a serem desenvolvidas com base nos diagnósticos de Enfermagem selecionados. Dessa forma, houve prescrição de cuidados específicos, mas não necessariamente singular a cada paciente ou que tomaram por base o Cuidado Desenvolvidor e seus preceitos. Além disto, guardavam, predominantemente, um tom de avaliação da evidência que negava o risco levantado. (nota de campo – observação)

Em algumas situações, os enfermeiros explicitaram percepção e preocupação em acolher o Recém-Nascido em sua singularidade. Todavia, tais movimentos e as informações nele circunscritas permaneceram limitados à comunicação oral entre os envolvidos, sem se efetivarem enquanto registros de prontuário ou permitirem acesso por meio da passagem de plantão entre os turnos de profissionais.

Observo que o enfermeiro, ao perceber a técnica de Enfermagem aproximar-se da incubadora para proceder à higiene corporal do RN, menciona que a higienização deveria ser rápida e fala: - “Tem que ser banho tcheco [termo que abarca a ideia de rápido e superficial], porque o negócio é feio [referindo-se à instabilidade térmica do RN]. Porém, não houve registro no prontuário de como ele se comportou no banho e, as informações relativas a este procedimento não foram mencionadas na passagem de plantão. (nota de campo – observação)

Quanto às preocupações vinculadas ao CD, os enfermeiros narraram investimentos para prover um ambiente menos danoso e mais acolhedor ao RN, quando destacaram a sua acomodação ao leito, cuidados com ruídos, luminosidade e manipulação. Enfatizaram esforços em sensibilizar e orientar a equipe de Enfermagem, em especial aos ruídos ocasionados pela fala dos profissionais e a relevância de respeitar o período pactuado para o sono do RN. Neste aspecto, houve congruência entre as entrevistas e observações desenvolvidas.

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

Paradoxalmente, o uso da cúpula da incubadora para suporte de objetos e execução de ações promovendo ruídos foi muito praticado, embora as incubadoras das duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal tivessem em sua composição a bandeja auxiliar para apoio.

Observou-se que a cúpula da incubadora enquanto apoio foi frequentemente adotada neste plantão como apoio de objetos utilizados na assistência e procedimentos por todos da equipe assistencial [médicos, enfermeiros e técnicos de Enfermagem]. Os enfermeiros pareciam não se incomodar nem estranhar com essa atitude, concebendo como habitual, porém demonstraram preocupação com os alarmes dos aparelhos, respondendo a eles prontamente. (nota de campo – observação)

Mencionaram identificar evidências positivas na redução da manipulação do RN, como o ganho de peso e a maior duração e qualidade do sono, referindo orientar a equipe de Enfermagem quanto a este cuidado. Percebeu-se nas falas ser este um aspecto que chama a atenção do enfermeiro, longitudinalmente. Considerando o entendimento que possuem sobre CD, apontaram e exemplificaram na entrevista ações que praticavam em seu cotidiano, destacando: realização de ninhos e intervenções junto ao posicionamento com predileção à postura flexora e atenção ao conforto do RN na posição; uso do toque suave nas manipulações; esforços para reduzir estímulos nocivos e para minimizar e tratar a dor. Justificavam que essas ações favorecem o desenvolvimento do RN, tanto neurológico quanto motor, e trazem reflexos na vida adulta.

A questão do posicionamento, o ninho, que eu acho que é uma coisa que ainda vai entrar em discussão aqui, que ainda vai ter treinamento, tudo. Mas no geral assim, [...] os bebês são mal posicionados aqui, né? Então eu acho que isso, e, faz parte do nosso cuidado também, porque é uma coisa que vai refletir no desenvolvimento motor do bebê, de dor, de [...] enfim, né? Bebê que num fica bem posicionado ele consequentemente vai ter algum problema do desenvolvimento motor, um pouco mais pra frente. Motor físico, mesmo, né? (E5)

Chama a atenção como os ninhos estão sempre impecáveis. Ao realizarem procedimentos dolorosos, a equipe de Enfermagem e os enfermeiros parecem de fato estar refletindo se o conforto está sendo provido no posicionamento do prematuro. (nota de campo – observação)

Embora a maioria compreendesse os malefícios da manipulação excessiva e afirmasse executar medidas que promoviam relaxamento, foi habitual observar uma manipulação cuidadosa, porém desagrupada, sequencial e constante (três a quatro vezes com intervalo máximo de cinco minutos), para cumprir as atividades prospectadas.

Examina um RN, com explícito carinho na manipulação. Depois já faz evolução e checa exames. Divide essa função com o enfermeiro em treinamento, quando existiram situações em que examinaram e manipularam o mesmo RN de três a quatro vezes em curto intervalo de tempo, menos de

5 minutos. Na conversa entre eles, nenhum fez qualquer observação acerca deste fato, denotando ser habitual idas e vindas aos prematuros para cumprir atividades prospectadas a eles, sem aparente criticidade acerca do desagrupamento na manipulação efetivado. (nota de campo– observação)

Em relação à dor, percebeu-se uma maior conexão entre o verbalizado e o efetivado na assistência do enfermeiro, como a contenção, enrolamento com vistas à reorganização do neonato, e a oferta de sucção não nutritiva, durante e após procedimentos dolorosos. Todavia, os registros foram incipientes ou inexistentes neste aspecto.

Entretanto, observou-se uma situação na qual a fala do enfermeiro era em tom ameno com um RN que estava nitidamente agitado: “Que braveza, [nome do RN]! Por que você está bravo assim? Vamos cobrir!”. Em seguida houve a queda da saturação de oxigênio e o enfermeiro se levantou do balcão onde estava, desligou o alarme e ofereceu sucção não nutritiva, pois até aquele momento o bebê não havia parado de chorar. (nota de campo– observação)

O Método Canguru (MC) é outro recurso que foi verbalmente citado para o alívio da dor, contudo não foram observadas ações nesta direção.

Ah, o Método Canguru é bom né, sentir o calorzinho, no momento de cólica, na dor. Acalma bem. Gosto de usar. (E9)

Categoria temática: Enfermeiro, família e o Cuidado Desenvolvidor

A família foi apontada como elemento essencial e inseparável no cuidado da UTIN, sobretudo pela sua representatividade para o bem-estar, desenvolvimento e saúde do RN. Assim, acolher a família esteve verbalizado como inerente ao CD e de responsabilidade do enfermeiro. O preceito da humanização em saúde foi concebido como um aspecto que contribuía para a abertura e esforço de inclusão. Com isto, referiam encorajamento para assumir riscos, como os de colocar o RN entubado no colo da mãe ou ajustar horários de visitas.

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

Efetivaram a busca de aproximar família e RN, com destaque à mãe. Mencionaram o MC como uma tecnologia assistencial, por favorecer a interação da mãe com o(a) filho(a) e permitir amplo e intenso contato com oportunidade de carícias, de manifestação do afeto, levando conforto e bem-estar para a díade. Reconheceram o MC como uma ação de CD, verbalizaram desejo de realizá-lo amplamente, mas indicaram a inadequação do espaço físico como fator restritivo à sua prática. De qualquer

forma, houve enfermeiro que assumiu não ser de praxe realizar a oferta do MC à família, fato constatado nos momentos de observação desta pesquisa. Cabe destacar que, apesar da menção dos enfermeiros ao método, o termo mais condizente com o realizado seria apenas o posicionamento canguru, visto que não executaram todas as etapas preconizadas.

Justificaram a impossibilidade de efetivar esta prática e o risco de investirem no MC, pois teriam de assumir sozinhos todas as intercorrências que viessem a ocorrer, especialmente diante da classe médica. Nos registros dos prontuários analisados, a prática foi pouco mencionada.

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

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

Referiram desejo em permitir a presença familiar de forma integral e afirmaram ser o enfermeiro um profissional central e estratégico para garantir e qualificar a presença dos pais na UTIN.

A presença integral do familiar é importante, [silêncio] mas, a nossa UTI não comporta, então você teria que mudar a estrutura da UTI, ela não pode ser estilo salão, ela precisa ser individual e isso encarece. Mas é um resultado muito bom para o RN, porque eu já tive essa experiência do pai e a mãe dentro da UTI, eles ficam mais tranquilos. [...] o enfermeiro pode permitir e ajudar a mãe e pai estar mais na UTI, só que qualquer problema com isto fica na costa dele. Complicado. (E4)

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

As observações revelaram pouco conforto de alguns enfermeiros nas interações com a família, em especial diante da demanda informacional, questionamentos sobre procedimentos realizados e ansiedade por alta hospitalar. A comunicação se deu por meio de respostas pontuais, com paralinguagem contrária à interação com o membro da família.

Como consequência, nas observações, foi percebido que o enfermeiro tinha uma aproximação pontual e restrita com a família nos momentos de visita, não investindo em aproximação ou maior envolvimento.

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

e o enfermeiro limita a explicar dizendo ser em função das condições clínicas do bebê e o reposiciona. Volta ao local onde estava e adota postura que pouco favorece troca de olhares com os pais presentes na UTIN. (nota de campo – observação)

Em contraponto, demonstraram habilidades interacionais favoráveis, em relação à família, na prática da amamentação. Em uma das instituições, era permitido à mãe que amamenta uma estada diferenciada na unidade (direito a estar presente o dia todo dependendo das condições clínicas do RN), e o enfermeiro referia desenvolver ações de promoção da amamentação, buscando aproximar-se da mãe, disponibilizando-se a dar orientações e tentando empoderá-la para a prática.

Observo que é permitida a presença diurna das mães que estão a amamentar seus filhos, pois elas chegam pela manhã e permanecem até as vinte e uma horas. Os processos relacionais entre profissional e família parecem ser mais intensos, íntimos e constantes. Conversam abertamente com os profissionais e recebem auxílio frente à necessidade. Essa relação é diferente daquelas em que a mãe está presente somente nos horários de visita, que são pontuais e distantes. (nota de campo – observação)

Cabe ressaltar que na instituição que não adotava o estímulo ao Aleitamento Materno (AM), os enfermeiros reconheciam as ações voltadas para a promoção do AM como incipientes. Neste sentido, tinham a crença de que a restrição do convívio dos pais junto ao RN na UTIN dificultava o processo de vinculação e a autonomia da família para o cuidado e com desdobramento no processo da amamentação.

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

Apesar das falas, nos processos relacionais observados que envolviam o AM, as insatisfações maternas verbalizadas foram desconsideradas em sua particularidade e não houve conversas entre a mãe e o profissional receptivo às opiniões da nutriz.

Percebo que o bebê insiste em pegar apenas o mamilo. A enfermeira o retira e aguarda um pouco antes de nova tentativa. A lactante utiliza estratégia de mexer nas bochechas para estimular sucção, quando o bebê pega corretamente por segundos. Em nenhum momento o enfermeiro ofereceu ajuda ou questionou preferências maternas. (nota de campo – observação)

DISCUSSÃO

A dissonância entre o discurso e a ação está evidenciada nos achados, pois há conhecimento do enfermeiro sobre CD, sem a plena demonstração deste conhecimento no fazer dos mesmos. Diante disto, é importante inicialmente ressaltar dois

aspectos: as relações de poder entre os profissionais, na própria instituição hospitalar; e os protocolos e rotinas assistenciais.

Os resultados deste estudo sugerem que questões inerentes às relações de poder entre enfermeiros e médicos, e enfermeiros e gestores parecem restringir a autonomia, a liberdade e a luta por mudanças no âmbito do CD, mesmo diante de conhecimento portado acerca de sua relevância. O significado de ser difícil tencionar o poder de médicos e gestores contribuiu para que os enfermeiros deste estudo deixassem sua assistência valorizadora do CD ser balizada pela permissão e colaboração ou não dos atores mencionados.

O modelo biomédico, enquanto hegemônico e inspirador das filosofias assistenciais em hospitais, traz limites em termos de alcances assistenciais, e nota-se que a Enfermagem segue vinculada à sujeição que este modelo pode determinar no contexto hospitalar, o que muitas vezes a distancia do cerne do seu trabalho: o cuidado humano⁽¹³⁾. O biopoder pode estar presente no processo de trabalho em saúde acima descrito, permeado por tensões relacionais. Essas relações acabam por deslegitimar o saber e a prática do enfermeiro⁽¹⁴⁾. Arelado a isso, a Enfermagem ainda tem dificuldade em reconhecer-se enquanto uma profissão que tem conhecimento científico próprio e com um objeto de cuidado específico, aspecto que contribui com sua desvalorização social, fazendo com que a profissão não seja percebida e reconhecida⁽¹³⁾.

Apesar disso, na primeira categoria, é notório que o enfermeiro tenta considerar cuidados direcionados à adequada acomodação do RN no leito, assim como, de forma mais tímida, questões relativas a ruídos, à luminosidade e manipulação excessiva. De fato, estes são balizas pertinentes a uma prática alinhada com a filosofia do CD e precisam ser compromisso de toda a equipe assistencial da UTIN, quando a existência de protocolos e rotinas assistenciais pode colaborar.

Estudo nacional referendou o protocolo assistencial relativo à adoção de horários de respeito ao sono do RN em UTIN, com minimização máxima de manipulações, pois a prática gerou incremento do tempo total de sono do RN, especialmente em sono quieto, em contraponto aos períodos assistenciais em que não se adota o mesmo⁽²⁾. Articulando sono e outras questões, destaca-se na literatura que o MC contribui com horas de sono⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, assim como amplia as interações entre o RN e aquele que está em contato pele com pele com ele e mantém o mesmo em posicionamento fisiologicamente adequado⁽¹⁶⁾. A articulação entre sono e posicionamento adequado está destacada em recente estudo chinês⁽¹⁷⁾. Em termos de posicionamento, estudo brasileiro divulga protocolo de posicionamento de RN validado e reforça ser de suma importância tomar as questões do posicionamento, nas reflexões acerca das práticas assistenciais de Enfermagem em UTIN⁽¹⁸⁾.

Outro protocolo assistencial alinhado com a filosofia do CD é o uso de tecido sobre as incubadoras com vistas à diminuição da incidência de luz e do nível de pressão sonora ofertado ao RN. Estudo que apreciou esta questão articulada ao som emitido pelo oxímetro e bomba de infusão recomenda o uso do tecido, mas enfatiza que seu uso sem retirada dos equipamentos colocados sobre a cúpula promove níveis mais intensos de ruído⁽¹⁹⁾. Os resultados aqui apresentados mostram a permanência do hábito de fazer uso da cúpula enquanto suporte de objetos.

Direcionando a discussão para a inserção e participação da família nos cuidados na UTIN, os enfermeiros reconheceram insuficiências em sua assistência. A família foi mencionada como fundamental para o desenvolvimento do RN, em especial por representar acolhimento afetivo a ele. Afirmam serem a favor de sua permanência na UTIN, sobretudo a mãe que amamenta. No entanto, foi notório e verbalizado que a estada dos pais na UTIN gera desconforto e incômodo aos enfermeiros. Sentem-se inaptos para lidar com a família, principalmente com a demanda informacional que é constantemente reclamada. Diante dela, a atitude manifesta foi de evitá-los e/ou não favorecer interações que efetivem diálogos. Esses achados vão ao encontro de estudo sobre o cuidado centrado na família⁽²⁰⁾, em que os enfermeiros revelam deter conhecimento sobre os aspectos relacionados a este cuidado, mas referem que essa prática não está totalmente incorporada à rotina; destacam como insuficiente a colaboração e apoio interprofissional para tal, falta de programas de Educação Permanente que abordem o tema e dissonâncias culturais.

Estudo voltado à experiência materna na UTIN revelou que as mães têm no profissional de saúde alguém que se dirige a ela para transmitir informações, reforçar o comando dele e explicitar a necessidade de obediência, como exemplo, de evitar o diálogo. Diante disto, as mães sentem-se expectadoras do cuidado do filho e vivenciam suporte profissional insuficiente⁽²¹⁾. Ao terem negada a participação em etapas decisórias em relação ao filho, as mães vivenciam sentimentos de coação, não pertença do filho e de ser a UTIN um ambiente de posse profissional. Além disso, sentem medo à medida que são responsabilizadas pelo cuidado do filho e devem estar vigilantes ao seu estado de saúde⁽²²⁾.

A recomendação de efetivar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) visa ao cuidado individualizado, humano e pertinente às necessidades de cada paciente⁽⁷⁾. O histórico de Enfermagem, os diagnósticos e as prescrições não traduziram este esforço, podendo-se indagar qual motivo leva a isto. Um estudo descritivo com abordagem qualitativa e documental, sobre a concordância entre as prescrições de Enfermagem e as necessidades de cuidados dos pacientes, concluiu serem muitas as instituições brasileiras que, como a deste estudo, vêm utilizando a documentação eletrônica para registro do cuidado aos pacientes. Entretanto, enfatiza que apesar de a ferramenta favorecer o direcionamento do trabalho, é frequente a reprodução/cópia das prescrições anteriores, sugerindo reproduzibilidade acrítica das mesmas, com necessidades de cuidados parcialmente contemplados e desatualizados. Essa realidade implica no não alcance da qualidade de cuidado⁽²²⁾.

O significado de o enfermeiro ser compromissado com o CD, retratado nas entrevistas, poderia sustentar ações de rompimento com a replicação das sugestões do sistema informatizado na efetivação da SAE. No entanto, há outro significado que impera sobre este e ainda o restringe.

Tomando o referencial teórico deste estudo, o aqui revelado conecta-se com a conversa internalizada no “self” e direciona ao ato. As interações dos enfermeiros com o médico, as normas e diretrizes institucionais abafam os efeitos das interações com o RN e sua família, e do enfermeiro enquanto si mesmo, seus valores e princípios, inclusive aqueles relativos ao CD. Ou seja, o “mim”, fase analítica que pondera o outro relacional,

ao interagir com a fase analítica “eu”, aquela que toma a si como referência principal e detém caráter impulsivo, faz surgir e manter um “self” ancorado fortemente no atendimento do médico e de diretrizes institucionais, igualmente impregnadas de valores biologicistas. A força da interação com estes outros faz subsumir os efeitos das interações com os demais elementos sociais e que poderiam ter papel de tencionar tal manifestação.

Percebe-se que os enfermeiros conhecem as principais balizas do CD, mas não as trazem com plenitude em suas atitudes, muito menos em seus registros. A efetivação da assistência pode ser dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho e falta de sensibilização dos profissionais, atrelada à ausência de reflexões acerca dos paradigmas de atenção à saúde. É fundamental ir para além do corpo biológico adoecido do RN e enxergá-lo em suas dimensões biopsicossocioespirituais, o que implica ao profissional responsabilidade para assumir compromisso com um cuidado holístico. Neste contexto, é relevante renovar as reflexões acerca do papel profissional e implicações sociais, inclusive aquelas relacionadas ao desenvolvimento infantil. Há necessidade de mudanças de atitude do enfermeiro no que tange à incorporação do CD a sua prática profissional, pois guardam relação com transformação comportamental.

O diagnóstico situacional deixa a necessidade de Educação Permanente (EP) junto aos enfermeiros na direção de um processo educativo crítico e dialógico, fortalecendo a autonomia do enfermeiro para a efetivação do cuidado e permitindo que ele tenha espaço para explorar os determinantes micro e macrosociais que estão implicados nesta questão aqui diagnosticada como de incongruência entre o saber e o fazer diante do CD, na assistência destes enfermeiros de UTIN.

Limitações do estudo

Trata-se de um estudo limitado a enfermeiros de UTIN de um município do interior paulista.

Contribuições para a Enfermagem

Permitiu elucidar como o enfermeiro incorpora o CD em sua assistência, apontando possibilidades de intervenções para qualificar a assistência na UTIN, com desdobramentos ao alcance do cuidado integral e humano. Além disto, traz em seu bojo a necessidade de se manter e investir na exploração da autonomia do enfermeiro na estrutura hospitalar, com atenção à relação com médicos e seu simbolismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

A maior correlação entre conhecimento e comportamento atitudinal esteve presente na assistência ofertada diante do risco ou vigência da dor. Nas demais dimensões do CD mencionadas

ou trazidas na sua prática (família, ambiente, manipulação, AM/nutrição), foi diagnosticada falta de correlação entre o fazer e o saber.

Frente a tal diagnóstico, o estudo recomenda Educação Permanente na direção de avivar reflexões sobre a prática no que se relaciona ao CD e seu registro, além de fomentar criticidade e a percepção do executado. Tal caminho tem potencialidade de promover novas significações e transformar a assistência do

enfermeiro de UTIN no que tange a essa filosofia de cuidado.

Sugere-se que analisar o significado atribuído pelos enfermeiros à SAE seria um passo relevante para qualificar a assistência de Enfermagem e seu registro, inclusive buscar a articulação que identifique as recomendações do CD. Além disso, destaca-se a essencialidade de compromissos em envolver os profissionais da UTIN para pensar protocolos e rotinas assistenciais afinados com o Cuidado Desenvolvemental.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Informações em Saúde. Nascidos vivos: Brasil[Internet]. Brasília; 2014[cited 2018 Jun 15]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
2. Orsi KCSC, Llaguno NS, Avelar AFM, Tsunemi MH, Pedreira MLG, Sato MH, et al. Effect of reducing sensory and environmental stimuli during hospitalized premature infant sleep. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 09];49(4):549-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/0080-6234-reeusp-49-04-0550.pdf>
3. Reis AT, Benevides MRR. Cuidados voltados para o desenvolvimento na clientela neonatal cirúrgica: contribuições para a enfermagem. *Rev Ciênc Med*[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 09];24(3):131-8. Available from: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2646/2318>
4. Abdeyazdan Z, Ghasemi S, Marofi M, Berjis N. Motor responses and weight gaining in neonates through use of two methods of earmuff and receiving silence in NICU. *Sci World J*[Internet]. 2014[cited 2017 Oct 09];2014:1-5. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/864780/cta/>
5. Gasparido CM, Martinez FE, Linhares MB. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. *Rev Paul Pediatr*[Internet]. 2010[cited 2018 Jun 15];28(1):77-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n1/v28n1a13.pdf>
6. Als H. Toward a synactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health J*[Internet]. 1982[cited 2017 Oct 09];3(4):229-43. Available from: [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198224\)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198224)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H)
7. Souza JM, Veríssimo MLOR. Child development in the NANDA-I and international classification for nursing practices nursing classifications. *Int J Nurs Knowl*[Internet]. 2013[cited 2017 Oct 09];24(1):44-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-3095.2012.01228.x/pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde. 2 ed. Brasília, 2011b.
9. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10 ed. Boston: Prentice Hall; 2010.
10. Lisanti AJ, Cribben J, Connock EM, Medoff-Cooper B. developmental care rounds: an interdisciplinary approach to support developmentally appropriate care of infants born with complex congenital heart disease. *Clin Perinatol*[Internet]. 2016[cited 2018 Jun 17];43:147-56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clp.2015.11.010>
11. Brasil. Dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Informações de saúde, indicadores de saúde: Nascidos Vivos São Paulo[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 09]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Lessa ABSL, Araújo CNV. Brazilian nursing: a reflection about political activity. *Rev Min Enferm*[Internet]. 2013[cited 2017 Oct 09];17(2):481-7. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>
14. Silva EM, Moreira MCN. Health team: negotiations and limits of autonomy, belonging and the acknowledgement of others. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 09];20(10):3033-42. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/en_1413-8123-csc-20-10-3033.pdf
15. Bastani F, Rajai N, Farsi Z, Als H. The effects of kangaroo care on the sleep and wake states of preterm infants. *J Nurs Res*[Internet]. 2017[cited 2018 Mar 25];25(3):231-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28481819>
16. Buil A, Carchon I, Apter G, Laborne FX, Granier M, Devouche E. Kangaroo supported diagonal flexion positioning: new insights into skin-to-skin contact for communication between mothers and very preterm infants. *Arch Pediatr*[Internet]. 2016[cited 2018 Mar 25];23(9):913-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27388909>
17. Liaw JJ, Yang L, Lo C, Yuh YS, Fan HC, Chang YC, et al. Caregiving and positioning effects on preterm infant states over 24 hours in a neonatal unit in Taiwan. *Res Nurs Health*[Internet]. 2012[cited 2018 Mar 24];35:132-45. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.21458/epdf>
18. Toso BRGO, Viera CS, Valter JM, Delatore S, Barreto GMS. Validation of newborn positioning protocol in Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2015[cited 2018 Mar 24];68(6):835-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/>

en_0034-7167-reben-68-06-1147.pdf

19. Miranda AM, Scochi CGS, Santos CB, Zamberlan NE, Fonseca LMM, Leite AM. The use of incubator covers: repercussion on noise levels. *Cienc Cuid Saude*[Internet]. 2016[cited 2018 Marc 25];15(1):19-26. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24407/16965>
 20. Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2016[cited 2017 Oct 09];24e2753. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02753.pdf>
 21. Wernet M, Ayres JRCM, Viera CS, Leite AM, Mello DF. Mother recognition in the Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 09];68(2):228-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/en_0034-7167-reben-68-02-0228.pdf
 22. Custodio N, Marski BSL, Abreu FCP, Mello DF, Wernet M. Interactions between health personnel and mothers of preterms: influences on maternal care. *Rev Enferm UERJ*[Internet]. 2016[cited 2017 Oct 09];24(1):e11659. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11659/17858>
-